



## **Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga**

Representações Cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação, e Adesão terapêutica em Utentes Hipertensos

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Ricardo Sousa Pires Leite Praça**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2013



## **Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga**

**Representações cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação, e Adesão Terapêutica em Utentes Hipertensos**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Ricardo Sousa Pires Leite Praça**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**

Co-Orientação da Dra. **Ana Margarida de Barros  
Troisqueira Baptista da Silva**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2013

## Agradecimentos

Agradecer a todos que me apoiaram neste trabalho pode tornar-se um trabalho inglório. Foram várias as pessoas que estiveram do meu lado.

Um enorme muito obrigado à Dra. Ana Trovisqueira por tudo. Agradeço a sua experiência e competência técnica, mas acima de tudo a dimensão ética e humana que me transmitiu. Muito obrigado por aqueles momentos “Força Ricardo, você consegue”. Aprendi, com ela, que ser psicólogo é acima de tudo uma questão de carácter.

Agradeço aos meus colegas de licenciatura e mestrado: Cris, Isabel. P, Isabel. F, Dulce, Sara. F, e outros que me apoiaram.

Agradeço aos meus avós, paternos e maternos. Ao avô materno agradeço (para além de outras coisas) o “devias estudar mais um pouquinho, não te vais arrepender”. À minha avó “a velinha já está acesa, vai correr bem” (agradeço por muito mais).

Agradeço à minha irmã por “tratar” de mim. Agradeço aos meus sobrinhos por estarem aqui (Ricardo e Bia). São a luz. Muita força.

Agradeço aos meus pais. Sem palavras para descrever. Ao meu pai por todo o apoio e exemplo. Por todos os anos a apoiar-me. À minha mãe por todo o apoio, e por me apresentar, desde tão novo, a Freud, que com toda a certeza me fez caminhar neste sentido. Obrigado a ambos pelo EXEMPLO, pelos valores transmitidos, pela possibilidade da educação que me proporcionaram, pela honestidade transmitida, etc.

Agradeço à Ana (Anokas) por estar sempre (sempre mesmo) ali, ao meu lado, a ouvir-me e a suavizar todas as minhas angústias. E, por partilhar comigo as felicidades. Ainda bem que aqui estás.

Agradeço à memória da Pinki, que muito me ensinou e demonstrou o seu amor. Um obrigado ao A.B, que um dia, antes deste longo caminho, para além de outras coisas, me disse: “Ricardo, fazes a licenciatura aqui em Portugal, e depois vais tirar o doutoramento na Johns Hopkins University”.

Agradeço aos utentes que participaram neste estudo, pois sem eles seria impossível estar aqui neste momento.

Obrigado a todos que me apoiam.

**Resumo**

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública que, se não for tratado, pode resultar em perda de qualidade de vida e aumento da mortalidade. Porque pode ser uma condição clínica assintomática, os hipertensos podem não aderir ao tratamento. O objetivo desta investigação constituiu em caracterizar uma amostra de utentes hipertensos acerca das crenças sobre a HTA, hábitos de saúde, satisfação com a informação acerca da medicação, adesão terapêutica e conhecimentos acerca da HTA. Participaram nesta investigação 120 sujeitos hipertensos utentes do ACES Alto-Ave. Foram utilizados os instrumentos: Questionário de crenças sobre a doença (IPQ-B), Questionário de hábitos de saúde, Questionário de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), a escala de avaliação da Satisfação com a Informação recebida acerca da Medicação (SIMS), e um questionário de dados sociodemográficos, clínicos e conhecimentos acerca da HTA. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico transversal. Verificamos que a adesão ao tratamento é elevada, que os sujeitos apresentam hábitos de saúde saudáveis (cuidado com a alimentação, diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas, e diminuição de consumo de tabaco), que se sentem satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação, e que em algumas dimensões obtém um bom conhecimento acerca da HTA, nomeadamente no tratamento.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial; Adesão ao Tratamento; Representações Cognitivas; Conhecimentos; Satisfação do Utente

**Abstract**

High blood pressure (HBP) is a public health problem which, if left untreated, may result in loss of quality of life and rise in the mortality rate. Because it may be an asymptomatic clinical condition, patients may not wish to undergo treatment. The purpose of this investigation was to characterize a sample of hypertensive patients about the beliefs of HBP, health habits, their satisfaction with the information on the medication, and the will to undergo treatment by HBP patients. 120 hypertensive patients took part in this investigation, assigned to the ACES do Alto-Ave. The following instruments were used: questionnaire on beliefs about the disease, health habits, treatment adherence measurement, the assessment on the satisfaction with the information received about the medication, and a questionnaire of sociodemographic data, clinical and knowledge about HBP. This is a observational, descriptive, of the transversal analytical study. We verify that treatment adherence is high, that subjects show healthy habits (healthy eating habits, a decrease in the ingestion of alcoholic beverages, and a decrease in smoking habits), that they are satisfied with the information received about the medication, and that to some points they obtain good knowledge about HBP, namely its treatment.

**Keywords:** Hypertension; Treatment Adherence; Cognitive Schemata; Knowledge; Patient Satisfaction

Resumo .....	I
Abstract.....	II
Índice de tabelas .....	VI

## INDICE

Introdução.....	1
<b>Parte I – Enquadramento teórico.....</b>	<b>3</b>
1. Hipertensão arterial.....	4
1.1 Diagnóstico .....	4
1.2 Consequências .....	5
1.3 Prevalência, tratamento e controlo.....	5
1.4 Conhecimento da condição hipertensiva .....	9
1.5 Fatores condicionantes da prevalência, consciência e tratamento .....	11
1.6 Modificações no estilo de vida como tratamento .....	12
2. Adesão Terapêutica .....	15
2.1 Definição.....	15
2.2 Não adesão terapêutica na HTA .....	16
2.3 Fatores preditores da adesão/não adesão terapêutica na HTA.....	17
2.4 Promoção da adesão terapêutica em hipertensos .....	21
3. Representações Cognitivas da doença .....	23
3.1 Modelo de auto-regulação .....	23
3.2 Modelo de auto-regulação em hipertensos .....	25
<b>Parte II – Estudo Empírico.....</b>	<b>29</b>
4. Metodologia.....	30
4.1 Objetivos e desenho do estudo.....	30
4.2 Variáveis estudadas.....	30
4.3 Procedimento de recolha de dados.....	31

4.4 Amostra.....	32
4.4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra total .....	32
4.4.2 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra por género .....	42
4.5. Instrumentos de avaliação.....	61
4.5.1 Illness Perception Questionnaire - Brief .....	61
4.5.2 Questionário de hábitos de saúde .....	65
4.5.3 Medida de Adesão aos Tratamentos .....	65
4.5.4 Satisfação com a Informação acerca da Medicação.....	67
4.5.5 Questionário de Dados Sociodemográficos, Dados Clínicos e Conhecimentos acerca da HTA .....	70
5. Apresentação dos resultados.....	72
5.1 Resultados descritivos nas variáveis psicossociais estudadas .....	73
5.1.1 Representações da doença.....	73
5.1.2 Hábitos de saúde .....	75
5.1.3 Adesão ao Tratamento .....	78
5.1.4 Satisfação com a Informação acerca da Medicação.....	80
5.1.5 Conhecimentos acerca da HTA.....	84
5.2 Associação entre variáveis.....	92
5.3 Variação dos resultados .....	96
5.3.1 Género.....	96
5.3.2 Idade.....	97
5.3.3 História familiar de DCV .....	100
5.3.4 Preocupação com a HTA .....	101
5.3.5 Habilitações literárias.....	102
5.4 Discussão dos resultados .....	103
6. Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações Futuras .....	107
Referências Bibliográficas.....	110
Anexos .....	119
Anexos I – Consentimento Informado .....	120
Anexos II – Questionário de crenças sobre a doença .....	121

Anexos III – Questionário de hábitos de saúde .....	122
Anexos IV – Medida de Adesão ao Tratamento .....	123
Anexos V – Questionários de dados sociodemográficos, clínicos e de conhecimentos acerca da hipertensão arterial.....	124

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (N=120).....	33
Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra (N=120).....	37
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra por género (N=120).....	45
Tabela 4 – Caracterização clínica da amostra por género (N=120) .....	53
Tabela 5 – Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do IPQ-B em hipertensos (N=120) .....	64
Tabela 6 – Resultado da análise da consistência interna do MAT com exclusão do item 5 (N=120) .....	67
Tabela 7 – Resultado da análise da consistência interna do SIMS Total (N=120) ...	69
Tabela 8 – Resultado da análise da consistência interna da subescala <i>Potenciais Problemas com a Medicação</i> (N=120).....	70
Tabela 9 – Resultado da análise da consistência interna da subescala <i>Ação e Uso da Medicação</i> (N=120).....	70
Tabela 10 – Características psicométricas do questionário de Conhecimentos acerca da HTA (N=120) .....	72
Tabela 11 – Resultados descritivos das diferentes dimensões do IPQ-B na amostra total (N=120) .....	74
Tabela 12 – Média e desvio-padrão para os Hábitos de Saúde na amostra total (N=120) .....	75
Tabela 13 – Resultados descritivos dos hábitos de saúde na amostra total (N=120)	77
Tabela 14 – Média e desvio-padrão para o total da escala Adesão ao tratamento em hipertensos (N=120).....	78
Tabela 15 – Resultados descritivos dos itens referentes à Adesão ao Tratamento na amostra total (N=120).....	79
Tabela 16 – Média e desvio-padrão para a Satisfação com a Informação recebida Acerca da Medicação em hipertensos (N=120).....	81
Tabela 17 – Resultados descritivos da Satisfação com a Informação recebida acerca da Medicação (N=120).....	82
Tabela 18 – Média e desvio-padrão dos conhecimentos acerca da HTA em hipertensos (N=120) .....	85

Tabela 19 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>conceito</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	86
Tabela 20 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>valores tensionais numa pessoa sem diabetes e sem doença renal</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	87
Tabela 21 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>valores tensionais numa pessoa com diabetes e/ou doença renal</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	88
Tabela 22 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>sintomas</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	89
Tabela 23 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>efeitos da HTA não controlada</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	90
Tabela 24 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>limitações</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	91
Tabela 25 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão <i>tratamento</i> acerca da HTA na amostra total (N=120).....	92
Tabela 26 – Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis psicossociais estudadas (N=120).....	95
Tabela 27 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da subescala <i>consequências</i> em função do género (N=120).....	96
Tabela 28 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas de hábitos de saúde em função do género (N=120).....	97
Tabela 29 – Resultados do teste de <i>ANOVA</i> das respostas da subescala <i>consequências</i> em função da idade (N=120).....	98
Tabela 30 – Resultados do teste de <i>ANOVA</i> das respostas da subescala <i>resposta emocional</i> em função da idade (N=120).....	98
Tabela 31 – Resultados do teste de <i>ANOVA</i> das respostas da escala hábitos de saúde em função da idade (N=120).....	99
Tabela 32 – Resultados do teste de <i>ANOVA</i> das respostas da escala <i>SIMS_total</i> em função da idade (N=120).....	99
Tabela 33 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da subescala <i>duração</i> em função da história familiar de DCV (N=120).....	100

Tabela 34 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da escala em SIMS_total em função da história familiar de DCV (N=120).....	101
Tabela 35 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da subescala <i>preocupação</i> em função da história familiar de DCV (N=120).....	101
Tabela 36 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da subescala <i>consequências</i> em função das habilitações literárias (N=120).....	102
Tabela 37 – Resultados do teste de <i>t para amostras independentes</i> das respostas da escala SIMS_total em função das habilitações literárias (N=120).....	103

## Introdução

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública que, se não for tratado, pode resultar em perda da qualidade de vida e aumento da mortalidade (Handler, 2004; OMS, 2013). Tem sido tema de várias investigações (Guessous, Bochud, Theler, Gaspoz, & Pechère-Bertschi, 2012; Ekwunife, Udeogaranya, & Nwatu, 2010; Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalhinho, & Carmona, 2007; Polónia, Martins, Pinto, & Nazaré, 2013; Oliveira-Martins, Oliveira, Gomes, Caramona, & Cabrita, 2011) e campanhas de profilaxia (OMS, 2013). Apesar da prevalência da HTA ter diminuído em Portugal nos últimos 10 anos (Polónia *et al.*, 2013), continua a ser uma preocupação a nível mundial.

Os profissionais de saúde têm investigado como melhorar o tratamento e o controlo da HTA. Verificaram que o baixo controlo da pressão arterial advém, muitas vezes, da baixa adesão dos pacientes às recomendações médicas. Assim, os profissionais de saúde procuram formas de aumentar a adesão terapêutica, e investigam quais são os fatores impeditivos da adesão (Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005). Investigadores tentam descobrir o que leva o paciente a procurar o médico, a constatar que está doente e ainda assim recusar-se a seguir as recomendações (Fernandes, 2009). Para além dos problemas de saúde, verifica-se também que a não-adesão resulta em problemas económicos, já que devido à não-adesão ao tratamento 10%-20% dos pacientes necessitam de mais um medicamento que não seria necessário, e 5%-10% necessitam de nova consulta médica ou de mais um ou dois dias de baixa, e que entre 0,25%-1% necessitam de ser hospitalizados devido à não-adesão ao tratamento (Bennett, 2000).

O conceito de adesão terapêutica tem sido discutido desde 1970, sendo normalmente associada à adesão farmacológica. Mas este conceito implica mais do que apenas uma adesão aos fármacos, considerando-se também aspetos como mudanças nos hábitos de saúde e o cumprimento das recomendações médicas (OMS, 2003). O conceito de *adesão* refere-se à coincidência do comportamento do paciente com as recomendações do profissional de saúde e a competência e prontidão para continuar o regime terapêutico (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008). Este conceito tem sido adotado pela literatura psicológica e sociológica, no sentido de enfatizar que o paciente é livre para

decidir se quer continuar a seguir as recomendações médicas, e que o fracasso não é apenas culpa do paciente, preconizando que é necessário haver acordo entre profissional de saúde e paciente (Horne *et al.*, 2005). Esta relação diádica empática e compreensiva é importante, pois assim o médico pode comunicar ao paciente um diagnóstico que este possa compreender e fornecer conhecimentos acerca da sua condição. O conhecimento acerca da sua condição e sobre o regime terapêutico instituído é fundamental, pois permitem que os pacientes lidem emocionalmente com a sua condição, minimizando ou prevenindo outros potenciais riscos para a sua saúde. Só um paciente bem informado pode decidir conscientemente sobre o caminho que deve seguir, de acordo com os seus objetivos de vida e dos seus valores (Sousa, 2005).

Quando se pretende investigar os fatores que influenciam a adesão vs não adesão terapêutica costumam ser utilizados os princípios do modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Vários investigadores têm realizado estudos que utilizam estes princípios com pacientes hipertensos (Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985; Figueiras *et al.*, 2010; Matos, Alfonso, & Veia, 2007; Quine, Steadman, Thompson, & Rutter, 2012; Chen, Tsai, & Chou, 2011). O modelo postula que a decisão de seguir as recomendações de tratamento será influenciada pelas representações que o paciente tem da sua doença, e subsequentemente da visão acerca da adequação ao tratamento (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Constitui-se um instrumento conceptual útil para a compreensão da *não-adesão intencional*, ou seja, quando o paciente não cumpre o tratamento apesar de conhecer as suas condições.

Atendendo à importância de se verificar quais os fatores cognitivos e conhecimentos que influenciam a adesão terapêutica nos utentes hipertensos, este estudo teve como objetivo geral caracterizar uma amostra de utentes hipertensos acerca das crenças sobre a HTA, hábitos de saúde, satisfação com a informação acerca da medicação, adesão terapêutica e conhecimentos acerca da HTA. A nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte incide sobre a revisão da literatura científica sobre o tema, que se subdivide em três pontos, relativamente à HTA, adesão terapêutica, e representações cognitivas. A segunda parte refere-se à investigação realizada e que inclui dois pontos, dirigidos à metodologia e apresentação e discussão de resultados.

### **Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A primeira parte deste estudo consiste numa revisão teórica acerca da HTA, da adesão terapêutica na HTA, e das representações cognitivas dos sujeitos com HTA. Pretende-se destacar a importância do presente estudo e subsequente investigação nesta área.

## **1. Hipertensão Arterial**

A Hipertensão arterial é um problema de saúde pública denominado de “assassino silencioso”, mas no entanto pode ser prevenido e tratado (Sá, 2013). De forma a consciencializar a população sobre o tratamento e prevenção, a Organização Mundial de Saúde dedicou o Dia Mundial da Saúde, assinalado a 7 de Abril, à HTA (OMS, 2013). A prevenção e o tratamento da HTA resultam na redução da mortalidade por doença cardíaca. Dessa forma, a pressão arterial elevada deve ser encarada como um sinal de alerta de que mudanças urgentes no estilo de vida devem ser encetadas (Sá, 2013).

### **1.1. Diagnóstico**

O diagnóstico de HTA define-se, em Portugal, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da tensão arterial sistólica igual/superior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica igual/superior a 90 mmHg (European Society of Hypertension [ESH], 2007; Ramalinho, 2012). Esta definição de HTA é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, que não estão sujeitas a tratamento farmacológico anti-hipertensor, e que não apresentam patologia aguda concomitante ou se encontrem grávidas (DGS, 2013).

Considera-se que existem dois tipos de HTA: a HTA essencial e a HTA secundária, e o que está na base e as difere são as causas. Na HTA essencial a causa é primária, não derivando de nenhum outro problema. Significa que a pressão arterial elevada não tem uma causa médica identificável. Neste tipo de HTA existe uma tendência familiar acentuada mas, como em outras doenças/condições, não se pode falar de hereditariedade. A HTA secundária normalmente é causada pelas doenças renovasculares, doenças renais, coarctação da aorta, síndrome de Cushing, síndrome de Conn, e feocromocitoma (Handler, 2004).

A medição da tensão arterial deve ser realizada em ambiente acolhedor, com o paciente sentado e relaxado por um período de 5 minutos, com a bexiga vazia, não ter fumado nem ingerido estimulantes na hora anterior, usando braçadeira de tamanho adequado, e deve ser realizada medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da tensão arterial na primeira consulta (DGS, 2013). A

medição da tensão arterial pode ser complementada com medições ambulatoriais, seja a automedicação ou a medição ambulatória em 24 horas, sempre que clinicamente justificado. Estas abordagens são especialmente indicadas quando valores tensionais elevados coexistem com a diabetes mellitus ou doença renal crónica (DGS, 2013).

## **1.2. Consequências**

A HTA aumenta a força exercida nas paredes arteriais, originando danos nos vasos sanguíneos e aumentando a vulnerabilidade da criar placas, compostas por lípidos e tecido fibroso que se forma nas paredes dos vasos sanguíneos, o que por sua vez origina o aparecimento de arteriosclerose, infiltração lipídica e acumulação de cálcio, resultando no bloqueio e enfraquecimento das paredes dos vasos sanguíneos (Kaplan & Schub, 2012). Se a HTA e os danos nos vasos sanguíneos associados não forem tratados podem causar vários problemas (Kaplan & Schub, 2012). Todos os órgãos que dependem de uma boa circulação (e.g. cérebro; coração; rins) estão suscetíveis a danos gerados pela HTA, sendo denominados “órgão-alvo” (Ramalinho, 2012). Devido à circulação inadequada associada à condição hipertensiva, homens e mulheres podem também apresentar problemas a nível sexual (Garko, Ogunsina, & Danbauchi, 2005).

A HTA é a causa mais comum de trombose, de insuficiência cardíaca e doença coronária (Handler, 2004; Ramalinho, 2012; OMS, 2012). Calcula-se que a HTA aumenta o risco de acidente vascular cerebral sete vezes, e duplique ou triplique a possibilidade de doença coronária, de insuficiência cardíaca ou de arteriopatia periférica. A par da diabetes, a que frequentemente se associa, é a maior causa de doença renal terminal, impondo a necessidade de hemodiálise (Ramalinho, 2006). Estima-se que a HTA seja responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes prematuras do mundo, e que a nível mundial um em cada três adultos tem HTA (OMS, 2012). Deste modo, a condição hipertensiva é considerada um dos mais graves de problema de saúde (OMS, 2012).

## **1.3. Prevalência, tratamento e controlo**

Estudos recentes indicam que a prevalência da HTA é alta em vários países. Na Suíça, mais especificamente no cantão de Genebra, verificou-se que numa amostra de

9215 inquiridos, 34,4% sofriam de HTA (Guessous *et al.*, 2012). Relativamente ao desconhecimento da doença, este estudo revelou que o número baixou significativamente do ano de 1999 para 2009. No ano de 1999, 35,9% dos hipertensos desconheciam estar doentes, enquanto em 2009 apenas 17,7% desconheciam. Relativamente ao número de pacientes tratados não houve diferenças estatisticamente significativas e, relativamente aos pacientes não controlados, diminuiu em ambos os géneros, sendo que no género masculino diminuiu de 62,2% no ano de 1999 para 40,6% no ano de 2009, e no género feminino foi de 72,2% para 37,8% (Guessous *et al.*, 2012).

Na Nigéria, na investigação de Ekwunife e colaboradores (2010) participaram 756 indivíduos, e 21% da amostra sofria de HTA, sendo mais prevalente no género masculino. Os investigadores verificaram que 21% dos hipertensos estavam a ser tratados e 9% estavam controlados. Este estudo demonstrou que a deteção, tratamento e controlo da HTA é ainda muito diminuto comparativamente com países mais desenvolvidos (Ekwunife *et al.*, 2010).

Na Malasya, os investigadores Annamalai, Govindaraja, e Chandramouli (2011) verificaram que numa amostra de 903 sujeitos, 243 indivíduos (26,91%) tinha HTA, e a prevalência era maior no género masculino. Estima-se que nesse país a prevalência da HTA tenha diminuído significativamente desde 2004 até 2011. Dos 243 sujeitos hipertensos 96 indivíduos (39,5%) tinha conhecimento de estar doente, 83 sujeitos (34,16%) recebiam tratamento, e 13 sujeitos (5,35%) estavam controlados. Os recém-diagnosticados constituíam 60,49% da amostra. Este diagnóstico tardio pode ter origem no facto das pessoas não procurarem tratamento nem realizarem exames de rotina, e por isso apenas eram diagnosticados quando os sintomas se iniciavam, ou tinham problemas relacionados com a HTA.

Existem dois estudos que se consideram proeminentes realizados em Portugal, com o objetivo de avaliar a prevalência, tratamento, conhecimento e controlo da HTA. O primeiro foi realizado, no ano de 2003, por Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalhinho e Carmona, e o segundo estudo foi realizado entre 2010-2012, por Polónia, Martins, Pinto, e Nazaré.

No primeiro estudo a nível nacional realizado em 2003 com uma amostra selecionada de acordo com a densidade populacional e o rácio urbano/rural, verificou-se que 42% da população Portuguesa (3.311.830 indivíduos) tinha HTA (Macedo *et al.*,

2007). Verificou-se neste estudo algumas diferenças de prevalência em função do género e do grupo etário. No género masculino, 79% dos indivíduos com mais de 64 anos apresentavam HTA; 54,7% dos indivíduos que tinham entre 35 e 64 anos apresentavam HTA; e 26,2% dos indivíduos com menos de 35 anos apresentava HTA. No que se refere ao género feminino, 78,7% de indivíduos no grupo com mais de 64 anos apresentava HTA; 41,1% dos indivíduos entre 35 e 64 anos apresentava HTA; e 12,4% dos indivíduos com menos de 35 anos apresentava HTA. Estes resultados indicam que a prevalência em Portugal é muito alta (Macedo *et al.*, 2007).

Tratando-se de uma condição clínica assintomática, muitos indivíduos hipertensos desconhecem a elevação da sua tensão arterial. No estudo Português de Macedo e colaboradores (2007), apenas 46,1% dos participantes reconheciam sofrer de HTA, sendo que os utentes do género masculino reconheciam menos que os do género feminino. Constatou-se também que os sujeitos mais jovens têm menos conhecimento da sua condição comparativamente aos idosos, o que poderá dever-se ao facto dos idosos serem mais acompanhados medicamente. Verificou-se que na região do Algarve encontrava-se a percentagem mais alta de hipertensos controlados (14,2%), na região Minho 11,8% dos hipertensos estavam controlados, e na região do Alentejo 9,4% dos hipertensos estavam controlados, constatando-se que é a região onde existem menos hipertensos controlados (Macedo *et al.*, 2007). Relativamente ao tratamento, do total dos inquiridos 39% da amostra estava a ser medicada para a HTA. Quando se comparou, relativamente ao género, os indivíduos que estavam a ser tratados, constatou-se que os indivíduos do género feminino procuram com mais frequência o tratamento. Verifica-se também que existe correlação entre a idade e tratamento, constatando que os indivíduos mais jovens preocupam-se menos com o tratamento, salientando que apenas 2% dos indivíduos do género masculino com menos de 35 anos estava a ser tratado (Macedo *et al.*, 2007).

No segundo estudo, mais recente, também realizado em Portugal, e com o objetivo de atualizar os dados sobre a prevalência e grau de controlo da HTA e a relação com o consumo de sal, entre 2010-2012, com uma amostra representativa da população adulta de Portugal Continental, verificou-se que 42,2% da população Portuguesa tem HTA, e destes 74,9% estão medicados (Polónia *et al.*, 2013). Neste estudo verificou-se que, entre os indivíduos com HTA, 42,6% estão controlados, ou seja, quatro vezes mais

do que verificado no estudo de Macedo e colaboradores, realizado em 2003. Apesar da excessiva quantidade de sal ingerido pelos Portugueses (10,7 g/dia), o controlo pode estar relacionado com a diminuição de ingestão de 1,3 g/ dia, que se vem verificando desde 2005. Relativamente à faixa etária, a população com menos de 35 anos, ou seja, a população ativa, é a que menos conhecimentos apresentam sobre a doença, a menos tratada e que tem a doença menos controlada. Os sujeitos que têm mais de 65 anos são os que mais conhecimentos apresentam, mais estão em tratamento e por consequência têm a condição mais controlada. Estratificando os resultados por regiões, o Alentejo assume-se com maior prevalência de HTA (49,8%) e o Porto e o Norte com menor (39,1%). Na avaliação deste dados, Pinto (2013) refere que, desde o ultimo estudo de Macedo e colaboradores, realizado há dez anos, o grau de tratamento é muito melhor, ou seja, as pessoas hipertensas estão mais medicadas e controladas.

Num outro estudo realizado em Portugal em contexto farmacêutico, entre o ano de 2005-2006, verificou-se que numa amostra 1.038 indivíduos mais de metade (54,8%) era hipertensa, sendo esta condição mais frequente no género masculino (61%) (Oliveira-Martins *et al.*, 2011). A prevalência desta condição aumentava com a idade e não estava relacionada com o facto de se residir em ambiente rural ou urbano, sendo entretanto mais frequente nos indivíduos com menor grau de escolaridade e entre os casados. Verificou-se que a HTA é mais frequente em diabéticos, hipercolesterolémicos, obesos e entre os que apresentaram antecedentes cardiovasculares pessoais e familiares precoces. Do total de hipertensos 70% encontravam-se medicados para a HTA, sendo que a prevalência do tratamento é maior no género feminino, aumentava com a idade, e estava relacionado com o facto de se residir num local urbano. Houve também uma maior prevalência de tratamento para a HTA entre os diabéticos e sujeitos com antecedentes cardiovasculares pessoais, mas não nos fumadores (Oliveira-Martins *et al.*, 2011). Ainda que 70% dos indivíduos com HTA estivessem a ser tratados, apenas 47,8% estavam controlados. A prevalência da HTA não controlada foi mais elevada entre os diabéticos e os doentes de alto risco cardiovascular (Oliveira-Martins *et al.*, 2011). Não houve diferenças estatisticamente significativas no estudo comparativo entre hipertensos controlados e hipertensos não-controlados em função das variáveis idade, género, local de residência, escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais ou familiares precoces, hábitos tabágicos, e estatuto

face ao trabalho. Segundo Oliveira-Martins e colaboradores (2011), o controlo da HTA nos indivíduos tratados estava positivamente associado ao facto do doente relatar adesão à terapêutica e afirmar perceber o efeito da medicação.

#### **1.4. Conhecimento da condição Hipertensiva**

Apesar da alta prevalência da HTA, muitos dos pacientes que estão nessa condição não possuem muita informação sobre o seu problema. No estudo realizado na Finlândia por Jokisalo, Kumpusalo, Enlund, e Takala (2001), numa amostra de 1782 indivíduos com HTA, 56% desconheciam em que consistia a HTA. No estudo qualitativo realizado no Brasil por Péres, Magna, e Viana (2003), com uma amostra de 32 hipertensos, verificou-se que 38% da amostra não soube definir o que é HTA, e 41% dos sujeitos afirmava que HTA e tensão alta eram a mesma coisa. No entanto, 47% dos sujeitos não sabia definir tensão alta.

No estudo realizado em Espanha por Matos, Alfonso, e Vea (2007), verificou-se, numa amostra com 263 indivíduos, que 42 indivíduos (35,2%) que aderiam à medicação referiam que conheciam que a HTA é uma condição crónica, para toda a vida, apesar da adesão à medicação, e 110 indivíduos (85,9%) conheciam que para controlar a HTA era necessário controlar a dieta, realizar exercícios físicos, e tomar medicação.

No estudo realizado no Paquistão por Saleem, Hassali, Shafie, Award, e Bashir (2011), em que participaram 385 indivíduos, verificou-se a associação entre conhecimento e adesão terapêutica em utentes hipertensos. O questionário para avaliar os conhecimentos contemplava as causas, tratamento e controlo da HTA. Os autores concluíram que 146 indivíduos (37,9%) revelavam pouco conhecimento acerca da HTA, 236 indivíduos (61,3%) apresentavam um conhecimento médio, e 3 indivíduos (0,8%) demonstravam bons conhecimentos acerca da HTA. As respostas em que os indivíduos tiveram conhecimentos mais baixos relacionavam-se com as causas.

Já no estudo Português realizado por Prior, Baía, Martins, Lopes, e Vieira (2001), em que o objetivo foi avaliar o nível de conhecimentos dos doentes hipertensos em relação à HTA e a atitude face à medicação anti-hipertensora, utilizando um questionário previamente testado com 18 perguntas para os conhecimentos e 4 perguntas para a atitude face à medicação, verificou-se que, numa amostra de 259 pacientes com HTA, 78 utentes (30,1%) apresentavam muito bons conhecimentos

acerca da HTA, 123 utentes (47,5%) revelaram bons conhecimentos, 43 utentes (16,6%) apresentavam conhecimentos suficientes, e 15 utentes (5,8%) não apresentavam conhecimento acerca da HTA. Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis género e escolaridade no nível de conhecimento. Verificou-se, contudo, que o nível de conhecimentos influencia positivamente a atitude face à terapêutica anti-hipertensora, sendo os doentes com melhores conhecimentos os que apresentam maior percentagem de atitudes consideradas positivas. Referente à relação entre o nível de conhecimento e idade, verificou-se que os utentes que apresentavam mais conhecimento acerca da HTA era o grupo na faixa etária entre os 45-64 anos, e o grupo entre os 15-44 anos apresentava-se como sendo os tinham menos conhecimentos acerca da HTA. No que se refere à relação entre género e conhecimentos acerca da HTA, não houve diferenças estatisticamente significativas (Prior *et al.*, 2001).

Num outro estudo realizado em Portugal por Sousa (2005), com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos hipertensos acerca da HTA, participaram 108 sujeitos com HTA. A autora verificou que foi na dimensão *tratamento* que os sujeitos possuíam mais conhecimentos. 99,1% revelaram conhecer que para tratar a HTA é necessário reduzir o consumo de sal, 91,7% referiram que também era importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, 85,2% mencionaram que conheciam a importância de perder peso, e 87% afirmaram conhecer que era importante deixar de fumar. Neste estudo os sujeitos revelaram menos conhecimentos na dimensão *etiologia*. Também demonstraram poucos conhecimentos quando questionados sobre a sintomatologia da HTA. Relativamente aos fatores de risco, todos os sujeitos conheciam a relação entre a ingestão de sal e a HTA (Sousa, 2005).

O conhecimento de ser hipertenso afeta também a experiência de sintomas. O número de pessoas que passa a ter sintomas da HTA logo após lhe ser diagnosticada esta condição aumenta substancialmente. No estudo realizado no Brasil por Péres e colaboradores (2003), dos 32 sujeitos hipertensos estudados, antes de receberem o diagnóstico, 44% relatavam apresentar sintomas, como dor de cabeça, tonturas, dores no corpo e cansaço. Já com o diagnóstico da doença a percentagem de sujeitos que apresentavam sintomas passou para 72%, sendo que os sintomas mais relatados eram dor de cabeça, coração acelerado e dor no peito, tonturas, e dor no corpo e nas veias (Péres *et al.*, 2003). Sabe-se que esta experiência de ter sintomas pode ser importante

para aderir ao regime terapêutico, pois os indivíduos que não têm sintomas podem perceber a doença como sendo benigna (Horne *et al.*, 2005). Quanto aos conhecimentos sobre as possíveis consequências da doença hipertensiva, as respostas foram: 45% derrame, 39% enfarte, 7% relatou que “podia matar”, 2% afirmou que prejudicava os rins, 2% assinalou que causava trombose, 2% referiu acreditar que podia levar ao suicídio, 2% assinalou que causava esquecimento, e 2% desconhecia as consequências da HTA (Péres *et al.*, 2003).

O número de pessoas que tem dificuldade em aceitar que sofre de HTA também é elevado. No estudo Finlandês realizado por Jokisalo e colaboradores (2001), numa amostra de 1782 indivíduos, verificou-se 66% não aceitava a sua condição, e verificava-se que era no grupo mais jovem que a negação existia. Ainda neste estudo verificou-se que 1/3 da amostra não demonstrava qualquer tipo de esperança relativamente ao tratamento, não acreditando que a sua HTA podia ser controlada.

### **1.5. Fatores condicionantes da prevalência, consciência e tratamento**

Fatores como sedentarismo, obesidade, diabetes, género masculino, consumo de álcool (Guessous *et al.*, 2012) e inatividade profissional (Guessous *et al.*, 2012; Oliveira-Martins *et al.*, 2011) parecem estar positivamente correlacionados com a prevalência da HTA. Um fator que parece ter surpreendido os autores em dois estudos (Guessous *et al.*, 2012; Oliveira-Martins *et al.*, 2011) foi o facto de haver uma maior prevalência de HTA entre não-fumadores comparativamente aos fumadores, o que leva a deduzir que estar na condição de hipertenso leva ao abandono dos hábitos tabágicos (Oliveira-Martins *et al.*, 2011).

No estudo Camaronês realizado por Mbouemboue, Yiagnigni, Koona, Cacko, e Ndobó (2012), em que participaram 117 sujeitos, analisou-se quais os fatores que influenciavam uma maior consciencialização e tratamento da HTA. Verificou-se que os fatores que aumentavam a consciência de ser hipertenso eram: idade superior a 40 anos, ser fumador e sofrer de HTA há mais tempo. Parece haver diferenças nestes resultados com os obtidos por Guessous e colaboradores (2012). Estes autores verificaram que a condição de fumador estava associada a uma menor consciência da condição de ser hipertenso.

Verifica-se, relativamente ao tratamento, que indivíduos empregados e obesos recebem mais tratamento para a HTA (Mbouemboue *et al.*, 2012). Estes dados podem ser explicados devido ao acesso sistemático que este grupo tem aos serviços de saúde, e às visitas regulares dos médicos ao local de trabalho (Mbouemboue *et al.*, 2012). Também se verifica que o tratamento é mais comum entre o género feminino, aumenta com a idade, é mais frequente em pessoas que residem em local urbano, diabéticos, não fumadores e pessoas com antecedentes cardiovasculares (Oliveira-Martins *et al.*, 2011). Verifica-se também que quanto maior o custo da medicação, menor a taxa de pacientes tratados, demonstrando assim que quanto mais caro é o medicamento prescrito, menos os pacientes aderem ao tratamento (Mbouemboue *et al.*, 2012).

É importante também perceber a associação entre habilitações literárias – consciência/tratamento da HTA, já que há uma maior prevalência de HTA nos indivíduos com um menor grau de habilitações (Oliveira-Martins *et al.*, 2011). O estudo de Mbouemboue e colaboradores (2012) verificou que não havia associação entre habilitações literárias e consciência de ser hipertenso, pois verificou-se que os que tinham mais habilitações não estavam mais cientes da sua condição de hipertenso comparativamente aos que tinham menos habilitações. Mas apesar de não haver diferenças na consciência da condição, Guessous e colaboradores (2012) verificaram que os pacientes com mais habilitações literárias tinham mais probabilidade de não aderirem ao tratamento.

Apesar de por vezes se encontrar correlação positiva entre estado civil e prevalência de HTA (Oliveira-Martins *et al.*, 2011), tem-se verificado que não há associação entre estado civil e consciência da condição de hipertenso (Mbouemboue *et al.*, 2012).

### **1.6. Modificações no estilo de vida como tratamento**

As mudanças no estilo de vida são essenciais para o sucesso do tratamento e controlo da HTA. São várias as razões que tornam as mudanças no estilo de vida estratégias terapêuticas, como o baixo custo da implementação, aumento da eficácia do tratamento farmacológico e diminuição da necessidade de recorrer a fármacos (Martins, 2012). De facto, mudanças como redução do peso corporal, redução no consumo de sal

e bebidas alcoólicas, e a prática regular de atividade física, ajudam a reduzir a pressão arterial (Martins, 2012).

Apesar de hoje em dia estas recomendações serem bastante divulgadas, muitas pessoas continuam a ter estilos de vida de risco. No final da década de 90 foi realizado um estudo em Portugal com 3030 sujeitos, e verificou-se que a participação desportiva da população Portuguesa com idades entre os 15 e os 74 anos era apenas de 23%. (Marivoet, 1998). É necessário aumentar o índice de participação desportiva, porque sabe-se que aumentar a prática regular de exercício físico é uma das medidas de maior impacto na saúde pública, pois traz benefícios em todos os indivíduos, sejam doentes em risco ou população saudável, pois diminui o risco dos normotensos desenvolverem HTA (Dishman, 1982).

O consumo de bebidas alcoólicas também é um comportamento que deve ser alterado. Dados epidemiológicos e clínicos demonstram que o consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial, aumenta a prevalência de HTA, e é uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensora (Martins, 2012). O álcool atenua o efeito anti-hipertensor dos fármacos, embora esse efeito pareça ser reversível em 1-2 semanas após diminuição da ingestão do álcool (Puddey, Beilin, & Vandongen, 1987) e diminui a adesão aos tratamentos hipertensores (Bryson *et al.*, 2008).

A redução e o controlo do peso corporal são outros fatores a serem controlados. Sabe-se que o aumento de peso é preditivo da probabilidade do desenvolvimento subsequente da HTA, e que os indivíduos obesos têm mais propensão para serem hipertensos (He & Whelton, 2000). A maioria dos estudos relativos ao tratamento da HTA incluiu uma componente de perda de peso. Todos esses estudos demonstraram que a perda de peso, isoladamente ou em associação com medidas farmacológicas anti-hipertensoras, tem um efeito benéfico no controlo da pressão arterial, sendo o fator estilo de vida mais eficaz na diminuição da pressão arterial (Cheung *et al.*, 2006; cit in Martins, 2012).

No controlo alimentar deve-se reduzir a ingestão salina. Existem fortes indícios acerca das relações entre ingestão salina e a pressão arterial. Há muito tempo que o sódio e a ingestão salina são associados à HTA, sendo reconhecidos como os fatores ambientais que mais influenciam a pressão arterial (Martins, 2012). Sabe-se que a

alimentação que contem quantidades excessivas de sal conduz à elevação da pressão arterial, e a outras doenças (Meneton, Jeunemaitre, de Wardener, & MacGregor, 2005).

Em conclusão, verifica-se que a alta prevalência da HTA em vários países (Guessous *et al.*, 2012; Ekwunife *et al.*, 2010 Annamalai *et al.*, 2011; Macedo *et al.*, 2007; Polónia *et al.*, 2013) faz com que esta condição seja considerada um problema de saúde pública. Para se realizar o diagnóstico de HTA, Portugal adotou as normas da Sociedade Europeia de HTA (ESH, 2007). Os sujeitos com diagnóstico de HTA que não tenham a sua condição controlada estão suscetíveis a vários problemas médicos, como o aparecimento de arteriosclerose, infiltração lipídica e acumulação de cálcio, resultando no enfraquecimento dos vasos sanguíneos (Kaplan & Schub, 2012). Apesar dos problemas causados pela HTA, muitos dos pacientes que são hipertensos não revelam muita informação acerca da sua condição de saúde. Sujeitos com HTA podem não saber definir o que é a HTA, podem desconhecer as causas (Péres *et al.*, 2003; Prior *et al.*, 2001), e podem ter dificuldades em aceitar que são hipertensos (Jokisalo *et al.*, 2001).

Alguns fatores como a obesidade, diabetes, sedentarismo e consumo de álcool podem estar positivamente associados à alta prevalência de HTA, podendo precipitar o aparecimento desta condição (Guessous *et al.*, 2012). Outros fatores podem beneficiar os sujeitos com HTA, proporcionando uma maior consciência e alertando-os para o tratamento. Características como idade superior a 40 anos, ser fumador e sofrer de HTA há mais tempo, pode ajudar os sujeitos hipertensos a estarem mais acautelados e aderirem ao tratamento (Mbouemboue *et al.*, 2012).

Apesar da alta prevalência da HTA, sabe-se que esta condição pode ser prevenida através de mudanças no estilo de vida, como redução do peso corporal, redução do consumo de sal e bebidas alcoólicas, e prática regular de atividade física. Para consciencializar e aumentar os conhecimentos desta condição, realiza-se campanhas de profilaxia. Desta forma, e demonstrando o impacto da HTA na mortalidade, a Organização Mundial de Saúde celebrou, no dia 7 de Abril de 2013, o Dia Mundial da Saúde, dedicando este dia à HTA (OMS, 2013.)

## 2. Adesão Terapêutica

A adesão terapêutica é normalmente associada à adesão farmacológica. Mas este conceito implica mais do que apenas uma adesão aos fármacos, e também se consideram aspetos como mudanças nos hábitos de saúde e o cumprimento das recomendações médicas (OMS, 2003). O conceito de adesão terapêutica tem sido discutido desde 1970, devido a muitos profissionais de saúde terem percebido que os seus pacientes não aderiam aos tratamentos. Desta forma também se começou a valorizar a relação entre profissional de saúde e paciente, pois percebeu-se que o paciente tinha um papel decisivo na opção de aderir ao tratamento (Jin *et al.*, 2008).

### 2.1. Definição

O tema da ingestão de medicamentos é controverso, e tem surgido imensa literatura sobre este facto. Pode se perceber a complexidade do tema através da revisão dos conceitos que foram aparecendo. Na literatura científica sobre a ingestão de fármacos encontram-se três conceitos: observância (*compliance*); adesão (*adherence*); concordância (*concordance*) (OMS, 2003).

Nos cuidados de saúde diz-se que há *observância* se o comportamento do paciente (relativamente à ingestão de medicação, regime dietético e mudança de estilo de vida) coincidir com a recomendação do médico face aos cuidados de saúde (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008). Este conceito é utilizado na literatura médica e farmacêutica, mas tem sido criticado devido à conotação negativa no que concerne à relação médico-paciente. Este conceito denota o autoritarismo por parte do médico que decide qual o tratamento mais apropriado, e o paciente apenas segue as suas recomendações passivamente (Horne *et al.*, 2005).

O conceito de *adesão* é a medida em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações do profissional de saúde e a competência e prontidão para continuar o regime terapêutico (Jin *et al.*, 2008). Este conceito tem sido adotado pela literatura psicológica e sociológica, no sentido de enfatizar que o paciente é livre para decidir se quer continuar a seguir as recomendações médicas, e que o fracasso não é apenas culpa do paciente, preconizando que é necessário haver acordo entre profissional de saúde e paciente (Horne *et al.*, 2005).

O conceito de *concordância* refere-se a um acordo após a negociação entre o paciente e o profissional de saúde, em que se respeita as crenças e desejos do paciente, e se determina quando e a quantidade de medicação prescrita. É uma aliança recíproca em que o profissional de saúde reconhece a primazia das decisões do paciente (Jin *et al.*, 2008). Apesar das diferenças subtis entre os conceitos, percebe-se que existe alguma relação, e muitas vezes são usados como sinónimos (OMS, 2003).

Para a presente dissertação optou-se por utilizar o conceito de *adesão* que, por ser mais utilizado nos estudos de psicologia (Horne *et al.*, 2005), está de acordo com o conceito da OMS (2003) que refere que adesão terapêutica é muito mais do que a adesão à prescrição farmacológica, e inclui outros comportamentos de saúde.

## **2.2. Não-adesão terapêutica na HTA**

Em 1973, a North American Nursing Diagnosis Association reconheceu a *não-adesão* ao tratamento (Dias *et al.*, 2011). Quando a *não-adesão* está relacionada com diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao doente, denomina-se *não-adesão universal* (Dias *et al.*, 2011). O exemplo desta *não-adesão* é o não cumprimento do regime medicamentoso, o doente não comparecer às consultas médicas e não seguir as mudanças no estilo de vida recomendadas pelo profissional de saúde (Dias *et al.*, 2011).

Pode-se classificar a não adesão em dois subtipos: *intencional* ou *não-intencional* (OMS, 2003). Considera-se *intencional* quando o paciente não cumpre o tratamento, apesar de conhecer as suas condições. Quando o paciente não compreende a informação transmitida pelo profissional de saúde, quando se esquece ou tem dificuldade em gerir a medicação é considerada *não adesão não-intencional* (OMS, 2003). Na perspetiva dos profissionais de saúde a *não-adesão* tem impactos negativos nos resultados do tratamento e consequências clínicas (Jin *et al.*, 2008). Entre estas duas categorias, a Psicologia tem procurado explicações para a *não-adesão intencional*. Ou seja, como é que se explica que um paciente procura o seu médico e depois decida não seguir as prescrições/recomendações (Fernandes, 2009).

A *não-adesão* está diretamente associada a resultados negativos do tratamento em pacientes com diabetes, SIDA, epilepsia, transplantes de órgão, e HTA (Sabaté, 2003; cit in Jin *et al.*, 2008). Segundo Bennett (2000) as taxas de *não-adesão* associadas

aos erros dos pacientes rondam os 15% quando é prescrito um comprimido, 25% quando são prescritos dois ou três, e 35% quando são prescritos cinco ou mais comprimidos. Nos Estados Unidos, devido à *não adesão* ao tratamento, 10%-20% dos pacientes necessitam de mais um medicamento que não seria necessário, e 5%-10% necessitam de nova consulta médica ou de mais um ou dois dias de baixa, e que entre 0,25%-1% necessitam de ser hospitalizados devido à *não-adesão* ao tratamento (Bennett, 2000). Na população Australiana verificou-se que este número de admissões hospitalares aumentava para os 25%. (Osterberg & Blaschke, 2005).

Sabe-se que a não-adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a falta de controlo da tensão arterial. Num estudo realizado em Portugal por Silva, Morgado e Almeida (2012), avaliou-se o impacto da não-adesão e a falta de controlo da tensão arterial. Neste estudo participaram 101 indivíduos com HTA, e apenas 48% tinham a tensão arterial controlada. A taxa de adesão à medicação foi de 42%. Os doentes com a tensão arterial controlada apresentavam uma taxa de adesão à medicação significativamente mais elevada (56%), comparados com os doentes com tensão arterial não controlada (28%). Assim, segundo os autores do estudo, qualquer intervenção que tenha como objetivo melhorar o controlo da tensão arterial deve ter em conta o aumento da adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensora.

### **2.3. Fatores preditores da adesão/não-adesão terapêutica na HTA**

Os fatores indicados para a *adesão terapêutica vs não-adesão à terapêutica* podem ser agrupados em várias categorias, nomeadamente os fatores centrados no paciente, fatores relacionados com a terapia, relacionados com o sistema de saúde, fatores sócio-económicos e de doença (Jin *et al.*, 2008). Nos fatores centrados no paciente encontram-se os fatores demográficos (idade, etnia, género, educação e estado civil), os fatores psicológicos (crenças e motivação, atitudes negativas face à terapia, relação paciente-profissional de saúde, literacia da saúde, conhecimento da doença) e fatores como o consumo de álcool e tabaco, e esquecimento (Horne *et al.*, 2005). Nos fatores relacionados com a terapia encontram-se as formas de administração da medicação, complexidade do tratamento, duração, efeitos colaterais da medicação e nível de mudança comportamental requerida. No que se refere aos fatores relacionados com o sistema de saúde depreende-se a facilidade com que o paciente tem acesso aos

serviços. Nos fatores sócio-económicos encontram-se os aspetos referentes ao tempo despendido necessário, rendimentos e custo da terapia e suporte social. Nos fatores da doença verifica-se que doentes com flutuações ou sem sintomas aderem menos ao tratamento (OMS, 2003).

Nos doentes hipertensos, a *não-adesão* resulta no pouco controlo da pressão arterial, ainda que tenha como consequência o risco acrescido de enfarte do miocárdio, problemas coronários e problemas renais (Jin *et al.*, 2008). Muitas vezes os hipertensos não aderem à prescrição farmacológica porque a medicação pode causar diversos efeitos secundários que, apesar de não serem problemáticos, são vistos como inaceitáveis, na medida em que os ganhos não são óbvios (Horne, 1997; cit. in Bennett, 2000). No estudo de Dusing, Weisser, Mengden, e Vetter (1998) realizado na Alemanha com uma amostra de 1603 pacientes, a segunda razão mais proeminente para os hipertensos não aderirem ao tratamento referia-se aos efeitos secundários da medicação. A complexidade do tratamento também se revelou ser um fator decisivo na adesão, principalmente quantas vezes por dia o paciente tem que tomar a medicação. A meta-análise de Iskedijan e colaboradores (2002) concluiu, através da análise de vários estudos, que os pacientes hipertensos que têm uma prescrição posológica de duas vezes por dia aderem menos aos que apenas tinham uma prescrição.

Crenças culturais também influenciam a *adesão* ao tratamento. Lim e Ngah (1991; cit. in Jin *et al.*, 2008) concluíram que os pacientes hipertensos residentes na Malásia achavam que a prescrição continuada de medicação “Ocidental” tinha efeitos nocivos para a saúde e tinham mais confiança em produtos naturais. Também nos Estados Unidos muitos pacientes recorrem a terapias alternativas que, apesar de terem alguns resultados positivos que necessitam de ser interpretados de forma individualizada, continuam a precisar de mais provas para validar a sua eficácia no tratamento da HTA. Estão aqui incluídas terapias como meditação, yoga, *biofeedback*, terapia cognitivo-comportamental, Tai-Chi, acupuntura, leite de soja, extrato e plantas medicinais, chocolate negro e vitaminas (Kaplan & Schub, 2012). Apesar de se pensar que este tipo de terapias funcione como placebo, acredita-se que o efeito placebo não diminui a validade do tratamento. (Kaplan & Schub, 2012). Descobriu-se também que hipertensos que aderiam menos ao tratamento sentiam que os médicos não se importavam com a sua doença, e isto afetava a sua motivação de se tratarem (Lim &

Ngah, 1991; cit. in Jin *et al.*, 2008), levando a perceber que a motivação é um fator importante na adesão, pois ficou provado no estudo de Khoo e colaboradores (1999; cit. in Annamalai, 2011) que os doentes cessavam o tratamento por falta de motivação.

Alguns estudos demonstraram que pacientes consumidores de tabaco e álcool tinham menos probabilidade de aderir aos tratamentos. No estudo realizado por Kungas e Lahdenpera (1999), conduzido na Finlândia, verificou-se que pacientes hipertensos que não fumavam, mais facilmente aderiam ao regime alimentar recomendado pelo profissional de saúde. Os pacientes com doenças assintomáticas também aderem menos ao tratamento. Kyngas e Lahdenpera (1999) demonstraram no seu estudo que havia correlação entre a presença de sintomas hipertensivos e redução no consumo de sódio. Dos pacientes que tinham sintomas 71% reduziram o consumo de sódio, enquanto nos que não tinham sintomas apenas 7% reduziu.

Meyer, Leventhal, e Gutmann (1985) estudaram as representações cognitivas da doença e a adesão ao tratamento. Eles identificaram as representações dos pacientes sobre a tensão arterial elevada e a sua influência na adesão à medicação anti-hipertensiva. Neste estudo a maioria dos pacientes conseguia identificar vários sintomas da HTA, tal como calor, aumento da temperatura e tonturas. Os que melhor identificavam estes sintomas eram os que estavam diagnosticados com a doença há mais tempo. Um quarto dos sujeitos consideravam que o seu estado era agudo, e um terço considerava que era cíclico. Os que mais aderiam ao tratamento eram os que tinham sido diagnosticados recentemente e consideravam o seu estado como sendo crónico. Já os pacientes que consideravam há mais tempo o seu estado como crónico aderiam menos às recomendações. Os que tem uma redução significativa dos sintomas consideram-se curados, e desistem do tratamento (Meyer *et al.*, 1985).

Ley (1989; cit in Odgen, 2000) desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva da adesão, e defende que se podia prever a adesão através da combinação da satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da informação fornecida e a capacidade de recordar essa informação.

A medida de satisfação do doente relativamente à consulta foi analisada por Ley (1988; cit in Odgen, 2000). A análise concluiu que os níveis de satisfação resultavam de vários componentes da consulta, como aspetos afetivos (apoio emocional e compreensão), aspetos comportamentais (prescrição, explicações adequadas), e aspetos

ligados à competência do técnico de saúde (encaminhamento adequado, diagnóstico). A comunicação médico-paciente também se encontra relacionada com a satisfação da consulta. No estudo de Vital (1999), a autora concluiu que os pacientes não ficavam satisfeitos com a consulta quando os médicos faziam perguntas e deixavam falar livremente sobre as suas relações sociais, questionavam sobre as suas emoções, perguntavam sobre problemas do dia-a-dia, perguntavam sobre a situação profissional, social e familiar, e mostravam interesse em que fosse o paciente a decidir sobre o tratamento a realizar. Relativamente aos fatores positivos e que deixavam os pacientes satisfeitos, os que sobressaíram foi o tratamento com respeito, a competência técnica, zelar pela confidencialidade, cumprimentar/saudar o paciente, deixar o paciente falar sobre os sintomas, informar sobre diagnóstico, contacto visual, dar explicação sobre o que vai acontecer, e explicar porque determinado tratamento é recomendado. Desta forma é possível criar uma relação de confiança com o paciente, fator extremamente importante associado à adesão terapêutica, pois, segundo Frosch, Kimmel, e Volpp (2008), os pacientes que não confiam nos médicos tendem a perceber a medicação prescrita como menos eficaz. O suporte social também é importante para prever a adesão terapêutica, pois Matos e colaboradores (2007), verificaram que, entre 263 hipertensos incluídos num estudo, dos 128 aderiam à terapêutica, 116 (90,6%) relatavam ter um bom suporte social.

No que se refere à compreensão, o estudo de Boyle (1970) analisou como os pacientes compreendiam o conteúdo da consulta. Foi analisado como os diferentes pacientes definiam diversas doenças e percebeu-se que, quando era fornecida uma lista aos pacientes para identificar as diversas doenças poucos conseguiam fazê-lo, e poucos conseguiam localizar corretamente diferentes órgãos do corpo e definir diferentes doenças. Esta conclusão demonstrou que havia uma baixa compreensão dos pacientes acerca do conteúdo da consulta. Para além da compreensão do conteúdo da consulta, também se verifica que, por vezes, os pacientes não compreendem a mensagem que se fornece relativamente à medicação, o que resulta na pouca adesão ao tratamento (Saleem *et al.*, 2011). Assim, é importante uma relação colaborativa entre médico-paciente, em que o médico explica ao paciente os benefícios de aderir ao regime terapêutico (Saleem *et al.*, 2011).

## **2.4. Promoção da adesão terapêutica em hipertensos**

Apesar da adesão às recomendações médicas ter um grande impacto nos resultados do tratamento e nos custos da saúde pública, não há muitas evidências que suportem uma intervenção específica para melhorar a adesão dos hipertensos à terapêutica. Sabe-se que a adesão a regimes terapêuticos de longa duração implica mudanças comportamentais que envolvem aprendizagem e adoção e manutenção de comportamentos de adesão. Estratégias como fornecer recompensas, lembretes e suporte familiar para reforçar o novo comportamento têm demonstrado que pode melhorar a adesão terapêutica em doenças crônicas (OMS, 2003).

Para conseguir aumentar a adesão terapêutica é necessário uma intervenção multifacetada. Assim, necessita-se que os profissionais de saúde se consciencializem da taxa, que é baixa, de adesão terapêutica, e recebam formação para melhorarem a forma como aconselham os pacientes, que deve ser construtiva e sem juízos de valor (OMS, 2003). Segundo Ley (1999; cit. in Odgen, 2000), os profissionais de saúde devem explicitar aos utentes a importância da adesão, simplificar as informações, usar repetições, ser claro e objetivo, seguir a consulta com entrevistas adicionais e utilizar o efeito da primazia, que significa que os pacientes têm tendência para recordar o que lhe é dito em primeiro lugar. Para aumentar a memorização Ley (1988; cit. in Bennett, 2000) identificou algumas estratégias para apresentar a informação, no sentido de melhorar a probabilidade de ser recordada e aumentar a adesão. Para o autor a melhor forma de apresentar a informação é de uma forma estruturada, usar uma linguagem e expressões que os pacientes possam recordar, e utilizar estratégias de repetição. Deve-se utilizar informações específicas, e não gerais. Telefonemas ou cartas (auxiliares de memória) podem facilitar a ação (Ley, 1988; cit. in Bennett, 2000).

A Organização Mundial de Saúde sugere que se faça uma seleção apropriada do medicamento a ser prescrito, pois deve estar acessível em termos económicos, não ter uma posologia complexa, e deve preferencialmente ter poucos efeitos colaterais. Deve-se também sugerir que o paciente faça as suas medições regulares no seu domicílio (OMS, 2003). A monitorização da pressão arterial dá uma oportunidade ao paciente de avaliar como está a responder aos anti-hipertensivos. Deve-se sempre pedir aos profissionais de saúde para explicar minuciosamente como utilizar o aparelho de

medida, devem ser informados que objetivos se pretende, explicar que devem fazer um registo da sua pressão (Nguyen & Myzyk, 2009), e fazer com que os pacientes tenham uma perceção de controlo sobre a da doença e o seu tratamento (Chen *et al.*, 2011).

Sumariando, observa-se que várias investigações têm sido realizadas no âmbito da adesão terapêutica. Ainda que exista alguma controvérsia quanto ao termo a utilizar, a disciplina da psicologia adotou o termo *adesão*, pois enfatiza a relação profissional de saúde – paciente, e também o livre arbítrio do paciente para decidir se quer aderir às prescrições médicas (Horne *et al.*, 2005). Se inicialmente os investigadores interessados em estudar a adesão terapêutica centravam-se na adesão farmacológica, atualmente investigam as mudanças de hábitos de vida, e o cumprimento de outras recomendações médicas (OMS, 2003).

Os profissionais de saúde interessaram-se pelo estudo da adesão terapêutica devido às consequências apresentadas pela não-adesão, que para além das consequências na saúde origina consequências económicas (Bennet, 2000). A psicologia interessou-se principalmente por perceber como se pode explicar que um paciente procure o médico e depois decida não seguir as recomendações (Fernandes, 2009). Encontramos estudos que revelaram que muitos sujeitos com diagnóstico de HTA não aderem às recomendações médicas (Sabaté, 2003; cit. in Jin *et al.*, 2008), resultando numa elevada taxa de mortalidade. Explicações para a não adesão advêm de crenças culturais e dos efeitos colaterais provocados pelos fármacos.

Com os estudos da adesão terapêutica os investigadores perceberam que algumas estratégias podiam ajudar os sujeitos a aderirem às recomendações. Pretende-se que os profissionais de saúde recebam formação para aplicarem adequadamente as estratégias, como a comunicação, a perceção correta do diagnóstico, e o apoio emocional (Ley, 1988; cit. in Odgen, 200). Percebe-se então que quanto mais contacto houver entre profissional de saúde-paciente mais elevada será a adesão, beneficiando a saúde do paciente.

### 3. Representações Cognitivas da doença

As representações cognitivas que os sujeitos têm acerca da doença podem ser utilizadas para atribuir sentido às suas doenças e ajudá-las a perceber quais os sintomas em desenvolvimento (Odgen, 2000). Leventhal, Leventhal, e Cameron (2001) decidiram incorporar estas representações num modelo que analisa a relação entre a representação cognitiva que o paciente tem da sua doença e o comportamento de *coping* subsequente. Consta-se de facto que quando se intervém nas crenças da doença e do tratamento, há uma maior adesão por parte dos utentes à terapêutica (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012).

#### 3.1. Modelo de Auto-Regulação

O trabalho desenvolvido sobre a perceção da doença/condição clínica tem incidido sobre a forma como os indivíduos fazem sentido dos sintomas, e como estes orientam os mecanismos para lidar com as situações de ameaça ao estado de saúde, nomeadamente no que se refere à procura de cuidados e à adesão a regimes terapêuticos (Petrie & Weinman, 2006). Salienta-se desta forma a importância que as crenças de saúde têm para o comportamento no que se refere à vivência da doença/condição clínica. Estas crenças estão organizadas na memória sobre a forma de modelos mentais, que estão por sua vez organizados em esquemas ou representações sobre a forma como uma doença/condição clínica pode afetar as funções corporais, o seu impacto no dia-a-dia do indivíduo, se e como se pode curar, e como proceder para restabelecer o estado de saúde (Odgen, 2000). Os termos referidos na literatura de investigação que são sinónimos da representação cognitiva da doença, são por exemplo, esquemas de doença, perceção da doença e modelos de senso-comum (Figueiras, 2006). Um aspeto fundamental nos modelos que estudam a representações da doença é a delimitação de um processo emocional que se encontra aliado aos mecanismos cognitivos (Odgen, 2000). Para se compreender as representações da doença, um número de pesquisas significativas foram realizadas, principalmente na população adulta (Bennett, 2000).

Nerenz e Leventhal (1983; cit. in Bennett, 2000) utilizaram uma metodologia cognitiva para determinar como é que as pessoas representam cognitivamente e enfrentam a ameaça da doença/condição clínica, estando este modelo centrado

unicamente nas representações individuais e nas respostas à ameaça inerentes à doença/condição clínica. Os autores associam as representações de doença aos modelos de resolução de problemas, dando origem ao conhecido Modelo de Auto-Regulação da Doença (Leventhal *et al.*, 1984). Este modelo assume que o indivíduo, face a um problema de saúde, é motivado a reduzir qualquer angústia consequente e voltar ao estado de equilíbrio, através de diversas estratégias de *coping* (Bennett, 2000). De acordo com Odgen (2000), as estratégias de *coping* podem organizar-se em dois domínios gerais: *coping* por aproximação (aderir às recomendações médicas) e *coping* de evitamento (negar o significado dos sintomas da doença).

O modelo identificou algumas fases que, apesar de divergentes, são interativos. A fase da representação refere-se à receção e interpretação da informação no sentido de desenvolver uma compreensão da ameaça à saúde. É baseada na informação retirada de várias fontes, incluindo os sinais e os sintomas da doença, e na informação dos médicos e de outras pessoas do círculo social do indivíduo sobre o diagnóstico e a natureza da doença (Bennett, 2000). Leventhal e colaboradores (1984) identificaram cinco dimensões de representação da doença: identidade, consequências, causas, evolução, cura/controla da doença. As interpretações da identidade da doença/condição clínica podem envolver rótulos abstratos, como o nome da doença/condição, e sinais e sintomas, tal como sangrar ou dor. As consequências podem ser físicas, sociais, económicas e emocionais. As causas podem ser internas, incluindo fatores genéticos, e externas, como trabalho, stress ou aspetos dietéticos. A evolução foca-se na cronicidade ou ameaça da doença, podendo ser crónico, aguda ou cíclica. A perceção de controle ou cura refere-se à crença sobre a possibilidade de curar ou controlar a doença. Verificou-se que a identidade é o componente que vai determinar todos os outros, na medida em que as outras representações irão ser desenvolvidas em consonância com o rótulo atribuído, ou o tipo de sintomas percecionados (Bennett, 2000), e que os pacientes hipertensos que têm uma identidade “bem desenvolvida” são os que melhor aderem aos tratamentos (Quine *et al.*, 2012).

Vários estudos quantitativos e qualitativos focam-se neste modelo. Os trabalhos de Weinman, Petrie, Moss-Morris, e Horne (1996), conduziram ao desenvolvimento de uma medida de avaliação das cognições da doença (*Illness Perception Questionnaire-IPQ*), para avaliar quantitativamente as dimensões sob as quais as representações de

doença se organizam. O *Illness Perception Questionnaire-Brief* (Weinman & Petrie, 2004) adaptado para a população Portuguesa por Trovisqueira e McIntyre (2007) tem sido utilizado em alguns estudos na nossa população. Trovisqueira (2007) utilizou pela primeira vez o instrumento numa amostra constituída por 87 pacientes com pós-enfarte do miocárdio, e posteriormente Fernandes (2009) utilizou este instrumento com mulheres com cancro na mama.

Algumas críticas também foram feitas ao modelo de Auto-Regulação de Leventhal, nomeadamente no que se refere à complexidade da sua intervenção e avaliação (Odgen, 2000). O facto de os diferentes componentes do modelo de auto-regulação interagirem entre si cria a necessidade de estes serem medidos no seu conjunto e não por partes. Quando olhamos para as componentes do modelo em separado, pode ser difícil determinar se estamos a tratar representações/cognições de doença ou estratégias de coping (Odgen, 2000).

### **3.2. Modelo de auto-regulação em hipertensos**

As expectativas dos pacientes e a experiência de vivenciar sintomas influenciam a perceção que se tem sobre a necessidade de aderir à medicação e de fazer uma avaliação subsequente dos resultados do tratamento. O facto das pessoas experienciarem os sintomas da sua condição indica de que têm algo que necessita de ser tratado (Horne *et al.*, 2005). Outro exemplo de necessidade de adesão à medicação prende-se com o que se costuma denominar “negociação de um diagnóstico”. A investigação indica que a adesão é mais efetiva quando os modelos do doente e do profissional coincidem, pois verifica-se que se o doente tem tonturas e atribui ao cansaço, e entretanto é realizado um diagnóstico de HTA, é provável que o paciente adira menos ao tratamento, pois não há coincidência entre o seu modelo com o diagnóstico realizado (Figueiras, 2006). Os indivíduos ficam menos conscientes sobre a *necessidade* de um tratamento se a experiência dos seus sintomas, a sua perceção sobre as causas, as consequências e a perceção de controlar a doença, não coincidir com o que conhecem da doença (Bishop & Converse, 1986). Sabe-se hoje em dia que quando as pessoas percecionam uma maior *necessidade* de se submeterem a um tratamento aderem mais ao mesmo, e que a maioria dos hipertensos sente que medicação é necessária (Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

No estudo Português de Lopes, Alarcão, Fernandes, Nicola, e Rocha (2010), em que participaram 1094 sujeitos com HTA, os autores chegaram à conclusão que os indivíduos que tomavam medicação há mais de 10 anos sentiam mais necessidade de serem medicados. Estes indivíduos acreditavam que seguir as recomendações médicas de adesão à prescrição farmacológica proporcionava-lhes mais qualidade de vida, que sem os fármacos os sintomas da sua condição intensificavam-se, que a sua saúde e qualidade de vida dependia da ingestão de fármacos para controlar a HTA, e que os medicamentos protegiam-nos de piorar. Verifica-se também que quando as pessoas acreditam que a sua condição é crónica têm mais tendência a acreditar que necessitam de serem medicados, e os pacientes que acreditam que é possível controlar a HTA sentem mais necessidade de aderir ao regime terapêutico, e têm menos preocupações face à medicação (Figueiras *et al.*, 2010). Verifica-se ainda que os sujeitos com condição crónica, e que acreditam que mesmo tomando medicação a sua condição não irá desaparecer, aderem melhor ao tratamento, pois está subjetivamente implícito que terão de conviver com a sua condição para o resto da vida, e preparam-se para isso (Matos, Alfonso, & Veia, 2007).

Também se verifica que se os pacientes acharem que a sua condição clínica pode trazer consequências graves, provavelmente irão aderir melhor ao tratamento (Quine *et al.*, 2012). Relativamente aos sintomas, os indivíduos que percecionam e relatam ter mais sintomas tendem a acreditar que a sua condição é mais negativa, procuram mais atribuições causais, e têm sentimentos mais negativos relativos à sua condição (Chen *et al.*, 2011). Indivíduos que relatam mais ter mais sintomas da HTA têm uma menor perceção de controlo sobre a sua condição, o que origina numa menor adesão aos tratamentos (Chen *et al.*, 2011). Quanto à perceção das causas, também se verifica que crenças relativamente às causas da HTA podem influenciar a adesão terapêutica (Wilson *et al.*, 2002: cit. in Frosch, Kimmel, & Volpp, 2008). Relativamente ao benefício do tratamento, os que têm a crença que vale a pena fazerem sacrifícios pois os sintomas e a gravidades da condição serão amenizados, mais facilmente aderem à terapêutica (Matos *et al.*, 2007).

Segundo Figueiras e colaboradores (2010) existem três grupos de doentes com diferentes representações da doença. O primeiro grupo é constituído pelos pacientes com uma representação mais negativa da HTA, que significa que têm perceções mais

graves das consequências, acreditam que a evolução é crónica, uma forte crença no tratamento e controlo pessoal, uma forte identidade, elevada preocupação com a doença, e uma representação emocional negativa, apesar de acreditarem que têm um bom conhecimento da sua condição. No segundo grupo os pacientes têm crenças menos negativas relativamente às consequências, identidade, grau de preocupação, e representações emocionais. Já o terceiro grupo difere em tudo com os dois outros grupos, exceto na identidade, que é mais baixa (Figueiras *et al.*, 2010). Desta forma, estes pacientes têm crenças mais positivas acerca das consequências, acreditam menos no tratamento e controlo pessoal, apresentam menos preocupação e compreensão, e demonstram uma resposta emocional mais positiva. É importante perceber as crenças dos diferentes grupos porque estas são preditivas da adesão (Pires & Mussi, 2008).

O modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores (1984), já referido, constitui-se como um instrumento conceptual útil para a compreensão da *não-adesão intencional*. Se a adesão é vista como uma forma de *coping*, o modelo postula que a decisão de seguir as recomendações de tratamento será influenciada pelas representações que o paciente tem da sua doença, e subsequentemente da visão acerca da adequação aos tratamentos (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Este modelo permite conceptualizar as decisões de saúde de uma forma dinâmica, em que representações e comportamentos interagem de forma ativa. Para Leventhal e colaboradores (1992) a escolha de uma resposta de *coping*, como tomar a medicação, é influenciada por aquilo que faz sentido, à luz das próprias ideias do sujeito, sobre a doença e a sua experiência dos sintomas.

Conclui-se que as representações de doença têm um enorme impacto nas imagens criadas acerca da doença e da possibilidade de adaptação e até de recuperação. Assim, verifica-se a relevância deste modelo conceptual sempre que se está a intervir com pacientes que apresentam dificuldades em lidar e adaptar-se a determinado tipo de doença/condição. Utilizar este modelo conceptual permite ao profissional de saúde demonstrar um conjunto específico e pessoal de crenças que podem estar a limitar a adaptação do doente à doença (Pereira & Roios, 2011).

Este modelo demonstra-nos que os sujeitos têm uma representação da saúde e da doença, e que essas representações incluem uma componente psicológica intensa (Bennett, 2000). Percebe-se assim que as cognições são um determinante vigoroso das

nossas reações emocionais e comportamentais à doença. As crenças sobre as doença e as emoções a elas associadas podem, em certos casos, ser determinantes mais poderosos do resultado da doença do que o processo fisiológico subjacente (Bennett, 2000). Assim, enfatiza-se a necessidade de que os profissionais envolvidos nos cuidados aos pacientes possuam uma compreensão dos processos psicológicos que influenciam o comportamento do paciente e justificam as intervenções que visam modificar as cognições relacionadas com a saúde (Odgen, 2000)

## **Parte II - Estudo Empírico**

A segunda parte deste trabalho é dedicada ao estudo empírico, que compreende a descrição da investigação realizada. Dedicaremos uma parte à metodologia e outra à descrição dos resultados obtidos. Posteriormente, será realizada a interpretação e discussão dos resultados e, por último, serão apresentadas as limitações do estudo, conclusão retiradas, e sugestões para investigações futuras.

## **4. Metodologia**

Este ponto tem como objetivo apresentar a metodologia utilizada para a realização do estudo. São apresentados inicialmente os objetivos e o desenho da investigação, e em seguida são descritos os procedimentos de recolha de dados. Segue-se com a caracterização sócio-demográfica da amostra total e por género, das representações da doença, dos hábitos de saúde, da adesão ao tratamento, da satisfação com a informação acerca da medicação, e dos conhecimentos acerca da HTA. No final são apresentadas as medidas de avaliação e os procedimentos de análise de dados.

### **4.1 Objetivos e desenho do estudo**

Este estudo teve como objetivo geral a caracterização de uma amostra de utentes hipertensos acerca das crenças sobre a HTA, hábitos de saúde, satisfação com a informação acerca da medicação, adesão terapêutica e conhecimentos acerca da HTA. Foram considerados objetivos específicos orientadores do presente estudo: 1) Caracterizar a amostra de hipertensos em relação às variáveis psicossociais estudadas: crenças acerca da HTA, conhecimentos acerca da HTA, hábitos de saúde, satisfação com a informação acerca da medicação, 2) estudar a variação dos resultados em função das variáveis sócio demográficas e clínicas estudadas, e 3) contribuir para um maior conhecimento das variáveis associadas à adesão terapêutica em utentes com HTA.

Tendo em conta estes objetivos, foi desenvolvido um estudo observacional descritivo, do tipo analítico-transversal.

### **4.2 Variáveis estudadas**

As variáveis do presente estudo foram selecionadas tendo por base a revisão bibliográfica efetuada e de acordo com os objetivos do estudo.

#### *Variáveis Psicossociais*

As variáveis psicossociais para este estudo foram agrupadas em variáveis de conhecimento, variáveis cognitivas e variáveis comportamentais.

Variáveis de conhecimentos – conhecimentos acerca da HTA.

Variáveis cognitivas – representações da doença (consequência, duração, controlo pessoal, controlo através do tratamento, identidade, preocupações, emoções,

compreensão, e causas); satisfação com a informação acerca da medicação (Ação e Uso da Medicação, Potenciais Problemas com a Medicação).

Variáveis comportamentais – adesão terapêutica; hábitos de saúde.

#### *Variáveis clínicas*

Foram igualmente selecionadas variáveis clínicas indicadas como relevantes na literatura existente. Salienta-se a idade, peso, tempo de conhecimento acerca da HTA, medicação, presença e grau de parentesco de familiares com HTA, doença cardiovascular, acidentes vascular cerebral, diabetes e obesidade, doenças médicas associadas, sono, recomendações médicas para a HTA, frequência e local da medição da HTA, e percepção das consequências da HTA.

#### *Variáveis sociodemográficas*

Foram selecionadas algumas variáveis sociodemográficas consideradas relevantes: idade, género, estado civil, habilitações literárias, área de residência, profissão, estatuto profissional atual, composição do agregado familiar e número de filhos.

### **4.3 Procedimento de recolha de dados**

Os dados foram recolhidos na USF São Nicolau, Centro de Saúde da Amorosa, em Guimarães, ACES Alto-Ave, e UCSP de Travassós, em Fafe, ACES Alto-Ave, após autorização da ARS-Norte e da direção da USF São Nicolau e UCSP de Travassós. Obtida aprovação para realização do estudo, a investigação foi apresentada aos médicos de família que realizam as consultas de HTA. No dia de consulta de HTA com os médicos de família, os utentes eram contactados pelo investigador na sala de espera, no sentido de expor os objetivos do estudo, explicar os procedimentos para participar na investigação e a pertinência da sua participação, sendo os sujeitos informados do carácter voluntário da sua participação e estando garantida a confidencialidade dos dados. Após explicação do estudo, aos utentes que consentiram participar e assinaram o consentimento informado, foram aplicados os instrumentos. Os instrumentos foram aplicados na sala de espera da USF S. Nicolau, e numa sala privada da UCSP Travassós. A participação foi voluntária, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados.

## **4.4 Amostra**

A amostra do estudo foi constituída por 120 utentes hipertensos inscritos nas consultas de HTA da Unidade de Saúde Familiar de S.Nicolau e da UCSP de Travassós, ambos do ACES Alto-Ave. Para a seleção da amostra foi utilizado o processo de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão da amostra foram pacientes que estavam a ser acompanhados nas consultas de HTA da USF S. Nicolau e UCSP Travassós, com idade superior a 18 anos, que aceitaram participar no estudo, com capacidade para compreenderem as perguntas, e que estivessem medicados para a HTA pelo menos há 6 meses. Os critérios de exclusão foram pacientes com demência, grávidas e/ou em fase de amamentação.

### **4.4.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra total**

São apresentadas as principais características sócio-demográficas (Tabela 1) e clínicas da amostra (Tabela 2). Dos 120 indivíduos, 78 são do género masculino (65%) e 42 são do género feminino (35%). A média de idade dos participantes é de 65,24 anos (DP=9,24), variando dos 30 aos 81 anos. Para um maior entendimento das idades dos sujeitos, passamos à sua categorização. Verifica-se que existe apenas 1 sujeitos (0,8%) com idade compreendida entre os 30-39 anos. Entre os 40-49 anos encontramos 7 sujeitos (5,8%). 22 sujeitos (18,3%) encontram-se entre o 50-59 anos, sendo que 48 (40%) encontram-se entre os 60-69 anos. Entre os 70-79 anos encontramos 41 sujeitos (34,2%), e entre os 80 -81 anos encontramos 1 (0,8%).

Em relação às habilitações literárias verifica-se que 3 sujeitos (2,5%) não frequentaram a escola, 43 sujeitos (35,8%) frequentaram o primeiro ciclo, 57 sujeitos (47,5%) frequentaram o 6º ano, 8 sujeitos (6,7%) frequentaram o 9º ano, 1 sujeito (0,8%) frequentou o 12º ano, e 8 sujeitos (6,7%) frequentaram o ensino superior. Relativamente ao estado civil verifica-se que 3 sujeitos (2,5%) são solteiros, 94 sujeitos (78,3%) são casados, 8 sujeitos (6,7%) são divorciados, e 15 sujeitos (12,5%) são viúvos.

Relativamente à área de residência verifica-se que 9 sujeitos (7,5%) residem em ambiente rural, e 111 sujeitos (92,5%) residem em ambiente urbano. Quanto ao estatuto

profissional, 45 sujeitos (37,5%) estão profissionalmente ativos, 9 sujeitos (7,5%) estão desempregados, e 66 sujeitos (55%) estão reformados.

Quanto à profissão, verifica-se que 2 sujeitos (1,7%) faziam parte do grupo de Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, 7 (5,8%) do grupo de Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio, 2 (1,7%) do grupo de Pessoal Administrativo e Similares, 43 (35,8%) do grupo de Pessoal de Serviço e Vendedores, 1 (0,8%) do grupo de Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas, 47 (39,2%) do grupo Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, 4 (3,3%) do grupo de Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, e 14 (11,7%) do grupo Trabalhadores Não Qualificados.

Quanto ao agregado familiar verifica-se que 7 sujeitos (5,8%) vivem sozinhos, 63 sujeitos (52,5%) vivem com o casal, 31 sujeitos (25,8%) vivem com o casal e filhos, 1 sujeito (0,8%) vive com os pais, e 18 sujeitos (15%) vive com outro. Quanto ao número de filhos, verifica-se que 3 sujeitos (2,5%) não tinham filhos, 29 sujeitos (24,2%) tinham um filho, 59 sujeitos (49,2%) tinham dois filhos, e 29 sujeitos (24,2%) tinham três ou mais filhos.

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (N=120)**

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Género</b>						
Masculino	78	65				
Feminino	42	35				
<b>Idade</b>			65,24	9,24	30	81
<b>Idade categorizada</b>						
30-39 anos	1	0,8				
40-49 anos	7	5,8				
50-59 anos	22	18,3				
60-69 anos	48	40				
70-79 anos	41	34,2				
80-81 anos	1	0,8				

**Tabela 1 (continuação) - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=120)**

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Habilitações Literárias</b>						
Não frequentou a escola	3	2,5				
1º ciclo	43	35,8				
6º Ano	57	47,5				
9º Ano	8	6,7				
12º Ano	1	0,8				
Ensino superior	8	6,7				
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	3	2,5				
Casado	94	78,3				
Divorciado	8	6,7				
Viúvo	15	12,5				
<b>Área de residência</b>						
Ambiente rural	9	7,5				
Ambiente urbano	111	92,5				
<b>Profissão</b>						
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2	1,7				
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	7	5,8				
Pessoal Administrativo e Similares	2	1,7				
Pessoal de Serviço e Vendedores	43	35,8				
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	0,8				
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	47	39,2				
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	4	3,3				
Trabalhadores Não Qualificados	14					

**Tabela 1 (continuação) - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=120)**

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Estatuto profissional atual</b>						
Profissionalmente ativo	45	37,5				
Desempregado	9	7,5				
Reformado	66	55				
<b>Agregado familiar</b>						
Sozinho	7	5,8				
Casal	63	52,5				
Casal e filhos	31	25,8				
Pais	1	0,8				
Outro	18	15				
<b>Número de filhos</b>						
Não tem filhos	3	2,5				
Um filho	29	24,2				
Dois filhos	59	49,2				
Três ou mais filhos	29	24,2				

Relativamente à altura verifica-se que a média é 1,67 metros (DP=0.09), variando de 1,50 metros a 1,82 metros, e que o peso médio dos sujeitos é de 65,1 kilogramas (DP=1,15), variando entre os 43 e os 108 kilogramas.

Relativamente há quanto tempo os sujeitos sabem que são hipertensos, o tempo médio é de 9,64 anos (DP=5,48). Percebe-se que 24 sujeitos (19,9%) sabem que têm HTA há pelo menos entre 1-4 anos, 42 (35%) entre 5-10 anos, 52 (43,5%) entre 11-20 anos, e 2 (1,6%) há mais de 20 anos.

Referente à presença de familiares com outras doenças/condição clínica, nomeadamente a HTA, 77 sujeitos (64,2%) tinham algum familiar com a mesma condição, 32 (26,7%) não tinham, e 11 (9,2%) não sabiam. Dos 77 sujeitos que tinham familiares com HTA, 8 (6,7%) tinham a esposa com a mesma condição, 2 (1,7%) tinham a filha, 7 (5,8%) o filho, 19 (15,8%) tinham o irmão, 3 (2,5%) a mãe, 12 (10%) o marido, e 26 (21,7%) o pai.

Referente a doenças cardiovasculares, 74 sujeitos (61,7%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 33 (27,5%) não tinham, e 13 (10,8%) não

sabiam. Dos 74 sujeitos que tinham familiares com doença cardiovascular, 4 (3,3%) tinham a esposa com doenças cardiovascular, 1 (0,8%) tinha a ex-esposa, 1 (0,8%) tinha o ex-marido, 2 (1,7%) tinham o filho, 13 (10,8%) tinham o irmão, 6 (5%) tinham a mãe, 11 (9,2%) tinham o marido, 34 (28,3%) tinham o pai, 1 (0,8%) tinham o tio, e 1 (0,8%) tinha pai e mãe.

No que concerne a acidentes vasculares cerebrais, 39 sujeitos (32,5%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 60 (50%) não tinham, e 21 (17,5%) não sabiam. Dos 39 sujeitos que tinham familiares com acidentes vasculares cerebrais, 1 (0,8%) tinha o avô com este problema, 2 (1,7%) tinham a esposa, 1 (0,8%) tinham a ex-esposa, 1 (0,8%) o ex-marido, 5 (4,2%) tinham o irmão, 4 (3,3%) a mãe, 3 (2,5%) o marido, 22 (18,3%) o pai, e 1 (0,8%) tinha a tia.

No que se refere à diabetes, 36 sujeitos (30%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 47 (39,2%) não tinham, e 37 (30,8%) não sabiam. Dos 36 sujeitos que tinham familiares com diabetes, 1 (0,8%) tinha o avô nesta condição, 8 (6,7%) tinham a esposa, 4 (3,3%) a filha, 8 (6,7%) o filho, 4 (3,3%) a irmã, 1 (0,8%) o irmão, 4 (3,3%) a mãe, 1 (0,8%) o marido, 1 (0,8%) o pai, 1 (0,8%) o sobrinho, 1 (0,8%) a tia, e 1 (0,8%) o tio.

Relativamente à obesidade, 35 sujeitos (29,2%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 41 (34,2%) não tinham, e 44 (36,7%) não sabiam. Dos 35 sujeitos que tinham um familiar com obesidade, 13 (10,8%) tinham a filha nesta condição, 6 (5%) tinham o filho, 5 (4,2%) a irmã, 2 (1,7%) o irmão, 4 (3,3%) a mãe, 1 (0,8%) o pai, 1 (0,8%) a prima, 1 (0,8%) a sobrinha, e 2 (1,7%) a tia.

Contata-se que 106 sujeitos (88,3%) tinham outras doenças para além da HTA. Observa-se que todos os 120 sujeitos (100%) estavam a ser medicados para a HTA, e referem que sabem para que serve a medicação. 50 sujeitos (41,7%) referiram que estavam apenas a ser medicados para a HTA, 18 (15%) para o coração, 6 (5%) estavam a ser medicados para a HTA e bronquite, 14 (11,7%) para a HTA e colesterol, 21 (17,5%) para a HTA e diabetes, 3 (2,5%) para a HTA e a osteoporose, 6 (5%) para a HTA e problemas renais, e 2 (3,6%) para a HTA e reumatismo

Percebe-se que 18 sujeitos (15%) têm dificuldade em adormecer, 99 (82,5) não têm dificuldade em adormecer, e 3 (2,5%) não sabem, e que 14 sujeitos (11,7%) acordam muitas vezes durante a noite, 74 (61,7%) não acordam, e 32 (26,7%) não

sabem. Quanto à avaliação que fazem da qualidade do sono, 1 sujeito (0,8%) refere que dorme muito mal, 24 (20%) dorme mal, 84 (70%) dorme bem, e 11 (9,2%) dorme muito bem.

Todos os sujeitos receberam alguma recomendação médica para melhorar a sua saúde. Verifica-se que os médicos recomendam predominantemente a dieta, já que a 77 sujeitos (64,2%) é recomendado que tenham uma alimentação mais saudável. A 9 sujeitos (7,5%) foi recomendado que fizessem exercício físico, a 13 sujeitos (10,8%) foi recomendado que aderissem meticolosamente à medicação, e a 21 sujeitos (17,5%) recomendou-se que não fumassem.

No que se refere à frequência com que os sujeitos medem a sua pressão arterial, 11 sujeito (9,2%) raramente mediam a pressão arterial, 17 (14,2%) mediam uma vez por mês, 27 (22,5%) uma vez por semana, 24 (20%) duas a três vezes por semana, 21 (17,5%) apenas quando vai ao médico, e 20 (16,7%) medem todos os dias. Verifica-se que 23 sujeitos (19,2%) medem a pressão arterial em casa, 69 (57,5%) medem na farmácia, e 28 (23,3%) só medem no médico.

Em relação ao facto da HTA afetar a vida dos sujeitos, 16 (13,3%) referem que a sua condição nada afeta a sua saúde, 71 (59,2%) referem que afeta pouco, 31 (25,8%) referem que afeta bastante, e 2 (1,7%) referem que afeta muito. Quanto ao facto de estarem preocupados face à HTA, 10 sujeitos (8,3%) mencionam que não se preocupam nada, 41 (34,2%) preocupam-se pouco, 58 (48,3%) preocupam-se bastante, e 11 (9,2%) preocupam-se muito.

**Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra (N=120)**

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Altura</b>			1,67	0,09	1,50	1,82
<b>Peso</b>			65,1	1,15	43	108
<b>Há quanto tempo sabe que tem HTA?</b>						
<b>(anos)</b>						
1-4 anos	24	19,9				
5-10 anos	42	35				
11-20	52	43,5				
>20 anos	2	1,6				

Tabela 1 (continuação) – Caracterização clínica da amostra (N=120)

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Está medicado para a HTA?</b>						
Sim	120	100				
Não	0	0				
<b>Tem algum familiar com HTA?</b>						
Sim	77	64,2				
Não	32	26,7				
Desconhece	11	9,2				
<b>Grau de parentesco de familiar com HTA</b>						
Esposa	8	6,7				
Filha	2	1,7				
Filho	7	5,8				
Irmão	19	15,8				
Mãe	3	2,5				
Marido	12	10				
Pai	26	21,7				
<b>Tem algum familiar com doença cardiovascular?</b>						
Sim	74	61,7				
Não	33	27,5				
Desconhece	13	10,8				
<b>Grau de parentesco de familiar com doença cardiovascular</b>						
Esposa	4	3,3				
Ex-Marido	1	0,8				
Filho	2	1,7				
Irmão	13	10,8				
Mãe	6	5				
Marido	11	9,2				

Tabela 2 (continuação) – Caracterização clínica da amostra (N=120)

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Grau de parentesco de familiar com doença cardiovascular</b>						
Pai	34	28,3				
Tio	1	0,8				
Pai e Mãe	1	0,8				
<b>História familiar de AVC?</b>						
Sim	39	32,5				
Não	60	50				
Desconhece	21	17,5				
<b>Grau de parentesco de familiar com AVC</b>						
Avô	1	0,8				
Esposa	2	1,7				
Ex-Esposa	1	0,8				
Ex-Marido	1	0,8				
Irmão	5	4,2				
Mãe	4	3,3				
Marido	3	2,5				
Pai	22	18,3				
Tia	1	0,8				
<b>Tem algum familiar com diabetes?</b>						
Sim	36	30				
Não	47	39,2				
Desconhece	37	30,8				
<b>Grau de parentesco de familiar com diabetes</b>						
Avô	1	0,8				
Esposa	8	6,7				
Filha	4	3,3				
Filho	8	6,7				

Tabela 2 (continuação) – Caracterização clínica da amostra (N=120)

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Grau de parentesco de familiar com diabetes</b>						
Irmã	4	3,3				
Irmão	1	0,8				
Mãe	4	3,3				
Marido	1	0,8				
Pai	1	0,8				
Sobrinho	1	0,8				
Tia	1	0,8				
Tio	1	0,8				
<b>Tem algum familiar com obesidade?</b>						
Sim	35	29,2				
Não	41	34,2				
Desconhece	44	36,7				
<b>Grau de parentesco de familiar com obesidade</b>						
Filha	13	10,8				
Filho	6	5				
Irmã	5	4,2				
Irmão	2	1,7				
Mãe	4	3,3				
Pai	1	0,8				
Prima	1	0,8				
Tia	2	1,7				
<b>Tem algum problema de saúde para além da HTA?</b>						
Sim	106	88,3				
Não	14	11,7				

Tabela 2 (continuação) – Caracterização clínica da amostra (N=120)

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Atualmente está a tomar medicação?</b>						
Sim	120	100				
<b>Sabe porque está a tomar medicação?</b>						
Sim	120	100				
<b>Especifique para que serve a medicação</b>						
HTA	50	41,7				
Coração	18	15				
HTA e bronquite	6	5				
HTA e colesterol	14	11,7				
HTA e diabetes	21	17,5				
HTA e osteoporose	3	2,5				
HTA e problemas renais	6	5				
HTA e reumatismo	2	3,6				
<b>Tem dificuldade em adormecer?</b>						
Sim	18	15				
Não	99	82,5				
Não sei	3	2,5				
<b>Acorda muitas vezes durante a noite?</b>						
Sim	14	11,7				
Não	74	61,7				
Não sei	32	26,7				
<b>Considero que durmo</b>						
Muito mal	1	0,8				
Mal	24	20				
Bem	84	70				
Muito bem	11	9,2				
<b>Tem recomendações médicas para a HTA?</b>						
Sim	120	100				

**Tabela 2 (continuação) – Caracterização clínica da amostra (N=120)**

<i>Variáveis Clínicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Quais?</b>						
Dieta	77	64,2				
Exercício físico	9	7,5				
Aderir à medicação	13	10,8				
Não fumar	21	17,5				
<b>Com que frequência mede a tensão arterial?</b>						
Raramente	11	9,2				
Uma vez por mês	17	14,2				
Uma vez por semana	27	22,5				
Duas a três vezes por semana	24	20				
Quando vou ao médico	21	17,5				
Todos os dias	20	16,7				
<b>Onde costuma medir a tensão arterial?</b>						
Casa	23	19,2				
Farmácia	69	57,5				
Médico	28	23,3				
<b>Ter HTA afeta a minha vida</b>						
Nada	16	13,3				
<b>Ser hipertenso preocupa-me</b>						
Nada	10	8,3				
Pouco	41	34,2				
Bastante	58	48,3				
Muito	11	9,2				

#### **4.4.2 Caracterização sócio-demográfica da Amostra por Género**

São apresentadas as características sócio-demográficas (tabela 3) e clínicas (tabela 4) da amostra por género. No que diz respeito ao género, a amostra é constituída por 78 sujeitos (65%) do género masculino, e 42 sujeitos (35%) do género feminino. O género masculino é predominante na amostra.

No género masculino a média de idade dos participantes é de 65,49 anos (DP=8,87), variando dos 45 aos 81 anos. No género feminino, a média de idades é de 64,79 anos (DP=9,96), variando dos 30 aos 78 anos. Na presente amostra não se verifica diferenças de idade em relação ao género ( $\chi^2= 36,16$ ;  $p=.24$ ). Passamos agora à categorização das idades por género. No género masculino, podemos verificar que encontramos 4 sujeitos (5,1%) com idades compreendidas entre os 40-49 anos. 16 (20,5%) encontram-se entre os 50-59 anos, e 28 (35,9%) entre os 60-69 anos. Entre os 70-79 anos encontramos 29 sujeitos (37,2%), e entre os 80-81 anos encontramos 1 (1,3%). No género feminino verifica-se que encontramos 1 sujeitos (2,4%) com idade compreendida entre os 30-39 anos, 3 (7,1%) entre os 40-49 anos, 6 (14,3%) entre os 50-59 anos, 20 (47,6%) entre os 60-69 anos, e 12 (28,6%) entre os 70-79 anos.

Em relação às habilitações literárias, no género masculino verifica-se que 1 sujeitos (1,3%) não frequentou a escola, 25 sujeitos (32,1%) frequentaram o primeiro ciclo, 40 sujeitos (51,3%) frequentaram o 6º ano, 6 sujeitos (7,7%) frequentaram o 9º ano, e 6 sujeitos (7,7%) frequentaram o ensino superior. Relativamente ao género feminino, verifica-se que 2 sujeitos (4,8%) não frequentaram a escola, 18 sujeitos (42,9%) frequentaram o primeiro ciclo, 17 sujeitos (40,5%) frequentaram o 6º ano, 2 sujeitos (4,8%) frequentaram o 9º ano, e 1 sujeito (2,4%) frequentou o 12º ano, e 2 sujeitos (4,8%) frequentaram o ensino superior. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação às habilitações literárias ( $\chi^2= 5,44$ ;  $p=.36$ ).

Relativamente ao estado civil, no género masculino verifica-se que 2 sujeitos (2,6%) são solteiros, 61 sujeitos (78,2%) são casados, 7 sujeitos (9%) são divorciados, e 8 sujeitos (10,3%) são viúvos. No género feminino verifica-se que 1 sujeito (2,4%) é solteiro, 33 sujeitos (78,6%) são casados, 1 sujeito (2,4%) é divorciado, e 7 sujeitos (16,7%) são viúvos. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao estado civil ( $\chi^2= 2,68$ ;  $p=.44$ ).

Relativamente à área de residência, no género masculino verifica-se que 4 sujeitos (5,1%) residem em ambiente rural, e 74 (94,9%) residem em ambiente urbano. Referente ao género feminino, 5 sujeitos (11,9%) residem em ambiente rural, e 37 (88,1%) residem em ambiente urbano. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à área de residência ( $\chi^2= 1,80$ ;  $p= .17$ ).

Quanto ao estatuto profissional, no que se refere ao género masculino verifica-se que 28 sujeitos (35,9%) estão profissionalmente ativos, 6 (7,7%) estão desempregados, e 44 (56,4%) estão reformados. Quanto ao género feminino, 17 sujeitos (40,5%) estão profissionalmente ativos, 3 (7,1%) estão desempregados, e 22 (52,4%) estão reformados. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao estatuto profissional ( $\chi^2= 0,24$ ;  $p= .88$ ).

Relativamente ao grupo profissional, verifica-se que 1 sujeito (1,3%) do género masculino e 1 (2,4%) do género feminino fazem parte do grupo de Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, 6 (7,7%) do género masculino e 1 (2,4%) do género feminino fazem parte do grupo de Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio, 2 (2,6%) do género masculino fazem parte do grupo de Pessoal Administrativo e Similares, 33 (42,3%) do género masculino e 10 (23,8%) do género feminino fazem parte do grupo de Pessoal de Serviços e Vendedores, 1 (1,3%) do género masculino faz parte do grupo de Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas, 26 (33,3%) do género masculino e 21 (50%) do género feminino fazem parte do grupo de Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, 4 (5,1%) do género masculino faz parte do grupo de Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, e 5 (6,4%) do género masculino e 9 (21,4%) do género feminino fazem parte do grupo de Trabalhadores Não Qualificados. Na presente amostra verificam-se diferenças de género significativas em relação ao grupo profissional ( $\chi^2= 15,10$ ;  $p= .03$ ).

Quanto ao agregado familiar, verifica-se no género masculino que 6 sujeitos (7,7%) vivem sozinhos, 45 (57,7%) vivem com o casal, 18 (23,1%) vivem com o casal e filhos, e 9 (11,5%) vivem com outro. No género feminino verifica-se que 1 sujeito (2,4%) vive sozinha, 18 (42,9%) vivem com o casal, 13 (31%) vive com o casal e filhos, 1 (2,4%) vive com os pais, e 9 (21,4%) vive com outro. Quanto ao número de filhos, verifica-se que no género masculino 1 sujeito (1,3%) não tinha filhos, 22 (28,2%) tinham um filho, 41 (52,6%) dois filhos, e 14 (17,9%) três ou mais filhos. No género feminino verifica-se que 2 sujeitos (4,8%) não tinham filhos, 7 (16,7%) tinha um filho, 18 (42,9%) tinha dois filhos, e 15 (35,7%) tinha três ou mais filhos. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao agregado familiar ( $\chi^2= 6,75$ ;  $p=.15$ ).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra por género (N=120)

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Masculino (n=78)</i>						<i>Feminino (n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Idade</b>			65,49	8,87	45	81			64,79	9,96	30	78
<b>Idade categorizada</b>												
30-39 anos	0	0					1	2,4				
40-49 anos	4	5,1					3	7,1				
50-59 anos	16	20,5					6	14,3				
60-69 anos	28	35,9					20	47,6				
70-79 anos	29	37,2					12	28,6				
80-81 anos	1	1,3					0	0				
<b>Habilitações Literárias</b>												
Não frequentou a escola	1	1,3					2	4,8				
1º ciclo	25	32,1					18	42,9				
6º ano	40	51,3					17	40,5				
9º ano	6	7,7					2	4,8				
12º ano	0	0					1	2,4				
Ensino superior	6	7,7					2	4,8				
<b>Estado civil</b>												
Solteiro	2	2,6					1	2,4				
Casado	61	78,2					33	78,6				
Divorciado	7	9					1	2,4				
Viúvo	8	10,3					7	16,7				

**Tabela 3 (continuação) – Caracterização sociodemográfica da amostra por gênero (N=120)**

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Masculino (n=78)</i>						<i>Feminino (n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Área de residência</b>												
Ambiente rural	4	5,1					5	11,9				
Ambiente urbano	74	94,9					37	88,1				
<b>Profissão</b>												
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	1,3					1	2,4				
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	6	7,7					1	2,4				
Pessoal Administrativo e Similares	2	2,6					0	0				
Pessoal de Serviço e Vendedores	33	42,3					10	23,8				
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	1,3					0	0				
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	26	33,3					21	50				
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	4	5,1					0	0				
Trabalhadores Não Qualificados	5	6,4					9	21,4				

Tabela 3 (continuação) – Caracterização sociodemográfica da amostra por gênero (N=120)

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Masculino (n=78)</i>						<i>Feminino (n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Estatuto profissional atual</b>												
Profissionalmente ativo	28	35,9					17	40,5				
Desempregado	6	7,7					3	7,1				
Reformado	44	56,4					22	52,4				
<b>Agregado familiar</b>												
Sozinho	6	7,7					1	2,4				
Casal	45	57,7					18	42,9				
Casal e filhos	18	23,1					13	31				
Pais	0	0					1	2,4				
Outro	9	11,5					9	21,4				
<b>Número de filhos</b>												
Não tem filhos	1	1,3					2	4,8				
Um filho	22	28,2					7	16,7				
Dois filhos	41	52,6					18	42,9				
Três ou mais filhos	14	1					15	35,7				

Relativamente à altura, verifica-se que a média no género masculino é de 1,71m (DP=0,06), variando entre os 1,56m e os 1,82m. No género feminino a altura média é de 1,58m (DP=0,05), variando entre os 1,50m e os 1,74m. Na presente amostra verificam-se diferenças de género significativas em relação à altura ( $\chi^2= 80,36$ ;  $p= .00$ ). Quanto ao peso, no género masculino a média é de 68,56 kilogramas (DP=8,90), variando entre os 48 kg e os 108 kg. No género feminino, a média é de 58,64 kg (DP=1,32), variando entre os 43 kg e os 105 kg. Na presente amostra verificam-se diferenças de género significativas em relação ao peso ( $\chi^2= 73,67$ ;  $p= .00$ ).

Relativamente há quanto tempo os sujeitos sabem que são hipertensos, no género masculino o tempo médio é de 9,49 anos (DP=5,38), com uma amplitude de 1 a 22 anos, e no género feminino de 9,93 anos (DP=5,71), amplitude de 1 a 25 anos. Ao estratificar o tempo de conhecimento da condição por género, verifica-se que no género masculino 16 sujeitos (20,5%) sabiam ter HTA entre há pelo menos 1-4 anos, 27 (34,6%) entre 5-10 anos, 34 (43,6%) 11-20 anos, e 1 (1,3%) há mais de 20 anos. No género feminino verifica-se que 8 sujeitos (19,1%) sabiam que tinham HTA há pelo menos entre 1-4 anos, 15 (35,6%) entre 5-10 anos, 18 (42,8%) entre 11-20 anos, e 1 (2,4%) há mais de 20 anos. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao tempo de conhecimento da HTA ( $\chi^2= 11,12$ ;  $p= .94$ ).

Referente à presença de familiares com outras doenças, nomeadamente a HTA, verifica-se, no género masculino que, 48 sujeitos (61,5%) tinham algum familiar com a mesma condição, 24 (30,8%) não tinha, e 6 (7,7%) não sabiam. No que se refere ao grau de parentesco, dos 48 sujeitos que tinham familiares com HTA, 9 (11,5%) tinham a esposa nesta condição, 1 (1,3%) tinham a filha, 4 (5,1%) tinham o filho, 16 (20,5%) tinham o irmão, 2 (2,6%) tinham a mãe, e 16 (20,5%) tinham o pai.

No género feminino verifica-se que 29 (69%) tinham algum sujeito com a mesma condição clínica, 8 (19%) não tinha, e 5 (11,9%) não sabia. Quanto ao grau de parentesco, dos 29 sujeitos que tinham algum familiar com esta condição, 1 (2,4%) tinha a filha com HTA, 3 (7,1%) o filho, 3 (7,1%) o irmão, 1 (2,4%) a mãe, 11 (26,2%) o marido, e 10 (23,8%) o pai. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de familiares com HTA ( $\chi^2= 2,18$ ;  $p= .34$ ).

Referente a doenças cardiovasculares, no género masculino verifica-se que 50 sujeitos (64,1%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 19 (24,2%) não tinham, e 9 (11,5%) não sabiam. Dos 50 sujeitos que tinham familiares com problemas cardiovasculares, 5 (6,4%) tinham a esposa com problemas cardiovasculares, 1 (1,3%) tinha a ex-esposa, 1 (1,3%) tinha o filho, 9 (11,5%) tinha o irmão, 6 (7,7%) tinha a mãe, e 28 (35,9%) tinham o pai.

No género feminino verifica-se que 24 sujeitos (57,1%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 14 (33,3%) não tinham, e 4 (9,5%) não sabiam. Relativamente ao parentesco, dos 24 sujeitos que tinham familiares com problemas cardiovasculares, 1 (2,4%) tinha o ex-marido com este problema, 1 (2,4%) o filho, 4 (9,5%) o irmão, 10 (23,8%) o marido, 6 (14,3%) o pai, 1 (2,4%) o pai e a mãe, e 1 (2,4%) o tio. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de familiares com doenças cardiovasculares ( $\chi^2= 1,11$ ;  $p= .57$ ).

No que concerne a acidentes vasculares cerebrais, verifica-se que no género masculino 26 sujeitos (33,3%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 40 (51,3%) não tinham, e 12 (15,4%) não sabiam. Quanto ao grau de parentesco, 1 (1,3%) tinha o avô com este tipo de problema, 3 (3,8%) tinham a esposa, 1 (1,3%) tinha a ex-esposa, 4 (5,1%) tinham o irmão, 4 (5,1%) tinham a mãe, 13 (16,7%) tinham o pai, e 1 (1,3%) tinha a tia.

No género feminino verifica-se que 13 sujeitos (31%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 20 (47,6%) não tinham, e 9 (21,4%) não sabiam. Quanto ao grau de parentesco, dos 13 sujeitos que tinham familiares com presença e/ou antecedência de acidentes vascular cerebral, 1 (2,4%) tinha o ex-marido, 1 (2,4%) tinha o irmão, 2 (8,8%) o marido, e 9 (21,4%) o pai. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de familiares com acidente vascular cerebral ( $\chi^2= 0,69$ ;  $p=.71$ ).

Relativamente à diabetes, verifica-se que no género masculino 21 (26,9%) sujeitos tinham familiares com presença e /ou antecedência da doença, 32 (41%) não tinham, e 25 (32,1%) não sabiam. Quanto ao grau de parentesco, dos 21 sujeitos que sabiam ter familiares com diabetes, 8 (10,3%) tinham a esposa com diabetes, 4 (5,1%) o filho, 4 (5,1%) a filha, 1 (1,3%) a irmã, 2 (2,6%) a mãe, e 1 (1,3%) o sobrinho.

No género feminino verifica-se que 15 sujeitos (35,7%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 15 (35,7%) não tinham, e 12 (28,6%) não sabiam. Quanto ao grau de parentesco, 1 (2,4%) sabia que a avó tinha diabetes, 4 (9,5%) o filho, 3 (7,1%) a irmã, 1 (2,4%) o irmão, 2 (4,8%) a mãe, 1 (2,4%) o marido, 1 (2,4%) o pai, 1 (2,4%) a tia, e o 1 (2,4%) o tio. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de familiares com diabetes ( $\chi^2= 1,00$ ;  $p=.60$ ).

No que se refere à obesidade, verifica-se que no género masculino 18 sujeitos (23,1%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 27 (34,6%) não tinham, e 33 (42,3%) não sabiam. Dos que sabiam que algum familiar era obeso, 6 (7,7%) tinham a filha com obesidade, 2 (2,6%) o filho, 3 (3,8%) a irmã, 2 (2,6%) o irmão, 1 (1,3%) a mãe, 1 (1,3%) o pai, 1 (1,3%) a prima, e 2 (2,6%) a tia.

No género feminino verifica-se que 17 sujeitos (40,5%) tinham familiares com presença e/ou antecedência da doença, 14 (33,3%) não tinham, e 11 (26,2%) não sabiam. Dos 17 sujeitos que tinham familiares obesos, 7 (16,7%) tinham a filha, 4 (9,5%) o filho, 2 (4,8%) a irmã, 3 (7,1%) a mãe, e 1 (2,4%) a sobrinha. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de familiares com obesidade ( $\chi^2= 4,78$ ;  $p=.92$ ).

Todos os 78 sujeitos (100%) do género masculino estavam a ser medicados, tal como todos os 42 sujeitos (100%) do género feminino. Quanto a doenças comórbidas, verifica-se, no género masculino, que 67 sujeitos (85,9%) tinham outras doenças para além da HTA, e no género feminino 33 sujeitos (88,1%) tinham outras doenças para além da HTA. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à presença de doenças comórbidas ( $\chi^2= 0,29$ ;  $p=.60$ ).

Constatou-se que todos os 78 sujeitos do género e masculino (100%) e os 42 (100%) dos sujeitos femininos estavam a ser medicados, e que todos sabiam porque estavam a ser medicados. No género masculino verifica-se que 18 sujeitos (23,1%) referiam que estavam a ser medicados para o coração, 33 (42,3%) estavam apenas medicados para a HTA, 6 (7,7%) para a HTA e bronquite, 8 (10,3%) para a HTA e colesterol, 9 (11,5%) para a HTA e diabetes, 1 (1,3%) para a HTA e osteoporose, e 3 (3,8%) para a HTA e rins. No género feminino, verificou-se que 17 sujeitos (40,5%) referiram estar medicados apenas para a HTA, 6 (14,3%) para a HTA e colesterol, 12

(28,6%) para a HTA e diabetes, 2 (4,8%) para a HTA e osteoporose, 3 (7,2%) para a HTA e problemas renais, e 2 (4,8%) para a HTA e reumatismo. Na presente amostra verificam-se diferenças de género significativas em relação ao motivo porque estão a ser medicados ( $\chi^2= 24,80$ ;  $p=.00$ ).

Percebe-se que no género masculino 11 sujeitos (14,1%) têm dificuldade em adormecer, e 9 (11,5%) acorda muitas vezes durante a noite. 66 sujeitos (84,6%) não tem dificuldade em adormecer e 50 (64,1%) não acorda muita vezes durante a noite. 1 sujeito (1,3%) não sabiam se tinha dificuldade em adormecer e 19 (24,4%) não sabiam se acordavam muitas vezes durante a noite. No género feminino verifica-se que 7 sujeitos (16,7%) tinham dificuldade em adormecer e 5 sujeitos (11,9%) acordavam muitas vezes durante a noite. 33 sujeitos (78,6%) não tinham dificuldade em adormecer, e 24 (57,1%) não acordavam muitas vezes durante a noite. 2 sujeitos (4,8%) não sabiam se tinham dificuldade em adormecer, e 13 (31%) não sabiam se acordavam muitas vezes durante a noite. Relativamente à avaliação da qualidade do sono, no género masculino verifica-se que 1 sujeito (1,3%) considerava que dormia muito mal, 16 (20,5%) dormiam mal, 54 (69,2%) dormiam bem, e 7 (9%) muito bem. No género feminino percebe-se que 8 sujeitos (19%) consideravam que dormiam mal, 30 (71,4%) dormiam bem, e 4 (9,5%) dormiam muito bem. De salientar que no género feminino nenhum sujeito avaliou a sua qualidade de sono como “muito mal”. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à dificuldade em adormecer ( $\chi^2= 1,57$ ;  $p= .46$ ), ao facto de acordar durante a noite ( $\chi^2= 0,67$ ;  $p= .72$ ), e à avaliação da qualidade do sono ( $\chi^2= 0,60$ ;  $p= .90$ ).

Verifica-se, quanto às recomendações médicas, que 78 sujeitos (100%) e 42 (100%) do género feminino tinham recomendações médicas. Relativamente ao género masculino, a 44 sujeitos (56,4%) recomendou-se cuidado na alimentação, a 7 (9%) que fizessem exercício físico, a 21 (26,9%) que não fumassem, e a 6 (7,7%) que tomassem a medicação cuidadosamente. No género feminino verifica-se que a 33 sujeitos (78,6%) foi recomendado que seguissem uma dieta mais saudável, a 2 (4,8%) que fizessem exercício, e a 7 (16,7%) que tomassem a medicação. Na presente amostra verificam-se diferenças de género significativas em relação às recomendações médicas sugeridas ( $\chi^2= 16,73$ ;  $p=.00$ )

Relativamente à frequência com que medem a pressão arterial, no género masculino verificou-se que 8 sujeitos (10,3%) raramente fazem-no, 14 (17,9%) medem uma vez por mês, 17 (21,8%) uma vez por semana, 15 (19,2%) duas a três vezes por semana, 11 (14,1%) quando vão ao médico, e 13 (16,7%) todos os dias. No género feminino verifica-se que 3 sujeitos (7,1%) raramente medem a pressão arterial, 3 (7,1%) medem uma vez por mês, 10 (23,8%) uma vez semana, 9 (21,4%) duas a três vezes por semana, 10 (23,8%) quando vão ao médico, e 7 (16,7%) todos os dias. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à frequência com que medem a pressão arterial ( $\chi^2= 4,12$ ;  $p=.53$ ).

No que concerne ao local aonde medem a pressão arterial, 16 sujeitos do género masculino (20,5%) e 7 (16,7%) do género feminino fazem-no em casa, 45 (57,7%) do género masculino e 24 (57,1%) do género feminino fazem-no na farmácia, e 17 sujeitos (21,8%) do género masculino e 11 (26,2%) do género feminino fazem-no quando vão ao médico. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao local aonde medem a pressão arterial ( $\chi^2= 0,44$ ;  $p=.80$ ).

Em relação ao facto da HTA afetar a vida dos sujeitos, no género masculino verifica-se que 11 sujeitos (14,1%) referem que não afeta nada a sua vida, 49 (62,8%) referem que afeta pouco, 16 (20,5%) bastante, e 2 (2,6%) referem que afeta muito. No género feminino verifica-se que 5 sujeitos (11,9%) referem não afeta nada, 22 (52,4%) referem que afeta pouco, 15 (35,7%) bastante. Salienta-se que no género feminino nenhum sujeito referiu que ter HTA afetava muito a sua vida. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação ao facto da HTA afetar as suas vidas ( $\chi^2= 4,12$ ;  $p=.25$ ).

Quanto ao facto de estarem preocupados face à HTA, no género masculino verifica-se que 7 sujeitos (9%) não estão preocupados, 23 (29,5%) estão pouco preocupados, 39 (50%) estão bastante preocupados, e 9 (11,5%) estão muito preocupados. No género feminino verifica-se que 3 sujeitos (7,1%) não estão preocupados, 18 (42,9%) estão pouco preocupados, 19 (45,2%) estão bastante preocupados, e 2 sujeitos (4,8%) estão muito preocupados. Na presente amostra não se verificam diferenças de género significativas em relação à preocupação acerca da HTA ( $\chi^2=3,03$ ;  $p=.39$ ).

Tabela 4 – Caracterização clínica da amostra por género (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Altura</b>			1,71	0,06	1,56	1,82			1,58	0,05	1,50	1,74
<b>Peso</b>			68,56	8,90	48	108			58,64	1,32	43	105
<b>Há quanto tempo sabe quem tem HTA? (anos)</b>			9,49	5,83	1	22			9,93	5,71	1	25
1-4	16	20,5					8	19,1				
5-10	27	34,6					15	35,6				
11-20	34	43,6					18	42,8				
>20	1	1,3					1	2,4				
<b>Está medicado para a HTA</b>												
Sim	78	100					42	100				
Não	0	0					0	0				
<b>Tem algum familiar com HTA?</b>												
Sim	48	61,5					29	69				
Não	24	30,8					8	19				
Desconhece	6	7,7					5	11,9				
<b>Grau de parentesco de familiar com HTA</b>												
Esposa	9	11,5					0	0				
Filha	1	1,3					1	2,4				
Filho	4	5,1					3	7,1				
Irmão	16	20,5					3	7,1				

Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por gênero (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Mãe	2	2,6					1	2,4				
Marido	0	0					11	26,2				
Pai	16	20,5					10	23,8				
<b>Tem algum familiar com doença cardiovascular?</b>												
Sim	50	64,1					24	57,1				
Não	19	24,2					14	33,3				
Desconhece	9	11,5					4	9,5				
<b>Grau de parentesco de familiar com doença cardiovascular</b>												
Esposa	5	6,4					0	0				
Ex-esposa	1	1,3					0	0				
Ex-marido	0	0					1	2,4				
Filho	1	1,3					1	2,4				
Irmão	9	11,5					4	9,5				
Mãe	6	7,7					0	0				
Marido	0	0					10	23,8				
Pai	28	35,9					6	14,3				
Tio	0	0					1	2,4				
Pai e Mãe	0	0					1	2,4				

Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por gênero (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>História familiar de AVC?</b>												
Sim	26	33,3					13	31				
Não	40	51,3					20	47,6				
Desconhece	12	15,4					9	21,4				
<b>Grau de parentesco de familiar com AVC</b>												
Avô	1	1,3					0	0				
Esposa	3	83,3					0	0				
Ex-esposa	1	1,3					0	0				
Irmão	4	5,1					1	2,4				
Mãe	4	5,1					0	0				
Pai	13	16,7					9	21,4				
Tia	1	1,3					0	0				
Ex-marido	0	0					1	2,4				
Marido	0	0					2	8,4				
<b>Tem algum familiar com diabetes?</b>												
Sim	21	26,9					15	35,7				
Não	32	41					15	35,7				
Desconhece	25	32,1					12	28,6				
<b>Grau de parentesco de familiar com diabetes</b>												
Esposa	8	10,3					0	0				
Filho	4	5,1					4	9,5				
Filha	4	5,1					0	0				
Irmã	1	1,3					3	7,1				

Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por gênero (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Mãe	2	2,6					2	4,8				
Sobrinho	1	1,3					0	0				
Avó	0	0					1	2,4				
Marido	0	0					1	2,4				
Irmão	0	0					1	2,4				
Pai	0	0					1	2,4				
Tia	0	0					1	2,4				
Tio	0	0					1	2,4				
<b>Tem algum familiar com obesidade</b>												
Sim	18	23,1					17	40,5				
Não	27	34,6					14	33,3				
Não sei	33	42,3					11	26,2				
<b>Grau de parentesco de familiar com obesidade</b>												
Filha	6	7,7					7	16,7				
Filho	2	2,6					4	9,5				
Irmã	3	3,8					2	4,8				
Irmão	2	2,6					0	0				
Mãe	1	1,3					3	7,1				
Pai	1	1,3					0	0				
Prima	1	1,3					0	0				
Tia	2	2,6					0	0				
Sobrinha	0	0					1	2,4				

Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por género (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Tem algum problema de saúde para além da HTA?</b>												
Sim	68	87,2					38	90,5				
Não	10	12,8					4	9,5				
<b>Atualmente está a tomar medicação?</b>												
Sim	78	100					42	100				
Não	0	0					0	0				
<b>Sabe porque está a tomar medicação?</b>												
Sim	78	100					42	100				
Não	0	0					0	0				
<b>Especifique para que serve a sua medicação</b>												
HTA	33	42,3					17	40,5				
Coração	18	23,1										
HTA e bronquite	6	7,7										
HTA e colesterol	8	10,3					6	14,3				
HTA e diabetes	9	11,5					12	28,6				
HTA e osteoporose	1	1,3					2	4,8				
HTA e problemas renais	3	3,8					3	7,2				
HTA e reumatismo							2	4,8				

Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por género (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Tem dificuldade em adormecer?</b>												
Sim	11	14,1					7	16,7				
Não	66	84,6					33	78,6				
Não sei	1	1,3					2	4,8				
<b>Acorda muitas vezes durante a noite?</b>												
Sim	9	11,5					5	11,9				
Não	50	64,1					24	51,7				
Não sei	19	24,4					13	31				
<b>Considero que durmo</b>												
Muito mal	1	1,3										
Mal	16	20,5					8	19				
Bem	54	69,2					30	71,4				
Muito bem	7	9					4	9,5				
<b>Tem recomendações médicas para a HTA?</b>												
Sim	78	100					42	100				



Tabela 4 (continuação) – Caracterização clínica da amostra por género (N=120)

<i>Variáveis clínicas</i>	<i>Masculino(n=78)</i>						<i>Feminino(n=42)</i>					
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<b>Ser hipertenso preocupa-me</b>												
Nada	7	9					3	7,1				
Pouco	23	29,5					18	42,9				
Bastante	39	50					19	45,2				
Muito	9	11,5					2	4,8				

## 4.5 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram: o Questionário de crenças sobre a doença (IPQ-B); o Questionários de hábitos de Saúde; o Questionário de Medida de Adesão aos Tratamentos adaptado à HTA; a escala de avaliação da Satisfação com a Informação recebida acerca da Medicação; e um Questionário para recolha de dados sócio-demográficos, dados clínicos e conhecimentos acerca da HTA.

### 4.5.1 *Illness Perception Questionnaire-Brief* – IPQ-B (Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa McIntyre, Araújo-Soares & Trovisqueira, 2004)

#### Versão original

O *Illness Perception Questionnaire-Brief* foi desenvolvido por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006). É um instrumento composto por 8 itens que avalia as representações cognitivas e emocionais da doença. O IPQ-B utiliza uma escala likert e, na sua versão original, todas as perguntas são pontuadas numa escala de 0 a 10, exceto a pergunta relativamente às causas. As representações cognitivas são avaliadas por 5 itens: consequências (item 1), duração (item 2), controlo pessoal (item 3), controlo através do tratamento (item 4), e identidade (item 5). Dois itens avaliam as representações emocionais: preocupação (item 6) e emoções (item 8). O item 7 avalia a compreensão da doença. A avaliação da representações das causas é feita através de uma pergunta aberta, que permite ao paciente referir, por ordem decrescente, quais os três fatores mais importantes que ele acredita terem causado a doença (item 9). A interpretação do IPQ-B é muito simples; um valor elevado num determinado item representa uma elevação linear na dimensão avaliada.

Para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, foram recolhidos dados de 6 grupos com diagnósticos diferentes: 103 sujeitos tinham tido enfarte do miocárdio, 132 tinham doença renal, 119 eram diabéticos tipo 2, 209 tinham asma, 116 tinham doenças menos graves (alergias, enxaquecas, constipações), e 166 sofriam de

dor no peito. Para analisar as características psicométricas do IPQ-B, o primeiro momento de avaliação foi realizado em contexto médico, e os questionários de seguimentos foram enviados a metade da amostra nas 3 semanas seguintes após a primeira avaliação, e a outra metade da amostra 6 semanas após a primeira avaliação. Os resultados do teste-reteste do IPQ-breve, às 3 e 6 semanas, demonstram uma boa fidelidade. Na subescala *consequências*, obteve-se valores de .70; na *duração* obtiveram-se os valores de .67 e .73; no *controlo pessoal*, o resultado foi de .63 e .42; referente ao *controlo através do tratamento*, obtiveram-se os resultados de .55 e .70; na *identidade* correlações de .65 e .75; na *preocupação* foi de .66 em ambos os momentos; na *compreensão* obteve-se valores de .48 e .61; e na *emocional*, as correlações foram de .65 e .72. Segundo Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), o IPQ-B apresenta validade e fidelidade satisfatórias para uma variedade de doenças.

### **Versão Portuguesa**

O IPQ-B foi adaptado para a população Portuguesa por Trovisqueira e McIntyre (2004). Avalia as mesmas dimensões cognitivas e emocionais da doença nos domínios da identidade, causas, consequências, duração, cura/controlo, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal e Colaboradores (2001). Ao invés de uma escala de resposta likert em que se pontua de 0-10, Trovisqueira e McIntyre (2007), optaram por uma resposta de escala likert mais curta, em que a pontuação é de 0-4. Segundo Trovisqueira (2007), esta opção deveu-se ao facto de se ter verificado dificuldades de discriminação das categorias, devido ao baixo nível de escolaridade dos participantes do estudo.

A versão Portuguesa do IPQ-B, traduzida por McIntyre, Araújo-Soares e Trovisqueira (2004) foi utilizada em Portugal no estudo de Trovisqueira (2007) numa amostra de 87 doentes pós-enfarte do miocárdio. Trovisqueira (2007) avaliou as qualidades psicométricas do IPQ-B através dos mesmos procedimentos utilizados pelos autores do estudo original. No que se refere à fidelidade teste-reteste, o IPQ-B da amostra Portuguesa mostrou correlações semelhantes ao estudo de Broadbent e colaboradores (2006), embora mais baixas no 2º momento da avaliação (o primeiro momento da avaliação correspondeu à alta, o segundo momento correspondeu ao primeiro mês após a alta). Aquando da alta, a correlação para a subescala *Consequência*

foi de .70 e um mês após a alta de .50; na subescala *Duração*, as correlações encontradas foram de .59 e .42; *Controlo Pessoal* .75 e .74; *Controlo pelo tratamento* de .51 e .50; a subescala *Identidade* mostrou correlações de .61 e .53; a subescala *Preocupação* apresentou correlações de .60 e .60; a subescala *Compreensão* de .59 e .52; e finalmente a subescala *Resposta Emocional* apresentou uma correlação de .72 na altura da alta e de .62 um mês após a alta. Segundo Trovisqueira (2007), o IPQ-B revela boas características de fidelidade, semelhantes às encontradas na versão original. A autora também procedeu ao estudo de validade de constructo através da correlações de *Spearman* entre as sub-escalas. As correlações encontradas entre as sub-escalas são baixas a moderadas (de .25 a .52). As subescalas que apresentam correlações mais elevadas são a *Preocupação* e a *Resposta Emocional* ( $r=.52, p<.01$ ) a *Duração* e as *Consequências* ( $r=.31, p<.01$ ) e a *Compreensão* e o *Controlo através do Tratamento* ( $r=.33, p<.01$ ).

### **Características Psicométricas do IPQ-B na Amostra em Estudo**

Na avaliação das características psicométricas do IPQ-B nesta amostra (Tabela 5), à semelhança dos autores originais, realizamos correlações de *Pearson* entre as dimensões do instrumento para avaliar a validade do constructo.

Na presente amostra, as subescalas que apresentam correlações mais elevadas são a subescala *Consequências* e *Resposta Emocional* ( $r=.80$ ), a subescala *Identidade* e *Resposta Emocional* ( $r=.81$ ), a subescala *Preocupação* e *Resposta Emocional*, a subescala *Consequência* e *Identidade* ( $r=.74$ ), a subescala *Consequência* e *Preocupação* ( $r=.76$ ), e a subescala *Preocupação* e *Identidade* ( $r=.64$ ).

**Tabela 5 - Correlações de Pearson entre as dimensões do IPQ-B em hipertensos (N=120)**

<b>IPQ-B</b>	Consequ.	Duraç.	Controlo Pessoal	Controlo Tratamento	Identidade	Preocup.	Compr.	Resposta Emocional
Consequência								
Duração	.111							
Controlo Pessoal	<b>-.444**</b>	<b>-.331**</b>						
Controlo tratamento	.007	<b>.396**</b>	<b>-.282**</b>					
Identidade	<b>.740**</b>	.060	<b>-.314**</b>	<b>-.223*</b>				
Preocupação	<b>.757**</b>	<b>.364**</b>	<b>-.583**</b>	.094	<b>.639**</b>			
Compreensão	<b>-.268**</b>	-.178	<b>.513**</b>	.045	<b>-.225*</b>	<b>-.281**</b>		
Resposta Emocional	<b>.800**</b>	.178	<b>-.503**</b>	-.089	<b>.805**</b>	<b>.806**</b>	<b>-.287**</b>	

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

#### **4.5.2 Questionário de Hábitos de Saúde (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)**

O Questionário de Hábitos de Saúde foi desenvolvido por McIntyre, Gouveia, Soares e Pereira (2001) e avalia os hábitos de saúde relacionados com doenças cardiovasculares. É um questionário de auto-relato e composto por nove itens de escolha múltipla, podendo a resposta situar-se em uma de várias alternativas. Os comportamentos de saúde avaliados são os seguintes: Dieta e hábitos alimentares (consumo de alimentos ricos em gorduras, sal, café), Abuso de substâncias (consumo de tabaco e álcool), Práticas de saúde positivas (exercício físico e frequência de medição da pressão arterial) e cuidados preventivos (cumprimento das recomendações médicas). A cotação destes questionários resulta num score total do somatório dos comportamentos de saúde (comportamentos saudáveis são cotados com 1; comportamentos não saudáveis pontuados com 0), estando valores mais baixos associados a maiores fatores de risco.

#### **4.5.3 Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (Delgado & Lima, 2001)**

Para avaliar a adesão aos tratamentos utilizou-se a Medida de Adesão aos Tratamentos, desenvolvida por Delgado e Lima (2001). Este instrumento é composto por 7 itens. As respostas são obtidas numa escala Likert, pois transparece que “ *a resposta numa escala Likert é significativamente mais capaz e mais fina a detetar as situações de não-adesão* ” (Delgado & Lima, 2001, p. 97). A soma dos valores de cada item e sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Os primeiros 4 itens foram adaptados do instrumento de Morisky, Green e Levine (1986, cit in delgado & Lima, 2001). O item 5 é o único que permite aceder a comportamentos de não adesão por excesso de prescrição, comportamento este que acarreta com frequência problemas de saúde para o próprio tão ou mais graves que a não adesão por defeito. O item 6, adaptado de Ramalinho (1994, cit in Delgado & Lima, 2001) é, no entender dos autores, de cariz económico, e que pode estar na base da não adesão aos tratamentos. Finalmente, o item 7, adaptado de Shea e colaboradores

(1992, cit in Delgado & Lima, 2001), funciona como uma espécie de pergunta aberta, e que permite que o doente faça uma reflexão do seu comportamento de adesão aos tratamentos e, em alguns casos, corrija o sentido de uma ou outra resposta dada nos itens anteriores (Delgado & Lima, 2001).

O nível de consistência interna desta escala é aceitável, sendo o *alfa de Cronbach* de 0.74 (Delgado & Lima, 2001). Os resultados das amplitudes das correlações item-teste revelam que cada um dos sete itens de adesão contribui significativamente para a consistência da mesma, com o valor de 0.56-0.37. Como também se verificou, a exclusão de qualquer item não melhora a consistência interna da adesão, sendo que, caso o item seja excluído, a amplitude do *alfa de Cronbach* é 0.69-0.73 (Delgado & Lima, 2001).

### **Características Psicométricas do MAT na Amostra em Estudo**

Na avaliação da consistência interna da escala na amostra em estudo, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o *alfa de Cronbach* para o MAT na amostra em estudo. A escala total apresenta um *alfa de Cronbach* de .45. Verificou-se que a exclusão do item “*Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*” eleva a consistência interna do instrumento nesta amostra para um *alpha de Cronbach* de 0.69, mais aceitável e semelhante ao resultado do estudo original de Delgado e Lima (2001). Assim, a consistência interna da escala, embora baixa, não põe em causa a utilização do MAT neste estudo.

Com a exclusão do item 5 do MAT (tabela 6), a consistência interna desta escala nesta amostra teriam valores mais parecidos com os encontrados no estudo de Delgado e Lima (2001), obtendo um *alpha de Cronbach* de .69, com uma amplitude entre .62-.67.

**Tabela 6 – Resultado da análise da consistência interna do MAT com exclusão do item 5 (N=120)**

<i>Item</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha se o item for eliminado</i>
1	.43	.66
2	.52	.62
3	.40	.65
4	.42	.67
6	.51	.63
7	.47	.63

**Alpha de Cronbach = .69**

#### **4.5.4 Satisfação com a Informação acerca da Medicação - SIMS (Horne, Hankins & Jenkins, 2001; versão experimental McIntyre & trovisqueira, 2004)**

##### **Versão original**

O SIMS é um instrumento que foi desenvolvido por Horne, Hankins e Jenkins (2001). Este instrumento é composto por 17 itens, e refere-se ao tipo de informação que os pacientes necessitam para facilitar a gestão da medicação. Cada item refere-se a um aspeto particular da medicação, como por exemplo “Para que serve a sua medicação”, “O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis”. Pede-se as participantes que avaliem a informação que receberam acerca da medicação através da seguinte pontuação: “Muita” “Ideal/Suficiente” “Pouca” “Não Recebi Informação” “Não Acho Necessário ter Informação”.

Para desenvolver este instrumento foram recrutados sujeitos, em ambientes de internamento e ambulatório, de um hospital de Londres e de Brighton. Foram selecionados sujeitos com diferentes tipos de diagnóstico, para poderem refletir características de várias doenças e tratamentos. O critério de inclusão era estar a ser medicado com um ou mais medicamentos por um período de pelo menos 2 meses, saber ler e perceber o questionário, e que se sentissem confortáveis para completar. Os questionários eram preenchidos na enfermaria ou em clínicas privadas (Horne, Hankins & Jenkins, 2001).

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna, e o *alfa de cronbach* situa-se entre o 0.81 (diabéticos tratados com insulina) até 0.91 (reabilitação cardíaca). Ambas as subescalas apresentaram uma consistência interna satisfatória, variando entre 0.77 (diabéticos tratados com insulina) a 0.89 (reabilitação cardíaca), com a possível exceção da subescala *Ação e Uso da Medicação* para pacientes da amostra que eram medicados com anticoagulantes ( $\alpha=0,67$ ), e *Potenciais Problemas Com a Medicação* para os diabéticos tratados com insulina ( $\alpha=0,61$ ) (Horne, Hankins & Jenkins, 2001).

Na correlação teste-reteste todas as correlações foram estatisticamente significativas, indicando boa fidelidade para o instrumento completo e sub-escalas ( $>0,6$ ), com a exceção da sub-escala *Ação e Uso da Medicação* no grupo que tinham condições médicas instáveis (0,40) (Horne, Hankins & Jenkins, 2001).

#### **Versão adaptada à população Portuguesa**

O SIMS foi traduzido para a população Portuguesa por Trovisqueira e McIntyre (2007), sendo utilizado pela primeira vez no estudo de Trovisqueira (2007). Ao invés dos 17 itens que compõem o instrumento original, este instrumento é constituído por 12 itens, em que a subescala *Ação-Uso* contém 5 itens, e a subescala *Potenciais Problemas da Medicação* por 7 itens. Tal como no instrumento original, os sujeitos assinalam a quantidade de informação recebida numa pontuação que varia entre “Muita” “Ideal/Suficiente” “Pouca” “Não Recebi Informação” “Não Acho Necessário ter Informação”. Trovisqueira (2007) procedeu à cotação dos itens da mesma forma que os autores originais, ou seja, atribuíam 1 valor às respostas que assinalavam satisfação, e 0 às respostas que mostravam insatisfação, sempre relativamente à informação recebida.

Este instrumento mostra uma boa consistência interna no estudo de Trovisqueira (2007), apresentando uma boa fidelidade na amostra Portuguesa. Nesta amostra de pacientes Portugueses no pós-Enfarte do miocárdio o *alpha de Cronbach* obtido na escala total foi de .83, sendo .75 na subescala *Acção e Uso da Medicação*, e de .85 na subescala *Potenciais Problemas com a medicação*. A escala total do SIMS apresenta correlações que se situam entre .40 e .86 (com exceção do valor .17 encontrado no item 2). Ainda assim a eliminação deste item não beneficiaria o *alpha* da escala (Trovisqueira, 2007).

### Características Psicométricas do SIMS na Amostra em Estudo

Na avaliação da consistência interna da escala na presente amostra com hipertensos, tal como efetuado pelos autores da escala original foi calculado o *alfa de Cronbach* para o SIMS. A escala total na amostra em estudo apresenta um *alfa de Cronbach* de .71, sendo de .71 na subescala *Potenciais Problemas com a Medicação*, e de .57 na subescala *Acção e Uso da Medicação*

Nas tabelas 7, 8, e 9 são apresentados, respetivamente, os coeficientes de consistência interna da escala total do SIMS, da subescala *Potenciais Problemas com a Medicação*, e da subescala *Acção e Uso da Medicação*. A escala total do SIMS apresenta correlações que se situam entre .00 e .69. Como já apontado, o *alpha de Cronbach* para o total do SIMS é de .71.

**Tabela 7 - Resultado da análise de consistência interna do SIMS total (N=120)**

<i>Item</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha se o item for eliminado</i>
1	.69	.29
2	.12	.69
3	.68	.31
4	.00	.62
5	.28	.54
6	.41	.69
7	.45	.67
8	.55	.65
9	.64	.64
10	.60	.65
11	.49	.67
12	.14	.79

**Alpha de Cronbach = .71**

As correlações dos itens da subescala *Potenciais Problemas com a Medicação* com o total da escala mostram valores entre .14 e .64., sendo o *alpha de Cronbach* de .71. Verifica-se que com a eliminação do item “o que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose”, o *alpha de Cronbach* aumenta para .79.

**Tabela 8 - Resultado da análise de consistência interna da subescala *Potenciais Problemas com a Medicação* (n=120)**

<i>Item</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha se o item for eliminado</i>
6	.41	.69
7	.45	.67
8	.55	.65
9	.64	.64
10	.60	.65
11	.49	.67
12	.14	.79

**Alpha de Cronbach = .71**

Na análise das correlações dos itens da subescala *Ação e Uso da Medicação* com o total das escala, as correlações obtidas mostram valores entre .00 e .69. Verificou-se que com a exclusão do item “*Quanto tempo demora a ter efeito a medicação*” a consistência interna desta subescala nesta amostra eleva-se para um *alpha de Cronbach* de .69, e com a eliminação do item “*Como tomar a medicação*” obtinha-se um *alpha de Cronbach* de .62.

**Tabela 9 - Resultado da análise de consistência interna da subescala *Ação e Uso da Medicação* (N=120)**

<i>Item</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alpha se o item for eliminado</i>
1	.69	.29
2	.12	.69
3	.68	.31
4	.00	.62
5	.28	.54

**Alpha de Cronbach = .57**

#### **4.5.5 Questionário de Dados Sócio-Demográficos, Dados Clínicos e Conhecimentos acerca da HTA**

A primeira parte deste questionário procura obter os dados sociodemográficos dos sujeitos. Recolhemos dados sobre a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias, a área da residência, a profissão, o estatuto profissional atual, a composição do agregado familiar e o número de filhos. Este questionário é utilizado em termos descritivos. É de salientar que quando procuramos realizar a descrição das profissões, devido à grande quantidade de profissões obtidas decidimos agrupar segundo a

Classificação Nacional de Profissões, encontradas no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, 1994).

A segunda parte do questionário refere-se aos dados clínicos, procura obter informação relativa à altura, peso, cronicidade da condição clínica do paciente, história de HTA familiar, história de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, diabetes, e obesidade na família, grau de parentesco dos familiares com estas condições, hábitos de sono, qualidade do sono, doenças médicas associadas, medicação atual prescrita, com que frequência e em que local mede a tensão arterial, de que forma a HTA afeta a sua vida, e até que ponto estão preocupados com a sua condição clínica.

A terceira parte deste questionário aborda os conhecimentos acerca da HTA, foi elaborado com vista à utilização neste estudo, e visa identificar os conhecimentos que os sujeitos possuem sobre a HTA, tendo sido desenvolvido de modo a contemplar os conteúdos habitualmente transmitidos pelos profissionais de saúde. Para assegurar que este questionário de medida fosse representativo do domínio a avaliar, foi submetido à análise de peritos (dois médicos de clínica geral e um médico cardiologista). A parte deste questionário, relativamente aos conhecimentos acerca da HTA, é constituída por 33 itens, divididos por 7 dimensões: conceito (5 itens), valores tensionais normais em sujeitos sem diabetes ou doenças renal (4 itens), valores tensionais normais em sujeitos com diabetes ou doença renal (4 itens), sintomas (5 itens), complicações da HTA não controlada (5 itens), limitações (5 itens), tratamento (5 itens). À semelhança de outros questionários de conhecimentos sobre a doença (Foulkes *et al.*, 1993; Sousa, 2003; Sousa, 2005), pressupomos a possibilidade de três tipos de resposta: *verdadeiro*, *falso*, *não sei*, correspondentes a três subescalas de conhecimentos (respostas corretas, respostas falsas, e incertezas. Em todas as subescalas a pontuação varia entre 0 e 1; 1 significa que a resposta é dada no sentido da dimensão avaliar, e 0 corresponde às respostas erradas ou desconhecimento. A pontuação da subescala de respostas corretas (conhecimentos acerca da HTA) é obtida através da adição de todas as respostas no sentido correto, indicando conhecimentos adequados sobre a HTA.

Apesar de não ser propósito deste estudo a construção e validação de um questionário, apenas a sua utilização a título exploratório, foi avaliada a consistência interna das subescalas e da escala total do questionário para assegurar a sua utilização.

Como se pode observar na tabela 10, o *alpha de Cronbach* deste questionário é de .74, e as correlações têm uma amplitude que vão de -.209 a .573.

**Tabela 10 - Características psicométricas do questionário de Conhecimentos acerca da HTA (N=120)**

<i>Item</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alpha se o item for eliminado</i>
1	.519	.71
2	.304	.73
3	.272	.73
4	.150	.74
5	.203	.73
6	.451	.73
7	.356	.72
8	.483	.71
9	.172	.74
10	.399	.72
11	.514	.71
12	.573	.70
13	.396	.72
14	.350	.73
15	.288	.73
16	.393	.72
17	.193	.73
18	-.023	.74
19	.052	.74
20	.239	.73
21	.122	.74
22	.177	.74
23	.011	.74
24	-.209	.75
25	-.001	.74
26	.249	.73
27	.035	.75
28	.160	.74
29	.186	.73
30	.011	.74
31	.302	.73
32	.000	.74
33	.000	.74

**Alpha de Cronbach = .74**

## 5. Apresentação dos resultados

Em seguida apresentamos os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos de forma a dar resposta aos objetivos propostos. Os dados recolhidos nesta

investigação foram analisados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science – Versão 16.0*)

Na apresentação dos resultados descritivos e da comparação de grupos, os dados foram agrupados em representações da doença, hábitos de saúde, adesão ao tratamento, satisfação com a informação recebida acerca da medicação, e conhecimentos acerca da HTA.

Após o uso de medidas descritivas, foram realizados os testes *Kolmogorov-Smirnov* e de *Levene* para verificar a normalidade e a homogeneidade dos dados, respetivamente. Verificamos que a amostra segue uma distribuição normal e homogénea ( $p > .05$ ), e passamos por isso a utilizar os testes paramétricos de *t para amostras independentes* e *ANOVA* para a análise dos dados. Para realizar as correlações entre as variáveis realizamos correlações de *Pearson*.

## **5.1 Resultados descritivos nas variáveis psicossociais estudadas**

São agora apresentados os resultados descritivos das variáveis psicossociais estudadas.

### **5.1.1 Representações da doença**

As representações cognitivas foram avaliadas pelo IPQ-B em nove dimensões: consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento, identidade, preocupação, compreensão, resposta emocional e causas. Na tabela 11 observa-se que o valor médio mais elevado nesta amostra diz respeito à subescala *Duração* ( $M=3,65$ ;  $DP=.617$ ), o que demonstra que a maioria dos sujeitos acredita que a HTA é uma condição crónica que irá durar para sempre. Outra subescala que apresenta valores médios elevados é a perceção do *Controlo do Tratamento* ( $M=3,42$ ;  $DP=.740$ ). Este resultado indica que a grande maioria destes sujeitos acredita que os tratamentos propostos vão ser eficazes para tratar a sua condição clínica. Relativamente à subescala *Resposta Emocional*, que procura avaliar em que medida a condição afeta o sujeito emocionalmente, verifica-se através dos valores médios que os sujeitos percecionam que a sua condição os tem afetado a nível emocional. Também se verifica através dos valores médios da subescala *Preocupação* ( $M=2,17$ ;  $DP=1,04$ ), que os sujeitos estão

preocupados com a sua condição. No que concerne à subescala *Compreensão* (M=1,92; DP=.700), verifica-se que os sujeitos não têm uma grande compreensão relativamente à sua doença. Os valores médios mais baixos referem-se à subescala *Controlo Pessoal* (M=1,84; DP=.810), subescala *Consequência* (M=1,81; DP=.973) e *Identidade* (M=1,61; DP=1,04), indicando que estes sujeitos tendem a considerar que a HTA afeta pouco as suas vidas (consequências), que sentem poucos sintomas associados à sua condição (identidade), e consideram que têm um controlo pessoal tendencialmente baixo sobre a HTA.

**Tabela 11 – Resultados descritivos das diferentes dimensões do IPQ-B na amostra total (N=120)**

<b>IPQ-B</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Consequências</b>	1,81	.973	0	4
<b>Duração</b>	3,65	.617	1	4
<b>Controlo Pessoal</b>	1,84	.810	0	4
<b>Controlo tratamento</b>	3,42	.740	1	4
<b>Identidade</b>	1,61	1.04	0	4
<b>Preocupação</b>	2,17	1.04	0	4
<b>Compreensão</b>	1,92	.700	0	4
<b>Resposta Emocional</b>	2,19	1,22	0	4

Relativamente às causas da HTA, 29 sujeitos (24,2%) referem desconhecer a causa sua condição clínica. Como no IPQ-B é possível apresentar, por ordem decrescente, as três causas principais para o aparecimento da HTA, verifica-se que 29 sujeitos (24,2%) não identificaram nenhuma causa para o surgimento da HTA, 91

(75,8%) identificaram uma causa, 44 (36,7%) conseguiram identificar duas causas, e 7 (5,8%) identificaram três causas.

Numa análise mais detalhada observa-se que como causa principal da HTA 11 sujeitos (9,2%) referiram a alimentação, 2 (1,7%) referiram ter HTA devido à diabetes, 1 (0,8%) por falta de exercício, 34 (28,3%) identificaram o consumo de tabaco como principal causa, 4 (3,3%) a hereditariedade, 18 (15%) a idade, e 21 (17,5%) o stress. Na segunda opção para as causas da HTA, 76 sujeitos (63,3%) não responderam, 10 (8,3%) responderam a alimentação, 4 (3,3%) a falta de exercício, 7 (5,8%) o consumo de tabaco, 4 (3,3%) a hereditariedade, 6 (5%) a idade, e 13 (10,8%) o stress. Já na terceira opção para a causa da HTA 113 sujeitos (94,2%) não identificaram qualquer tipo, enquanto 1 (0,8%) referiu a alimentação, 3 (2,5%) a falta de exercício, 1 (0,8%) o consumo de tabaco, 1 (0,8%) a hereditariedade, e 1 (0,8%) a idade.

### 5.1.2 Hábitos de saúde

Verificamos (tabela 12) um resultado médio de 5,99 (DP=1,79) no questionário *hábitos de saúde*, num valor máximo possível de 8.

**Tabela 12 – Média e desvio-padrão para os Hábitos de Saúde na amostra total (N=120)**

	Média	Desvio-Padrão
<b>Hábitos de saúde</b>	5,99	1,79

Passamos, de seguida, a uma apresentação detalhada dos hábitos de saúde dos hipertensos (tabela 13). Verifica-se que 104 sujeitos (86,7%) seguiram as recomendações do médico na última semana, e que 16 (13,3%) mencionam que não seguiram. Observa-se que a dieta é a recomendação que os hipertensos mais aderem, pois percebe-se que 66 sujeitos (51,6%) seguem os planos alimentares recomendados. Logo em seguida verifica-se que 21 sujeitos (17,5%) conseguiram de facto diminuir o consumo de tabaco, e que 9 (7,5%) deixaram efetivamente de fumar. 1 sujeito (0,8%) seguiu ambas as recomendações e conseguiu reduzir o consumo de tabaco e fazer dieta.

Relativamente aos hábitos alimentares, 15 sujeitos (12,5%) conseguiram eliminar por completo da sua alimentação os alimentos ricos em gordura. 60 sujeitos

(50%) raramente comeram alimentos ricos em gordura na última semana, enquanto que 38 (31,7%) comeram às vezes, e 7 (5,8%) comeram todos os dias. Percebe-se também que 7 sujeitos (5,8%) não usaram nenhum sal na comida durante a última semana, 52 (43,3%) usaram raramente, 40 (33,3%) usaram às vezes, 15 (12,5%) quase todos os dias, e 6 (5%) usaram todos os dias. Apesar destes dados verifica-se que 40 sujeitos (33,3%) às vezes acrescentavam sal na comida, e que 6 (5%) acrescentavam todos os dias. Quanto questionados sobre o hábito de café, 11 sujeitos (9,2%) referem beber uma a duas chávenas de café por dia, 73 (60,8%) bebem menos de uma chávena de café por dia, e 36 (30%) não tomou café na última semana.

No que concerne aos hábitos da ingestão de bebidas alcoólicas, 7 sujeitos (5,8%) beberam um copo por dia fora das refeições, enquanto que 75 (62,5%) beberam um copo por dia à refeição, e 38 (31,7%) não beberam durante a última semana. Relativamente aos hábitos tabágicos, verifica-se que 2 sujeitos (1,7%) fumaram, na última semana, dez a vinte cigarros por dia, e que 25 (20,8%) fumaram um a dez cigarros por dia, sendo que 86 (71,7%) não fumaram durante a última semana. Através da análise dos dados anteriores, percebe-se que vários sujeitos diminuiram o consumo de tabaco após saberem que eram hipertensos, já que 36 sujeitos (30%) fumava mais de vinte cigarros por dia antes de saberem que eram hipertensos, 8 (6,7%) fumava dez a vinte cigarros por dia, e que apenas 71 (59,2%) não fumavam.

Quanto à prática de atividade física, apenas 8 sujeitos (6,7%) mencionaram realizar exercício todos os dias durante a última semana, enquanto que 40 (33,3%) não realizaram nenhuma vez. 60 (50%) fizeram exercício uma a duas vezes por semana, e 12 (10%) dia sim dia não.

Quando questionados com que frequência mediram a tensão arterial na última semana, verifica-se que a média é de 2,24 (DP=2,94), com uma amplitude de 0 a 11 vezes. É de salientar que 99 sujeitos (82,5%) mediram a pressão arterial, na última semana, entre 0 a 3 vezes, 9 (7,5%) entre 4 a 7 vezes, e 12 (10%) entre 8 a 11 vezes.

Tabela 13 – Resultados descritivos dos hábitos de saúde na amostra total (N=120)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Nesta última semana seguiu as recomendações do seu médico?</b>						
Sim	104	86,7				
Não	16	13,3				
<b>Quais?</b>						
Dieta	62	51,6				
Exercício físico	11	9,2				
Fumar menos	21	17,5				
Fumar menos e alimentação	1	0,8				
Não fumar	9	7,5				
<b>Na última semana comeu alimentos ricos em gordura?</b>						
Nunca	15	12,5				
Raramente	60	50				
Às vezes	38	31,7				
Quase todos os dias	7	5,8				
<b>Na última semana usou sal na comida?</b>						
Nunca	7	5,8				
Raramente	52	43,3				
Às vezes	40	33,3				
Quase todos os dias	15	12,5				
Todos os dias	6	5				
<b>Na última semana acrescentou sal na comida?</b>						
Nunca	7	5,8				
Raramente	67	55,8				
Às vezes	40	33,3				
Todos os dias	6	5				
<b>Na última semana tomou café?</b>						
Nunca tomei café	36	30				
Menos de uma chávena de café por dia	73	60,8				
Uma a duas chávenas de café por dia	11	9,2				
<b>Na última semana bebeu bebidas alcoólicas?</b>						
Não bebi	38	31,7				
Um copo por dia à refeição	75	62,5				
Um copo por dia fora das refeições	7	5,8				
<b>Na última semana quantos cigarros fumou?</b>						
Nenhum	86	71,7				
Menos do que um cigarro por dia	7	5,8				
Um a dez cigarros por dia	25	20,8				

**Tabela 13 (continuação) – Resultados descritivos dos hábitos de saúde nos hipertensos (N=120)**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Dez a vinte cigarros por dia	2	1,7				
<b>Quantos cigarros fumava antes de saber que tinha HTA?</b>						
Nenhum	71	59,2				
Menos do que um cigarro por dia	1	0,8				
Um a dez cigarros por dia	4	3,3				
Dez a vinte cigarros por dia	8	6,7				
Mais de vinte cigarros por dia	36	30				
<b>Na última semana praticou algum tipo de atividade física?</b>						
Nenhuma	40	33,3				
Uma a duas vezes	60	50				
Dia sim dia não	12	10				
Todos os dias	8	6,7				
<b>Medição da pressão arterial categorizada (nº de vezes por semana)</b>						
0-3 vezes	99	82,5				
4-7 vezes	9	7,5				
8-11 vezes	12	10				

### 5.1.3 Adesão ao Tratamento

Na nossa análise, e que pode ser observada na tabela 14, verifica-se que a média de adesão ao tratamento na amostra total é bastante elevada, obtendo-se uma média de 5,73(DP=0,24) num valor máximo de 6.

**Tabela 14 – Média e desvio-padrão para o total da escala Adesão ao Tratamento em hipertensos (N=120)**

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Adesão ao tratamento</b>	5,73	0,24

Num questionário com uma pontuação entre 1-6, verifica-se que em todos os itens a média é maior que 5, o que indica uma boa adesão ao tratamento dos hipertensos

estudados nesta amostra. Como se pode observar, a média mais elevada diz respeito à questão “*Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a HTA, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*”. Como é possível verificar na tabela 15, 119 sujeitos (99,2%) referiram que *nunca* deixavam de tomar os medicamentos para a HTA, por iniciativa própria, após se sentir pior, e apenas 1 sujeito (0,8%) referiu que *por vezes* fazia-o. A média mais baixa é apresentada na questão “*Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a HTA?*”? Apesar desta questão ter como resultado a média mais baixa, verifica-se que isto acontecia raramente, pois observa-se que 54 sujeitos (45%) *nunca* se descuidavam, 59 (49,2%) *raramente* se descuidava, e 7 (5,8%) descuidava-se *por vezes*. É também possível constatar que a questão que teve maior amplitude foi “*Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua HTA, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*”, sendo que 6 sujeitos (5%) referiam que faziam-no *com frequência*, 11 (9,2%) faziam-no *por vezes*, 27 (22,5%) mencionaram fazer *raramente*, e 76 (63,3%) *nunca* fizeram.

**Tabela 15 – Resultados descritivos dos itens referentes à Adesão ao Tratamento na amostra total (N=120)**

<i>Adesão ao Tratamento</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a HTA?</b>			5,49	.580	4	6
Por vezes	5	4,2				
Raramente	51	42,5				
Nunca	64	53,3				
<b>Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a HTA?</b>			5,39	.598	4	6
Por vezes	7	5,8				
Raramente	59	49,2				
Nunca	54	45				
<b>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a HTA por se ter sentido melhor?</b>			5,94	.298	4	6
Por vezes	2	1,7				
Raramente	3	2,5				
Nunca	115	95,8				
<b>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para HTA, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?</b>			5,98	.183	4	6
Por vezes	1	0,8				
Nunca	119	99,2				

**Tabela 15 (continuação) – Resultados descritivos dos itens referentes à Adesão ao Tratamento na amostra total (N=120)**

<i>Adesão ao Tratamento</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
<b>Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a HTA, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?</b>			5,44	.858	3	6
Com frequência	6	5				
Por vezes	11	9,2				
Raramente	27	22,5				
Nunca	76	63,3				
<b>Alguma vez interrompeu a terapêutica para a HTA por ter deixado acabar os medicamentos?</b>			5,92	.306	4	6
Por vezes	1	0,8				
Raramente	8	6,7				
Nunca	111	92,5				
<b>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a HTA por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?</b>			5,92	.322	4	6
Por vezes	2	1,7				
Raramente	5	4,2				
Nunca	113	94,2				

#### **5.1.4 Satisfação com a Informação acerca da Medicação**

A satisfação dos participantes deste estudo com a informação recebida acerca da medicação foi avaliada pelo questionário SIMS. Verifica-se, através da tabela 16, que a média da subescala *Ação e Uso da Medicação* é de 20,23 (DP=2,90), da subescala *Potenciais Problemas com a Medicação* é de 18,42 (DP=3,73), e da escala total é de 38,64 (DP=5,34).

**Tabela 16 – Média e desvio-padrão para a Satisfação com a Informação recebida Acerca da Medicação em hipertensos (N=120)**

<b>SIMS</b> <b>(Subescalas e total)</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Ação e Uso da Medicação (subescala)</b>	20,23	2,90
<b>Potenciais Problemas com a Medicação (subescala)</b>	18,42	3,73
<b>Satisfação com a Informação acerca da Medicação (total)</b>	38,64	5,34

Numa análise mais detalhada, através da observação da tabela 17, verifica-se que 79 sujeitos (65,8%) desconhecem o nome dos medicamentos que tomam. Verifica-se também que quando questionados sobre a finalidade da medicação que tomam, a grande maioria, ou seja, 53 sujeitos (44,2%), dizem estarem satisfeitos com a informação recebida, pois referem que receberam a informação ideal/suficiente. Constatou-se que relativamente ao tempo que a medicação demora a fazer efeito, 41 sujeitos (34,2%) referem não ter recebido nenhum tipo de informação, e que apenas 22 (18,3%) receberam a informação ideal/suficiente.

Os dados apontam que os utentes são informados sobre o tempo necessário que terão de tomar a medicação. Verifica-se que 50 sujeitos (41,7%) assinalaram ter recebido informação suficiente quanto a esta questão, enquanto que apenas 6 (5%) afirmam não ter recebido qualquer informação. Quanto à informação recebida sobre como tomar a medicação, verifica-se que os sujeitos sentem-se bastante satisfeitos, já que 79 (65,8%) mencionam ter recebido muita informação, e os restantes 41 (34,2%) mencionaram ter recebido a informação ideal/suficiente. A grande maioria dos sujeitos desta amostra também se sentem satisfeitos quanto à informação recebida sobre como conseguir mais medicação. Percebe-se que 62 (51,7%) receberam muita informação, 39 (32,5%) a informação ideal/suficiente, e apenas 9 (7,5%) referiram não receber qualquer informação.

O item que revela menor informação é o que se refere acerca dos possíveis efeitos indesejáveis da medicação. Percebe-se que 40 sujeitos referem não ter recebido qualquer tipo de informação, e 38 (31,7%) apontam ter recebido pouca informação. A

mesma constatação é feita na transmissão acerca do que deve fazer caso sinta efeitos indesejáveis da medicação. Percebe-se que existe pouca transmissão acerca desta informação, já que 52 sujeitos (43,3%) referem não ter recebido informação, e 48 (40%) receberam pouca.

Observa-se também que a grande maioria dos sujeitos, ou seja, 56 (46,7%), consideram ter recebido pouca informação acerca da possibilidade de beberem álcool enquanto tomam a medicação, e 48 (40%) assinalaram não ter recebido qualquer tipo de informação. Quanto à interferência da medicação prescrita com outra medicação, percebe-se também que 75 sujeitos (62,5%) não receberam qualquer tipo de informação, enquanto 30 (25%) sujeitos consideram ter recebido pouca.

Quando questionados acerca da satisfação com a informação recebida acerca da possibilidade da medicação induzir alguma sonolência, 86 sujeitos (71,7%) referem não ter recebido qualquer tipo de informação, e 17 (14,2%) não achava necessário ter informação. Apenas 2 (1,7%) referem ter recebido a informação ideal/suficiente, e 1 (08%) muita informação.

Do mesmo modo, constata-se que os sujeitos apontam ter recebido pouca informação acerca da possibilidade da medicação afetar a vida sexual. Verifica-se que 83 sujeitos (69,2%) referem não ter recebido qualquer tipo de informação, e apenas 5 (4,2%) referem ter recebido a informação ideal/suficiente. Já quando à informação recebida sobre o que fazer se esquecer de tomar uma dose, 44 sujeitos (36,7%) receberam muita informação, enquanto que 30 (25%) apontam não ter recebido qualquer tipo de informação.

**Tabela 17 – Resultados descritivos da Satisfação com a Informação recebida acerca da medicação (N=120)**

<i>Satisfação com a Informação recebida acerca da medicação</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sabe o nome dos seus medicamentos?</b>		
Sim	41	34,2
Não	79	65,8
<b>Para que serve a sua medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	1	0,8
Não recebi	10	8,3
Pouca	14	11,7
Ideal/suficiente	53	44,2
Muita	42	35

**Tabela 17 (continuação) – Resultados descritivos da Satisfação com a Informação recebida acerca da medicação (N=120)**

<i>Satisfação com a Informação recebida acerca da medicação</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Quanto tempo demora a ter efeito a medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	10	8,3
Não recebi	41	34,2
Pouca	21	17,5
Ideal/suficiente	22	18,3
Muita	26	21,7
<b>Por quanto tempo terá de tomar a medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	1	0,8
Não recebi	6	5
Pouca	14	11,7
Ideal/suficiente	50	41,7
Muita	49	40,8
<b>Como tomar a medicação</b>		
Ideal/suficiente	41	34,2
Muita	79	65,8
<b>Como conseguir mais medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	2	1,7
Não recebi	9	7,5
Pouca	8	6,7
Ideal/suficiente	39	32,5
Muita	62	51,7
<b>Se a medicação tem efeitos indesejáveis</b>		
Não acho necessário ter informação	4	3,3
Não recebi	40	33,3
Pouca	38	31,7
Ideal/suficiente	24	20
Muita	14	11,7
<b>O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis</b>		
Não acho necessário ter informação	5	4,2
Não recebi	52	43,3
Pouca	48	40
Ideal/suficiente	10	8,3
Muita	5	4,2
<b>Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	6	5
Não recebi	48	40
Pouca	56	46,7
Ideal/suficiente	7	5,8
Muita	3	2,5

**Tabela 17 (continuação) – Resultados descritivos da Satisfação com a Informação recebida Acerca da Medicação (N=120)**

<i>Satisfação com a Informação recebida acerca da medicação</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Se a medicação interfere com outra medicação</b>		
Não acho necessário ter informação	10	8,3
Não recebi	75	62,5
Pouca	30	25
Ideal/suficiente	4	3,3
Muita	1	0,8
<b>Se a medicação o faz sentir sonolento</b>		
Não acho necessário ter informação	17	14,2
Não recebi	86	71,7
Pouca	14	11,7
Ideal/suficiente	2	1,7
Muita	1	0,8
<b>Se a medicação vai afetar a sua vida sexual</b>		
Não acho necessário ter informação	11	9,2
Não recebi	83	69,2
Pouca	19	15,8
Ideal/suficiente	5	4,2
Muita	2	1,7
<b>O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose</b>		
Não acho necessário ter informação	1	0,8
Não recebi	30	25
Pouca	25	20,8
Ideal/suficiente	20	16,7
Muita	44	36,7

### **5.1.5 Conhecimentos acerca da HTA**

Apresentamos agora a descrição dos conhecimentos dos utentes acerca da HTA, avaliados pelo número de respostas corretas, incorretas e desconhecimento, a um conjunto de itens acerca do conceito, valores tensionais normais em sujeitos sem diabetes e/ou doença renal, valores tensionais normais em sujeitos com diabetes e/ou doença renal, sintomas, complicações da HTA não controlada, limitações, e tratamento. Iniciamos com uma análise da média e desvio padrão de cada dimensão, realizando de seguida uma análise pormenorizada item a item, apresentando o número e percentagem de sujeitos que responderam às diversas opções de escolha.

Através da observação da tabela 18, verificamos que os sujeitos têm uma média elevada de conhecimentos quando são questionados sobre fatores importantes no tratamento da HTA, pois podemos observar que num valor máximo de 1, obtivemos uma média de 0,84 (DP=0,73). Relativamente aos valores tensionais normais numa pessoa com diabetes ou doença renal, os sujeitos apresentam a média de conhecimentos mais baixa, com um valor de 0,39 (DP=0,78).

**Tabela 18– Média e desvio-padrão dos conhecimentos acerca da HTA em hipertensos (N=120)**

<u>Dimensão de conhecimento</u>	M	DP
<b>Conceito de HTA</b>	0,43	0,18
<b>Valores tensionais normais da HTA numa pessoa sem diabetes ou doença renal</b>	0,42	0,98
<b>Valores tensionais normais numa pessoa com diabetes ou doença renal</b>	0,39	0,78
<b>Sintomas</b>	0,61	0,24
<b>Efeitos de HTA não controlada</b>	0,80	0,11
<b>Limitações</b>	0,78	0,89
<b>Tratamento</b>	0,84	0,73

No primeiro item, referente ao conceito da HTA (tabela 19) “(A HTA é)” verificou-se que 92 sujeitos (76,7%) sabiam que a HTA é o aumento da pressão do sangue nas artérias. 1 sujeito (0,8) respondeu erradamente a esta questão, e 27 (22,5%) participantes desconheciam. Ainda no que concerne ao conceito da HTA, 19 sujeitos (15,8%) sabiam que a HTA não é um coágulo nas artérias, 81 (67,5%) acreditavam que era e 20 (16,7%) não sabia. 60 sujeitos (50%) também sabiam que a HTA não é uma infecção no sangue, 15 (12,5%) achavam sim, e 45 (37,5%) desconheciam. 55 sujeitos (45,8%) respondeu corretamente à pergunta 1d), revelando que sabiam que a HTA não é quando o coração está a receber sangue suficiente. 39 (32,5%) responderam erradamente, e 26 (21,7%) desconheciam a veracidade da afirmação. Quanto à última

questão relativa ao conceito da HTA, 34 sujeitos (28,3%) sabiam que quando se tem HTA o coração não necessita fazer mais força para o sangue circular, enquanto que 42 (35%) reconheciam que sim, e 44 (36,6%) desconheciam.

**Tabela 19 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *conceito* acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>A HTA é:</b>		
<b>Quando há um aumento da pressão do sangue nas artérias</b>		
Correto	92	76,7
Errado	1	0,8
Desconhece	27	22,5
<b>Quando há um coágulo nas artérias</b>		
Correto	19	15,8
Errado	81	67,5
Desconhece	20	16,7
<b>Quando o sangue tem uma infeção</b>		
Correto	60	50
Errado	15	12,5
Desconhece	45	37,5
<b>Quando o coração não está a receber sangue suficiente</b>		
Correto	55	45,8
Errado	39	32,5
Desconhece	26	21,7
<b>Quando o coração faz mais força para o sangue circular</b>		
Correto	34	28,3
Errado	42	35
Desconhece	44	36,7

Relativamente aos valores tensionais da HTA numa pessoa sem diabetes e sem doença renal (tabela 20), 80 sujeitos (66,7%) sabiam que 150/100 mmHg não é um valor adequado. 2 sujeitos (1,7%) referiram que eram valores normais, e 38 (31,7%) não sabiam. 59 sujeitos conheciam que os valores tensionais normais para hipertensos sem diabetes e/ou problemas renais era 140/90 mmHg, enquanto 29 (24,2%) acham que estes valores eram anormais, e 32 (26,7%) não sabiam. 21 sujeitos (17,5%) sabiam que os valores tensionais normais para esta população também não eram 130/80 mmHg, enquanto que 76 (63,3%) acreditavam que sim, e 23 (19,2%) desconheciam. Quanto aos valores de 120/80 mmHg, 38 sujeitos (31,7%) sabiam que não eram normais, 57 (47,5%) achavam que era, e 25 (20,8%) não sabia.

**Tabela 20 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *valores tensionais* numa pessoa sem diabetes e sem doença renal acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><u>Os valores da tensão arterial numa pessoa sem diabetes ou doença renal devem ser iguais ou inferiores a:</u></b>		
<b>150 (máxima) / 100 (mínima) mmHg</b>		
Correto	80	66,7
Errado	2	1,7
Desconhece	38	31,7
<b>140 (máxima) / 90 (mínima) mmHg</b>		
Correto	59	49,2
Errado	29	24,2
Desconhece	32	26,7
<b>130 (máxima) / 80 (mínima) mmHg</b>		
Correto	21	17,5
Errado	76	63,3
Desconhece	23	19,2
<b>120 (máxima) / 80 (mínima) mmHg</b>		
Correto	38	31,7
Errado	57	47,5
Desconhece	25	20,8

Quando questionados sobre os valores tensionais normais numa pessoa com diabetes e/ou doença renal (tabela 21), 63 sujeitos (52,5%) sabiam que 150/100 mmHg não eram valores normais, enquanto 3 (2,5%) referiram que era, e 54 (45%) não sabiam. Relativamente aos valores 140/90 mmHg, 47 sujeitos (39,2%) sabiam que não era adequados, 25 (20,8%) acham que era, e 48 (40%) desconheciam. 22 sujeitos responderam corretamente e, por isso sabiam, que os valores normais para esta população deve ser igual ou inferior a 130/80 mmHg, 22 (18,3%) achavam que não era adequado, e 38 (31,7%) não sabiam. Apenas 18 sujeitos (15%) sabiam que 120/70 mmHg não eram o valor mais adequado para esta população, enquanto 72 (60%) achava que eram, e 30 (25%) não sabia.

**Tabela 21 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *valores tensionais* numa pessoa com diabetes e/ou doença renal acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><u>Os valores da tensão arterial numa pessoa com diabetes e/ou doença renal devem ser iguais ou inferiores a:</u></b>		
<b>150 (máxima) / 100 (mínima) mmHg</b>		
Correto	63	52,5
Errado	3	2,5
Desconhece	54	45
<b>140 (máxima) / 90 (mínima) mmHg</b>		
Correto	47	39,2
Errado	25	20,8
Desconhece	48	40
<b>130 (máxima) / 80 (mínima) mmHg</b>		
Correto	60	50
Errado	22	18,3
Desconhece	38	31,7
<b>120 (máxima) / 70 (mínima) mmHg</b>		
Correto	18	15
Errado	72	60
Desconhece	30	25

Referente aos sintomas da HTA (tabela 22), 95 (79,2%) sabiam que causava cansaço ou fraqueza. 21 sujeitos (17,5%) achavam que não, e 4 (3,3%) não tinham conhecimento. Quanto à dor de cabeça, 101 (84,2%) referiram que poderia causar, 16 (13,3%) acham que não causava, e 3 (2,5%) desconheciam. 100 sujeitos (83,3%) sabiam que a um dos sintomas da HTA era a dor no peito, enquanto 16 (13,3%) disseram que não, e 4 (3,3%) não sabiam. No que se refere às tonturas ou vertigens, 66 sujeitos (55%) sabiam que era um sintomas característico da HTA, enquanto 36 (30%) achavam que não, e 18 desconheciam. 7 sujeitos sabiam que é possível alguém ter HTA e não ter nenhum sintoma, enquanto 108 (90%) achavam não ser possível, e 5 (4,2%) não sabia.

**Tabela 22 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *sintomas* acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Os sintomas da HTA são:</b>		
<b>Cansaço ou fraqueza</b>		
Correto	95	79,2
Errado	21	17,5
Desconhece	4	3,3
<b>Dor de cabeça</b>		
Correto	101	84,2
Errado	16	13,3
Desconhece	3	2,5
<b>Dor no peito</b>		
Correto	100	83,3
Errado	16	13,3
Desconhece	4	3,3
<b>Tonturas ou vertigens</b>		
Correto	66	55
Errado	36	30
Desconhece	18	15
<b>A HTA não tem sintomas</b>		
Correto	7	5,8
Errado	108	90
Desconhece	5	4,2

No que concerne aos efeitos da HTA não controlada (tabela 23), 115 sujeitos (95,8%) sabiam que o coração poderia ser um órgão afetado, 4 (3,3%) achavam que não, e 1 (0,8%) não sabia. 114 sujeitos (95%) referiram que as artérias poderiam ser prejudicadas caso a HTA não fosse controlada. 4 (3,3%) achavam que não, e 2 (1,7%) desconheciam. 77 sujeitos (64,2%) também sabiam que o cérebro poderia ser um órgão afetado, enquanto 27 (22,5%) achavam que não, e 16 (13,3%) não tinham conhecimento. Quanto aos rins como órgão afetado, 61 (50,8%) responderam que poderia ser afetado, 19 (15,8%) referiram que não, e 40 (33,3%) não sabiam. 116 sujeitos sabiam que a HTA não controlada prejudica algum tipo de órgão, enquanto que 3 (2,5%) achavam que não, e 1 (0,8%) desconhecia.

**Tabela 23 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *efeitos da HTA não controlada* acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><u>A HTA não controlada pode prejudicar:</u></b>		
<b>O coração</b>		
Correto	115	95,8
Errado	4	3,3
Desconhece	1	0,8
<b>As artérias</b>		
Correto	114	95
Errado	4	3,3
Desconhece	2	1,7
<b>O cérebro</b>		
Correto	77	64,2
Errado	27	22,5
Desconhece	16	13,3
<b>Os rins</b>		
Correto	61	50,8
Errado	19	15,8
Desconhece	40	33,3
<b>Não afeta nenhum órgão do corpo</b>		
Correto	116	96,7
Errado	3	2,5
Desconhece	1	0,8

Relativamente às limitações associadas à HTA (tabela 24) (“*Depois de se saber que se tem HTA*”), 93 (77,5%) sabiam que poderiam ser tão ativos como antes de saberem que tinham HTA. 20 sujeitos (16,7%) achavam que não, e 7 (5,8%) não sabia. Quanto ao facto de poderem praticar exercício físico, 113 (94,2%) sabiam que poderiam fazê-lo, 5 (4,2%) acham que não poderiam, e 2 (1,7%) desconheciam. 100 sujeitos (83,3%) sabiam que depois de ter HTA a sua vida sexual não teria de mudar para sempre, enquanto 5 (4,2%) achavam que sim, e 15 (12,5%) não tinham conhecimento. 50 sujeitos (41,7%) referiram que não era difícil ter a tensão arterial controlada, enquanto 33 (27,%) achavam difícil, e 37 (30,8%) não sabiam. No que se refere à possibilidade de conduzir, 112 (93,3%) sabiam que podiam conduzir apesar da HTA, 6 (5%) achava que não podiam, e 2 (1,7%) não sabia.

**Tabela 24 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *limitações* acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimento acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><u>Depois de se saber que se tem HTA:</u></b>		
<b>A maioria das pessoas não volta a ser tão ativo como antes</b>		
Correto	93	77,5
Errado	20	16,7
Desconhece	7	5,8
<b>Nunca mais se pode praticar exercício físico</b>		
Correto	113	94,2
Errado	5	4,2
Desconhece	2	1,7
<b>A vida sexual tem de mudar para sempre</b>		
Correto	100	83,3
Errado	5	4,2
Desconhece	15	12,5
<b>Difícilmente se consegue ter a tensão arterial controlada</b>		
Correto	50	41,7
Errado	33	27,5
Desconhece	37	30,8
<b>Não se pode conduzir</b>		
Correto	112	93,3
Errado	6	5
Desconhece	2	1,7

Referente ao tratamento da HTA (tabela 25), 117 sujeitos (97,5%) sabiam que o tratamento incluía não fumar. 2 (1,7%) achavam que não era uma necessidade para o tratamento, e 1 (0,8%) não sabia. 119 sujeitos também sabiam que deviam diminuir o sal na comida, enquanto 1 (0,8%) achava que não. 117 (97,5%) também referiram que deveriam diminuir de peso para tratar a HTA, mas 3 (2,5%) desconheciam. 116 sujeitos (96,7%) sabiam que deveriam fazer exercício físico para tratar a HTA, enquanto 4 (3,3%) achavam que não. Quanto ao facto de tomar a medicação cuidadosamente, todos os 120 sujeitos (100%) referiram que era necessário fazê-lo caso quisessem tratar a HTA.

**Tabela 25 – Resultados descritivos dos conhecimentos na dimensão *tratamento* acerca da HTA na amostra total (N=120)**

<i>Conhecimentos acerca da HTA (itens)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>O tratamento da HTA deve incluir:</b>		
<b>Não fumar</b>		
Correto	117	97,5
Errado	2	1,7
Desconhece	1	0,8
<b>Diminuir o sal na comida</b>		
Correto	119	99,2
Errado	1	0,8
Desconhece	0	0
<b>Controlar o peso</b>		
Correto	117	97,5
Errado	3	2,5
Desconhece	0	0
<b>Praticar atividade física (por exemplo: andar a pé)</b>		
Correto	116	96,7
Errado	4	3,3
Desconhece	0	0
<b>Tomar medicação</b>		
Correto	120	100
Errado	0	0
Desconhece	0	0

## 5.2 Associação entre Variáveis

O estudo da associação entre as variáveis estudadas (tabela 26), revelou que a subescala *Consequências* se associa negativa e significativamente com as subescalas *Controlo Pessoal* ( $r=-.444$ ;  $p=.00$ ) e *Compreensão* ( $r=-.268$ ;  $p=.00$ ). Estes dados indicam que a perceção de maiores consequências associadas à HTA relacionam-se com uma menor perceção de controlo pessoal sobre a HTA e com menor compreensão da sua condição clínica. Também verificamos que a mesma dimensão (consequências) se associa positiva e significativamente, com uma intensidade alta, com a subescala *Identidade* ( $r=.740$ ;  $p=.00$ ), *Preocupação* ( $r=.757$ ;  $p=.00$ ), e *Resposta Emocional* ( $r=.800$ ;  $p=.00$ ). Tal indica que quanto mais negativas são as crenças relativas às consequências da HTA, mais sintomas os sujeitos experienciam, mais se preocupam com a sua condição, e mais se sentem afetados emocionalmente por terem HTA.

Observamos também que a subescala *consequências* se correlaciona positiva e significativamente com a subescala *Ação e Uso da Medicação* (Subescala1\_SIMS) com uma intensidade baixa ( $r=.188$ ;  $p=.04$ ), e também com os hábitos de saúde, apresentando uma correlação moderada ( $r=.201$ ;  $p=.02$ ). Estes dados indicam que uma percepção de mais consequências referentes à HTA se associam a maior satisfação com a informação recebida sobre a ação e uso da medicação e a comportamentos mais saudáveis.

É possível averiguar que a subescala *duração* se correlaciona negativa e significativamente com a subescala *controle pessoal* ( $r=-.331$ ;  $p=.00$ ), indicando assim que quando os sujeitos percebem maior cronicidade na sua condição, sentem menos controle pessoal sobre a HTA. A subescala *duração* correlaciona-se positiva e significativamente, com uma intensidade baixa, com as subescalas *controle tratamento* ( $r=.396$ ;  $p=.00$ ) e *Preocupação* ( $r=.364$ ;  $p=.00$ ), indicando assim que os sujeitos que percebem a HTA como uma condição crônica tendem a perceber maior eficácia no tratamento médico e apresentam mais preocupação relativamente à sua condição de hipertenso.

A subescala *controle pessoal* associa-se negativa e significativamente com as subescalas *controle tratamento* ( $r=-.282$ ;  $p=.00$ ), *identidade* ( $r=-.314$ ;  $p=.00$ ), *preocupação* ( $r=-.583$ ;  $p=.00$ ) e *resposta emocional* ( $r=-.503$ ;  $p=.00$ ). Esta dimensão (controle pessoal) correlaciona-se positiva e significativamente, com uma intensidade moderada, com a subescala *compreensão* ( $r=.513$ ;  $p=.00$ ). Estes dados indicam que os sujeitos que percebem um maior controle pessoal sobre a HTA acreditam menos que o tratamento irá ajuda-los, experienciam menos sintomas, são menos afetados emocionalmente pela sua condição clínica. A percepção de uma boa compreensão da HTA surge associada à crença de um maior controle sobre a mesma.

Verificamos que a subescala *controle do tratamento* se associa negativa e significativamente à subescala *identidade* ( $r=-.223$ ;  $p=.01$ ), o que nos indica que uma maior percepção de sintomas atribuídos à HTA surge relacionada com uma menor percepção de controle. Também é possível observar que a subescala *identidade* se correlaciona positiva e significativamente, com uma intensidade moderada, com a subescala *preocupação* ( $r=.639$ ;  $p=.00$ ), com uma intensidade alta com a *resposta emocional* ( $r=.805$ ;  $p=.00$ ), com uma intensidade baixa com os *hábitos de saúde*

( $r=.201$ ;  $p=.02$ ), e negativa e significativamente com a subescala *compreensão* ( $r=-.225$ ;  $p=.01$ ). Percebemos então que quanto mais percepção de sintomas os sujeitos têm da HTA, mais se preocupam com a sua condição clínica, sentem-se mais afetados emocionalmente, adotam hábitos de saúde mais saudáveis, e sentem menor compreensão da HTA.

A subescala *compreensão* correlaciona-se positiva e significativamente, com uma intensidade muito baixa, com a escala *SIMS* (*SIMS\_total*) ( $r=.197$ ;  $p=.03$ ), com a subescala *Potenciais Problemas com a Medicação* (*Subescala2\_SIMS*) ( $r=.199$ ;  $p=.03$ ), e associa-se negativa e significativamente à subescala *resposta emocional* ( $r=-.287$ ;  $p=.00$ ). Estes dados indica-nos que quanto mais os sujeitos acreditam que compreendem os aspetos envolvidos na HTA, mais satisfeitos se sentem com a informação recebida acerca da medicação e sentem-se menos afetados emocionalmente devido à sua condição clínica de hipertenso.

Observamos que a subescala *resposta emocional* se associa positiva e significativamente, com uma intensidade baixa, às subescalas *Ação e Uso da Medicação* (*Subescala1\_SIMS*) ( $r=.215$ ;  $p=.01$ ) e *hábitos de saúde* ( $r=.200$ ,  $p=.02$ ), o que nos indica que quando os sujeitos se sentem mais afetados emocionalmente por serem hipertensos, apresentam maior satisfação com a informação recebida acerca da ação e uso da medicação e adotam comportamentos mais saudáveis.

Verificamos que a subescala *Ação e Uso da Medicação* (*Subescala1\_SIMS*) correlaciona-se positiva e significativamente, com uma intensidade muito baixa, com a subescala *hábitos de saúde* ( $r=.179$ ;  $p=.05$ ), indicando-nos assim que quanto mais satisfeitos os sujeitos estão com a informação recebida acerca da ação e uso da medicação adotam hábitos de vida mais saudáveis.

Tabela 26 - Correlação de *Pearson* entre as variáveis psicossociais estudadas

<b>Variáveis Psicossociais</b>	Conseq.	Duração	Controlo Pessoal	Controlo Tratamento	Identi.	Preocu.	Compre.	Resposta emocional	SIMS total	Ação e Uso da Medicação	Potenciais Problemas com a Medicação	Hábitos de saúde	MAT Total
Consequência													
Duração	.111												
Controlo Pessoal	<b>-.444**</b>	<b>-.331**</b>											
Controlo Tratamento	.007	<b>.396**</b>	<b>-.282**</b>										
Identidade	<b>.740**</b>	.060	<b>-.314**</b>	<b>-.223*</b>									
Preocupação	<b>.757**</b>	<b>.364*</b>	<b>-.583**</b>	.094	<b>.639**</b>								
Compreensão	<b>-.268**</b>	-.178	<b>.513**</b>	.045	<b>-.225*</b>	-							
Resposta Emocional	<b>.800**</b>	.178	<b>-.503**</b>	-.089	<b>.805**</b>	<b>.806**</b>	<b>-.287**</b>						
SIMS_total	.069	.036	.061	.072	-.041	.116	<b>.197*</b>	.076					
Ação e Uso da Medicação	<b>.188*</b>	.011	-.045	.046	.146	.170	.108	<b>.215*</b>	<b>.742**</b>				
Potenciais Problemas com a Medicação	-.047	.042	.122	.067	-.172	.034	<b>.199*</b>	-.058	<b>.853**</b>	<b>.284**</b>			
Hábitos de saúde	<b>.201*</b>	.111	-.163	.072	<b>.201*</b>	<b>.188*</b>	-.134	<b>.200*</b>	.058	<b>.179*</b>	-.057		
MAT_total	.052	-.107	-.063	-.157	-.016	-.039	-.101	-.017	-.003	-.018	-.010	.178	

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

### 5.3 Variação dos resultados

Procuramos verificar a variação dos resultados de acordo com as variáveis clínicas e sociodemográficas mais relevantes encontradas na revisão bibliográfica. Assim, verificamos as variações dos resultados nas variáveis estudadas (crenças acerca da HTA; hábitos de saúde; adesão ao tratamento; satisfação com a informação acerca da medicação) em função do género, idade, história familiar de DCV, grau de preocupação com a HTA e habilitações literárias.

#### 5.3.1 Género

Através do teste de *t para amostras independentes*, verificamos, relativamente às representações cognitivas (tabela 27), que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na dimensão *compreensão* ( $t=1,33$ ;  $gl=118$ ;  $p=.03$ ), evidenciando os sujeitos do género masculino uma maior compreensão da sua condição clínica, com uma média de 1,99 (DP=.655), comparativamente aos sujeitos do género feminino, cuja média foi de 1,81 (DP=.773).

**Tabela 27 – Resultados do teste de *t para amostras independentes* das respostas da subescala *consequências* em função do género (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			1,33	118	.03
Masculino	1,99	.655			
Feminino	1,81	.773			

Relativamente aos hábitos de saúde (tabela 28), os dados indicam-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $t=-3,62$ ;  $p=.00$ ), evidenciando os sujeitos do género feminino hábitos mais saudáveis, com uma média de 6,76 (DP=1,70), comparativamente aos utentes do género masculino, que obtiveram uma média de 5,58 (DP=1,71).

**Tabela 28 – Resultado do teste de *t* para amostras independentes das respostas de hábitos de saúde em função do gênero (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			-3,62	2	.00
Masculino	5,58	1,71			
Feminino	6,76	1,70			

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à adesão terapêutica ( $p=.06$ ), e os valores médios entre ambos os grupos são idênticos, sendo que o gênero masculino obteve uma média de 5,72 ( $DP=2,62$ ) e o gênero feminino um valor de 5,73 ( $DP=.198$ ).

Referente à satisfação com a informação recebida acerca da medicação, não obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $t=.57$ ;  $p=.55$ ), ainda que o gênero masculino tenha revelado uma média ligeiramente mais elevada de satisfação, com um valor de 38,84 ( $DP=5,61$ ), comparativamente às mulheres que obtiveram média de 38,26 ( $DP=4,84$ ).

### 5.3.2 Idade

A variável idade foi categorizada em 3 grupos: dos 30-59 anos ( $n=30$ ); 60-69 anos ( $n=48$ ); 70-81 anos ( $n=42$ ). Observamos que, relativamente às representações cognitivas, em função da idade, encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *consequências* e *Resposta emocional*. Na dimensão *consequências* (tabela 29) a diferença ( $F=5,85$ ;  $gl=2$ ;  $p=.00$ ) evidenciou-se entre os sujeitos com idades compreendidas entre 30-59 anos ( $M=2,13$ ;  $DP=.973$ ) e os sujeitos com idades entre os 60-69 anos ( $M=1,46$ ;  $DP=.824$ ).

**Tabela 29 – Resultados do teste de ANOVA das respostas da subescala *consequências* em função da idade (N=120)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>f</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
			5,85	2	.00
30-59 anos	2,13	.973			
60-69 anos	1,46	.824			
70-81 anos	1,98	1,02			

Referente às diferenças estatísticas na dimensão *Resposta Emocional* (tabela 30) ( $F=4,63$ ;  $gl=2$ ;  $p=.01$ ), esta diferença evidenciou-se entre os sujeitos com idades entre os 30-59 anos ( $M=2,53$ ;  $DP=1,25$ ) e os sujeitos com idades entre 60-69 anos ( $M=1,79$ ;  $DP=1,25$ ).

**Tabela 30 - Resultados do teste de ANOVA das respostas da subescala *Resposta Emocional* em função da idade (N=120)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>f</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
			4,63	2	.01
30-59 anos	2,53	1,25			
60-69 anos	1,79	1,25			
70-81 anos	2,40	1,06			

Relativamente aos hábitos de saúde (tabela 31) verificamos diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $F=3,75$ ;  $gl=2$ ;  $p=.02$ ), evidenciando-se esta diferença entre os sujeitos com idades compreendidas entre os 30-59 ( $M=5,26$ ;  $DP=1,91$ ) anos e os sujeitos com idades compreendidas entre os 60-69 anos ( $M=6,37$ ;  $DP=1,37$ ).

**Tabela 31 - Resultados do teste de ANOVA das respostas da escala Hábitos de Saúde em função da idade (N=120)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>gl</i></b>	<b><i>p</i></b>
			3,75	2	.02
30-59 anos	5,26	1,91			
60-69 anos	6,37	1,37			
70-81 anos	6,07	1,73			

Os sujeitos com média mais elevada na adesão terapêutica encontram-se na categoria da idade compreendida entre os 60-69 anos, com uma média de 5,76 (DP=.03), e a média mais baixa situa-se na categoria com idades compreendidas entre os 70-81 anos, com um valor de 5,70 (DP=.254). Os sujeitos com idades compreendidas entre os 30-59 anos tiveram uma média de 5,72 (DP=.301). Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre grupos na adesão terapêutica em função da idade ( $p=.57$ ).

Quanto à satisfação com a informação recebida acerca da medicação (tabela 32), verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $F=4,28$ ;  $gl= 2$ ;  $p=.01$ ), evidenciando-se estas diferenças entre os sujeitos com idades 30-59 anos ( $M=39,90$ ;  $DP=4,54$ ) e 70-81 anos ( $M=36,76$ ;  $DP=5,57$ ).

**Tabela 32 - Resultados do teste de ANOVA das respostas da escala SIMS\_total em função da idade (N=120)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>gl</i></b>	<b><i>p</i></b>
			4,28	2	.01
30-59 anos	39,90	4,54			
60-69 anos	39,50	5,57			
70-81 anos	36,76	5,18			

### 5.3.3 História familiar de DCV

Separamos os sujeitos que responderam a esta variável em dois grupos. Um grupo corresponde aos que responderam que *tinham* familiares com DCV, e outro grupo corresponde aos que assinalaram que *não tinham* ou *desconheciam* se tinham familiares com DCV. Verificamos (tabela 33) que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na dimensão *Duração* ( $t=2,78$ ;  $gl=118$ ;  $p=00$ ), o que indica que os sujeitos que assinalaram que *tinham* familiares com DCV percecionavam que a sua condição clínica perdura mais no tempo, com uma média de 3,77 (DP=.011), comparativamente aos que *não tinham* ou *desconheciam* se tinham familiares com DCV, com uma média de 3,46 (DP=.021).

**Tabela 33 - Resultados do teste de *t* para amostras independentes das respostas da subescala *duração* em função da história familiar de DCV (N=120)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>gl</i></b>	<b><i>p</i></b>
			2,78	118	.00
Sim	3,77	.011			
Não tem/desconhece	3,46	.021			

Relativamente aos hábitos de saúde, percebemos que os sujeitos que assinalaram que *tinham* familiares com doença cardiovascular são os que tinham hábitos de saúde mais saudáveis, com um valor médio de 6 (DP=1,68), e o segundo grupo obteve uma média de 5,97 (DP=1,97). Ainda assim não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $p=.95$ ).

Relativamente à adesão terapêutica, verificamos que os sujeitos que assinalaram que *tinham* familiares com DCV foram os que obtiveram uma média mais elevada com um valor de 5,73 (DP=.198), e o segundo grupo obteve uma média de 5,71 (DP=.300). Não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $p=.74$ ).

Quando questionados sobre a satisfação com a informação recebida acerca da medicação, os sujeitos que assinalaram estarem mais satisfeitos foram os que *não tinham* ou *desconheciam* se tinham familiares com DCV, com um valor médio de 39,84

(DP=4,70), e os que referiram que *tinham* familiares com DCV tiveram uma média de 37,89 (DP=5,59), e encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $t = -2.05$ ;  $gl = 118$ ;  $p = .04$ ), evidenciando que os sujeitos que *não têm* ou *desconhecem* se têm familiares com DCV estão mais satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação (tabela 34).

**Tabela 34 - Resultados do teste de *t* para amostras independentes das respostas da escala SIMS\_total em função da história familiar de DCV (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			-2,05	118	.04
Sim	37,89	5,59			
Não tem/desconhece	39,84	4,70			

#### 5.3.4 Preocupação com a HTA

Nesta variável os sujeitos encontram-se agrupados em dois grupos: os que responderam que *nada* ou *pouco* se preocupavam com a HTA; e os que responderam que *bastante* ou *muito* se preocupavam com a HTA. Verificamos (tabela 35) que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na dimensão *Preocupação* ( $t = -11,78$ ;  $gl = 118$ ;  $p = .00$ ). Os sujeitos que assinalaram *nada* ou *pouco* se preocuparem com a HTA obtiveram uma média de 1,27 (DP=.850), comparativamente aos que referiram que *bastante* ou *muito* se preocupavam com a HTA, que obtiveram uma média de 2,83 (D=.593).

**Tabela 35 - Resultados do teste de *t* para amostras independentes das respostas da subescala *preocupação* em função da Preocupação com a HTA (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			-11,78	118	.00
Nada/pouco	1,27	.850			
Bastante/muito	2,83	.593			

Relativamente aos hábitos de saúde, os dados indicam-nos que não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p=.32$ ), obtendo o primeiro grupo, que respondeu *nada* ou *pouco*, uma média de 5,80 (DP=1,93), e grupo que respondeu *bastante* ou *muito* obteve uma média de 6,13 (DP=1,67).

Verificamos que não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à adesão ao tratamento ( $p=.77$ ), sendo que o grupo que respondeu *nada* ou *pouco* obteve uma média de 5,71 (DP=.245), e o grupo que respondeu *bastante* ou *muito* obteve uma média de 5,73 (DP=.239).

Quando questionados sobre a satisfação com a informação acerca da medicação, os dados indicam-nos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p=.95$ ), com o primeiro grupo a ter uma média de 38,60 (DP=5,84), e o segundo grupo uma média de 38,66 (DP=4,98).

### 5.3.5 Habilitações literárias

Os sujeitos que responderam às questões desta variável foram separados em dois grupos:  $\leq 1^\circ$  ciclo;  $\geq 6^\circ$  ano. Observamos (tabela 36) diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões *consequências* ( $t=-1,59$ ;  $gl=118$ ;  $p=.02$ ), sendo que os sujeitos no grupo do  $\leq 1^\circ$  ciclo obtiveram uma média de 1,63 (DP=1,08), e o grupos do  $\geq 6^\circ$ ano obteve uma média de 1,92 (DP=.89).

**Tabela 36 - Resultados do teste de *t* para amostras independentes das respostas da subescala *consequências* em função das Habilitações Literárias (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			-1,59	118	.02
$\leq 1^\circ$ Ciclo	1,63	1,08			
$\geq 6^\circ$ Ano	1,92	.89			

Verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com diferentes habilitações literárias em função aos hábitos de saúde ( $p=.23$ ),

sendo que o grupo referente ao  $\leq 1^\circ$  ciclo obteve uma média de 6,23 (DP=1,77), e o grupo referente ao  $\geq 6^\circ$  ano obteve uma média de 5,83 (DP=1,79).

O primeiro grupo ( $\leq 1^\circ$  ciclo) obteve uma média, relativamente à adesão terapêutica, de 5,69 (DP=.268), sendo que o segundo grupo ( $\geq 6^\circ$  ano) obteve uma média de 5,75 (DP=.233). Os dados indicam-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.30$ ) entre sujeitos com diferentes habilitações literárias relativamente à adesão ao tratamento.

Relativamente à satisfação com a informação acerca da medicação, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $F=-3,35$ ;  $gl= 118$ ;  $p=.00$ ), evidenciando os sujeitos com escolaridade  $\geq 6^\circ$  ano maior satisfação, com um valor médio de 39,87 (DP=5,17), comparativamente ao grupo com escolaridade  $\leq 1^\circ$  ciclo que obteve uma média de 36,65 (DP=5,04).

**Tabela 37 - Resultados do teste de *t* para amostras independentes das respostas da escala SIMS\_total em função das Habilitações Literárias (N=120)**

	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
			-3,35	118	.00
$\leq 1^\circ$ ciclo	36,65	5,04			
$\geq 6^\circ$ ano	39,87	5,17			

#### 5.4 Discussão dos resultados

No sentido de procurar dar respostas aos objetivos que orientam esta investigação, segue-se uma discussão dos resultados anteriormente descritos, tendo subjacente os dados de natureza teórica e empírica apresentados.

Ao analisar os resultados descritivos das representações da doença, foi possível observar que o valor médio mais elevado do IPQ-B refere-se à subescala *duração*, o que nos indica que a maioria dos sujeitos acredita que a HTA é uma condição crónica. Também verificamos que os sujeitos têm uma perceção positiva da eficácia do tratamento, já que obtivemos um valor elevado na subescala *controlo do tratamento*. Nesta análise foi também possível perceber que os resultados mais baixos referiam-se às subescalas *controlo pessoal*, *consequências*, e *identidade*, o que nos indica que os

sujeitos tendem acreditar que a HTA afeta pouco as suas vidas (consequências), sentem poucos sintomas associados à sua condição (identidade), e consideram que têm um controlo pessoal tendencialmente baixo sobre a HTA.

Relativamente à análise dos dados dos hábitos de saúde, verificamos que a grande maioria dos sujeitos (86,7%) seguiu, na semana anterior à recolha de dados, as recomendações prescritas pelo médico. A recomendação a que os sujeitos mais aderem refere-se à dieta. Consideramos estes dados positivos, já que segundo Martins (2012), o cuidado com a alimentação é uma das formas mais eficazes de diminuir a pressão arterial. Mas alguns hábitos saudáveis continuam a ser negligenciados. Repare-se que 40 sujeitos (33,3%) da amostra não praticaram exercício físico na semana anterior à recolha de dados, e apenas 8 sujeitos (6,7%) referiram praticar todos os dias. Assim, podemos deduzir que a prática de exercício físico não se alterou muito desde 1998, já que Marivoet (1998) concluiu que a participação desportiva da população Portuguesa era apenas de 23%.

Ao analisarmos os dados relativamente à adesão ao tratamento, especificamente à adesão à medicação, verificamos que os sujeitos obtiveram valores muito elevados, indicando-nos uma boa adesão. Os nossos dados são superiores aos de Silva, Morgado e Almeida (2012), pois estes autores concluíram, no seu estudo com 101 indivíduos com HTA, que a taxa de adesão à medicação é de 42%. No nosso estudo estes dados foram superiores, já que a média de adesão foi de 5,73(DP=0,24), num valor máximo de 6. Encontramos outro dado positivo no nosso estudo relativamente à adesão ao tratamento. É que, segundo Horne e colaboradores (2005), o esquecimento é dos fatores psicológicos mais preponderantes na baixa adesão ao tratamento. Mas, numa análise detalhada, verificamos que no nosso estudo 64 sujeitos (53,3%) nunca se esqueceram de tomar a medicação, enquanto 51 (42,%) raramente se esquecia, e apenas 5 (4,2%) assinalaram que por vezes acontecia esqueceram-se.

Relativamente à análise dos dados da satisfação com a informação recebida acerca da medicação, verificamos que os sujeitos estão mais satisfeitos com a informação que recebem dos médicos acerca da *Ação e Uso da Medicação*, comparativamente à informação recebida acerca dos *Potenciais Problemas com a Medicação*. Pensamos que é importante que os sujeitos comecem a ter mais informação sobre os potenciais problemas com a medicação, pois verificamos que a grande maioria

dos sujeitos não tem recebido informação acerca dos possíveis efeitos secundários da medicação. Segundo Horne (1997; cit in Bennett, 2000), este facto muitas vezes leva a que os hipertensos não adiram à medicação, devido a perceberem os efeitos secundários muito elevados. Também se verifica que os sujeitos assinalaram ter pouca informação em alguns aspetos da medicação, relativamente à possibilidade da medicação provocar sonolência. Assim, verificamos que o conteúdo recebido acerca da medicação pode não estar a ser suficiente e, segundo Saleem e colaboradores (2011), este facto resulta na menor adesão ao tratamento. Assim, deduzimos que caso os sujeitos recebam mais informação acerca dos potenciais problemas com a medicação, o nível da adesão ao tratamento pode ser ainda mais elevado, diminuindo a não adesão não-intencional.

Relativamente aos conhecimentos acerca da HTA, obtivemos resultados mais elevados comparativamente a outros estudos encontrados na literatura. Segundo Jokisalo e colaboradores (2001), numa amostra de 1782 indivíduos, 56 % desconhecia em que consistia a HTA. No nosso estudo, verificamos que o conhecimento acerca do que consiste a HTA é mais elevado, já que 92 sujeitos (76,7%), responderam corretamente, 1 (0,8%) respondeu erradamente, e 27 (22,5%) referiu que desconhecia. Relativamente aos conhecimentos acerca da HTA na dimensão *tratamento*, Matos e colaboradores (2007) verificaram que numa amostra de 263 sujeitos, 110 (85,9%) sabiam que a dieta, a prática regular de exercício físico, e adesão à medicação eram importante para controlar/tratar a HTA, e que era nesta dimensão que os sujeitos revelavam mais conhecimento. Da mesma forma, no nosso estudo foi na dimensão *tratamento* que os sujeitos revelaram mais conhecimentos, obtendo um valor médio de 0,84 (DP=0,73), num valor máximo possível de 1. Também verificamos que os nossos dados vão de encontro aos obtidos por Sousa (2005), já que foi na dimensão *tratamento* que os sujeitos revelaram possuir mais conhecimentos. Na nossa amostra 97,5% dos sujeitos revelaram conhecer que deixar de fumar era importante para tratar a HTA, e no estudo de Sousa (2005) estes dados diminuíram para 87%. Sousa (2005) verificou que 99,1% dos sujeitos sabiam que era necessário diminuir o sal na comida, e os nossos dados são semelhantes, já que na nossa amostra 99,2% revelava este conhecimento. 97,5% dos sujeitos da nossa amostra conheciam que a perda de peso era importante para

tratar a HTA, e Sousa (2005) conclui que 85,2% dos sujeitos revelavam o mesmo conhecimento.

Na análise da associação entre variáveis, encontramos resultados idênticos aos de Chen e colaboradores (2011). Segundo este autor, os sujeitos que têm mais sintomas da HTA têm sentimentos mais negativos relativamente à sua condição. O nosso estudo vem corroborar estes dados, já que obtivemos uma relação positiva e significativa, com uma intensidade alta, entre as subescalas *Identidade* e *Resposta emocional*. Também verificamos que os sujeitos que têm maior *percepção de controlo* sobre a sua condição experienciam menos sintomas, corroborando também encontrados por Chen e colaboradores (2011). Observamos também que quanto mais negativas são as crenças relativas às consequências da HTA, mais sintomas os sujeitos experienciam, mais se preocupam com a sua condição, e mais se sentem afetados emocionalmente por terem HTA. Verificamos também que não encontramos nenhuma relação significativa entre a adesão ao tratamento e outras variáveis, e deduzimos que deve-se ao facto da adesão ao tratamento ter sido muito elevada em todas as variáveis.

Ao realizar a análise de comparação entre os grupos, verificamos que os sujeitos do género masculino têm uma maior compreensão da sua condição clínica, comparativamente ao do género feminino. Verificamos também que os sujeitos que tem entre 30-59 anos percebem maiores consequências acerca da HTA e têm sentimentos mais negativos face à HTA do que os sujeitos com 60-69 anos. Concluímos também que os sujeitos com mais habilitações literárias percebem mais consequências acerca da HTA. Também concluímos que os sujeitos do género feminino têm mais hábitos de saúde, comparativamente aos do género masculino, e que os sujeitos com idades compreendidas entre 60-69 anos têm significativamente mais hábitos de saúde do que os sujeitos com idade compreendida entre os 30-59 anos. Observamos que os sujeitos que não têm familiares com DCV estão mais satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação, comparativamente aos que não têm ou desconhecem se têm familiares com DCV, e os que têm mais habilitações literárias também se encontram mais satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação.

## **6. Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações para o Futuro**

No presente estudo predominaram utentes do género masculino (65%), e verificamos uma grande amplitude relativamente à idade, pois encontramos sujeitos com idades compreendidas entre os 30 e os 81 anos, o que comprova o que a literatura científica vem apontando, ou seja, que a HTA é uma condição mais predominante no género masculino e que pode afetar todas as idades. Também verificamos que a HTA não é uma condição que está restrita a classes sociais, pois, no nosso estudo, encontramos sujeitos com diferentes habilitações literárias e diferentes estatutos profissionais. Também podemos concluir que os sujeitos têm uma componente ativa na prevenção e tratamento da HTA. Segundo Martins (2012) e Dishman (1982), a prática de exercício físico, a diminuição do peso corporal, a diminuição de bebidas alcoólicas e diminuição do consumo de tabaco são fatores preponderantes na prevenção e tratamento da HTA, comportamentos que foram encontrados na presente amostra. Assim, caso os sujeitos sejam ativos e sigam estas recomendações, a redução da pressão arterial pode ser facilitada.

Concluimos que os sujeitos da presente amostra acreditam que a HTA é uma condição crónica que irá durar para toda a vida e que são afetados emocionalmente por padecerem desta condição, o que faz com que se preocupem por serem hipertensos, mas acreditam que os tratamentos propostos vão ser eficazes para tratar a sua condição clínica. Acreditam que a HTA não é uma condição que provoque muitas consequências, sentem poucos sintomas associados, e não sentem muito controlo sobre a sua condição, e não revelaram terem uma compreensão elevada face à HTA,

Como apontado anteriormente, a adesão ao tratamento inclui vários fatores, como adesão à ingestão da medicação, adesão aos hábitos de saúde, e cumprimento das recomendações médicas. Verificamos no nosso estudo que a adesão ao tratamento é elevada, pois os sujeitos tinham uma boa adesão à medicação, a maioria cumpriu, na semana anterior à recolha de dados, as recomendações médicas e tinham bons hábitos de saúde (cuidado com a alimentação, diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas e diminuição do consumo de tabaco). Assim, podemos perceber que o trabalho que tem sido realizado em Portugal, e que segundo Pinto (2013) é direcionado para a prevenção e tratamento da HTA, tem tido efeitos positivos.

Verificamos que os conhecimentos acerca da HTA são elevados em vários aspectos, principalmente quanto ao tratamento. Os sujeitos têm consciência do que é necessário fazer para diminuir a pressão arterial e da importância da adesão ao tratamento nos seus múltiplos aspectos. Verificamos também que os sujeitos encontram-se satisfeitos com a informação recebida acerca da medicação, ainda que tenham referido que podem ser melhor informados em certos aspectos, nomeadamente nos efeitos secundários provocados pela medicação. Ainda assim, a satisfação com a informação recebida acerca da medicação é positiva.

Algumas limitações metodológicas foram identificadas neste estudo, e devem por esse motivo ser apontadas e consideradas na interpretação dos resultados.

Devemos referir que, como a amostra foi selecionada em dois Centros de Saúde da região do Minho, deve-se ter em consideração as características sociais e culturais dessa região, devendo-se ter precaução em generalizar os resultados obtidos para outras regiões do país. Achamos também que devemos ser cautelosos quanto à validade externa, pois por não termos utilizado nenhuma técnica probabilística de amostragem, a amostra não é considerada significativa para se fazer algum tipo de extrapolação ou generalização dos resultados para fora do seu universo. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com uma representatividade geográfica mais alargada.

Outras limitações devem ser apontadas, relacionadas com os instrumentos de avaliação utilizados. A inexistência de um instrumento de avaliação dos conhecimentos acerca da HTA nos hipertensos conduziu à necessidade de desenvolver um instrumento exploratório. Ainda que se tenha obtido um *alpha de Cronbach* de .74, considerado aceitável, seria mais adequado utilizar um instrumento validado para a nossa população, cujos dados tivessem sido submetidos a procedimentos mais rígidos cientificamente. Ainda assim, como não foi nosso propósito validar o instrumento, consideramos um instrumento exploratório adequado. Também devemos ter precaução na interpretação dos resultados obtidos, já que os dados foram recolhidos nos Centros de Saúde aquando as consultas com o médico de família, e por isso pode estar presente a variável da desajustabilidade social. É importante também referir que este estudo, à semelhança de outros estudos sobre adesão terapêutica, resulta numa visão incompleta da real dimensão da não adesão, pois os participantes foram pessoas que frequentam o Centro

de Saúde para serem consultados pelos profissionais que nele exercem funções, e é necessário salientar que os doentes que menos aderem não recorrem ao aconselhamento profissional, pelo que frequentemente não participam nestes estudos.

Por último, achamos pertinente realçar as diferenças encontradas no número de participantes do género masculino e feminino, pois devíamos ter uma amostra mais homogénea relativamente ao género.

O presente estudo fornece algumas implicações para a investigação futura. Como já foi possível referir, seria importante que estudos futuros utilizassem uma amostra aleatória e com uma maior representatividade geográfica. Ainda que se verifique nos estudos de Macedo e colaboradores (2007) e Polónia e colaboradores (2013) que os dados foram recolhidos a nível nacional, estes estudos dedicam-se a investigar a prevalência, controlo e tratamento da HTA. Relativamente às investigações dedicadas à avaliação dos conhecimentos, das representações cognitivas e adesão terapêutica, os estudos dedicam-se a uma área geográfica específica que pode ser redutora.

Os dados encontrados no estudo de associação entre as variáveis bem como da variação dos resultados, sugerem que as variáveis crenças, idade, género e escolaridade, devem assumir um papel importante no delinear de planos de intervenções futuras adequados às necessidades específicas destes grupos.

Apesar de termos utilizado questionários que avaliam a satisfação dos sujeitos com a informação recebida acerca da medicação, que avaliam os conhecimentos acerca da HTA, e as representações cognitivas, pensamos que é importante avaliar outras variáveis que influenciam a adesão terapêutica. Como se sabe, influenciar o comportamento das pessoas e motivá-las para o tratamento não é algo fácil. Desta forma sugerimos que estudos futuros investiguem de forma mais aprofundada as variáveis motivacionais implicadas na adesão terapêutica. Acreditamos que uma investigação qualitativa pode ser benéfica neste sentido, já que este tipo de investigação assume uma perspetiva holística integrativa, tentando examinar e incluir os valores subjacentes e o contexto como partes integrais do fenómeno em estudo, ao contrário das investigações quantitativas que isolam o contexto para tentar controlar as variáveis (Chamberlain, Stephens, & Lyons, 1997).

### Referências Bibliográficas

- Annamalai, C., Govindaraja, C. & Chandramouli, C. (2011). Prevalence, awareness and control of hypertension in estate workers in Malasya. *North American Journal of Medical Sciences*, 3, 540-543.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bishop, D. & Converse, A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Boyle, C. (1970). Differences between patients' and doctors' interpretations of common medical terms. *British Medical Journal*, 2, 286-289.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness perception Questionnaire. *Journal of Psychomatic Research*, 60, 631-637.
- Bryson, C., Au, D., Sun, H., Williams, E., Kivlahan, D. & Bradley, K. (2008). Alcohol screening scores and medication nonadherence. *Annals of Internal Medicine*, 149, 795-804.
- Chamberlain, K., Stephens, C. & Lyons, A. (1997). Encompassing experience: meanings and methods in health psychology. *Psychology and Health*, 12, 691-700.
- Chen, S., Tsai, J. & Chou, K. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235-245.
- Delgado. & Lima. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100.

- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Direção Geral da Saúde (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Obtido em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?back=1&mid=5005&codigono=7467>
- Dishman, R. (1982). Compliance/Adherence in Health-Related Exercise. *Health Psychology*, 1, 237-267.
- Dusing, R., Weisser, B., Mengden, T. & Vetter, H. (1998). Changes in hypertensive therapy-the role adverse effects and compliance. *Blood Press*, 7, 313-315.
- Ekwunife, O., Udeogaranya, P. & Nwatu, I. (2010). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a Nigerian population. *Health*, 2, 731-735.
- ESH. (2007) Guidelines for the Management of Arterial hypertension. *The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. European Society of hypertension. Obtido em <http://www.eshonline.org/Guidelines/ArterialHypertension.aspx>
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Otimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Figueiras, M. (2006). Psicologia da doença vs. Psicologia da saúde: A relevância dos modelos de senso-comum. In I. Leal (Eds.), *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (99-116). Coimbra: Quarteto.

- Figueiras, M., Marcelino, D., Claudino, A., Cortes, M., Maroco, J. & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology and health*, 25, 507-517.
- Foulkes, J., Johnston, M. & Robertson, C. (1993). Knowledge and distress. Implications for Cardiac Recovery Programmes. In J. Wilson-Barnett & J. Clark (Eds.), *Research in Health Promotion and Nursing* (p. 197-203). London: the McMillan Press.
- Frosch, D., Kimmel, S. & Volpp, K. (2008). What role do Lay Beliefs About Hypertension Etiology Play in Perceptions of Medication Effectiveness. *Health Psychology*, 27(3), 320-326.
- Garko, B., Ogunsina, M. & Danbauchi, S. (2005). Sexual dysfunction in hypertensive patients: implications for therapy. *Annals of African Medicine*, 4(2), 46-51.
- Guessous, I., Bochud, M., Theler, J. Gaspoz, J. & Pechère-Bertschi. (2012). 1999-2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland. *Plos One*, 7, 1-9.
- Handler, C. (2004). *Guia Prático de Cardiologia nos Cuidados Primários*. Lisboa: Climepsi.
- Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao, X. (2008). Intervention for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Obtido em [http://www.sefap.it/servizi\\_letteraturacardio\\_200807/CD000011.pdf](http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf)
- He, H. & Whelton, P. (2000). Long-term effects of weight loss and dietary sodium restriction on incidence of hypertension. *Hypertension*, 35, 544-549.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R. & Morgan, M. (2005). Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking. (Report NCCSDO).

Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). Classificação Profissional de Profissões – CNP. Obtido em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

Iskedijan, M., Einarson, T., MacKeigan, L., Shear, N., Addis, A., Mittmann, L. & Ilersich, A. (2002). Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 24, 302-316.

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.

Jokisalo, E., Kumpusalo, E., Enlund, H. & Takala, J. (2001). Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*, 15, 755-761.

Kaplan, R. & Schub, T. (2012). Hypertension: Alternative Therapies. *Cinahl*, 1, 1-2.

Kyngas, H. & Lahdenpera, T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factor. *Journal of Advanced Nurse*, 29, 832-839.

Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.

Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum., A. Revenson. & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (p. 19-47). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with illness threats. In A. Baum & J. Singer (eds). *A Handbook of psychology and Health. Volume 4: Social psychological aspects of health* (p. 219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Lopes, E., Alarcão, V., Fernandes, M., Nicola, P. & Rocha, E. (2010). *Crenças sobre a Medicação Anti-Hipertensora e o Controlo da Pressão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários* apresentada no II Congresso Nacional de Saúde Pública. Porto, Portugal.
- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, 21-39.
- Marivoet, S. (1998). *Aspetos sociológicos do desporto*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Matos, Y., Alfonso, L. & Vea, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 1-8
- Mbouemboue., O, Yiagnigni, E., Koon, A., Cacko, J. & Ndobu, P. (2012). Determinants of hypertension awareness and treatment among patients under cardiology follow-up in a Cameroonian Regional Hospital. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(9), 1663-1672.
- Meneton, P., Jeunemaitre, X., de Wardener, H. & MacGregor, G. (2005). Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiological Reviews*, 85, 679-715.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.

Nguyen, T. Muzyk, T. (2009, Dezembro 15). Hypertension: Promoting Adherence When a Condition is “Silent”. *Pharmacy Times*. Obtido de <http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2009/December2009/CounselingHypertension-1209>

Odgen, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Oliveira-Martins, S., Oliveira, T., Gomes, J., Caramona, M. & Cabrita, J. (2011). Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista Saúde Pública*, 45(1), 136-144.

OMS (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Obtido em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)

OMS (2012). *World health Report: reducing risk, promoting healthy life*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Obtido em <http://www.who.int/whr/2002/en/>

OMS (2013). *World Health Day 2013: calls for intensified efforts to prevent and control hypertension*. Organização Mundial de Saúde. Obtido em <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2013/whd2013story/en/index.html>

Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 325, 487-497.

Pereira, M. & Roios, E. (2011). Crenças e ajustamento psicossocial à doença. *Psicologia na Actualidade*, 3, 36-47.

- Péres, D., Magna, J. & Viana, L. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista Saúde Pública*, 37, 635-642.
- Petrie, K. & Weinman, J. (2006). Why Illness Perception Matter. *Clinical Medicine*, 6, 536-539.
- Phillips, L., Leventhal, H. & Leventhal, E. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17, 244-257.
- Pinto, F. (2013). *Prevalência da Hipertensão Arterial e Consumo de Sal em Portugal – Estudo PHYSA* apresentado no VII Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global. Tivoli Marinotel, Vilamoura, Portugal.
- Pires, C. & Mussi, F. (2008). Crenças em saúde para o controlo da hipertensão arterial. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13, 2257-2267.
- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F. & Nazaré, J. (2013). Prevalência da Hipertensão Arterial e Consumo de Sal em Portugal – Estudo PHYSA. *Revista Portuguesa de Hipertensão e risco Cardiovascular*, 34, 8-10.
- Prior, C., Baía, H., Martins, M., Lopes, T. & Vieira, R. (2001). Hipertensos: Que conhecimentos? Que atitudes?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17, 47-55.
- Puddey, I., Beilin, L. & Vandongen, R. (1987). Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet*, 1, 647-651.

- Quine, L., Steadman, L., Thompson, S. & Rutter, D. (2012). Adherence to anti-hypertensive medication: proposing and testing a conceptual model. *British Journal of Health Psychology*, 17, 202-219.
- Ramalhinho, V. (2006). Classificação da pressão arterial. Prevalência da HTA. Recomendações (JNC 7 e ESH-ESC 2003). In J. Polónia, J. Carmona & J. Saavedra (Eds.), *A Hipertensão Arterial na Prática Clínica* (p. 11-15). Lisboa: Cortex.
- Ramalhinho, V. (2012). Definição, classificação, história natural e epidemiologia. In J. Nazaré & B. Nogueira (Eds.), *Hipertensão Arterial: Noções Práticas de Clínica e Terapêutica* (p. 7-22). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ross, S., Walker, A. & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Sá, E. (2013). O assassino silencioso. *Postgraduate Medicine* (Edição Portuguesa), 39(4), 1.
- Saleem, F., Hassali, M., Shafie, A., Awad, A. & Bashir, S. (2011). Association between Knowledge and drug Adherence in patients with Hypertension in Quetta, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 10(2), 125-132.
- Silva, J., Morgado, M. & Almeida, A. (2012). *Estudo da relação entre o controlo da tensão arterial e a adesão à medicação anti-hipertensora numa população hipertensa* apresentada no VII Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global. Vilamoura, Portugal.
- Sousa, I. (2005). *A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto.

- Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Trovisqueira, A. (2007). *Impacto de uma Intervenção Informativa baseada na Teoria das Cognições de Doença, em Doentes no Pós-Enfarte do Miocárdio*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Vita, A. (1999). *Comunicação médico-paciente: Importância da comunicação e satisfação com a consulta médica para a população-utente em geral*. Tese de Mestrado, ISPA.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health, 11*, 431-445.

## **Anexos**

---

## ANEXO I

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO:

**REPRESENTAÇÕES COGNITIVAS, CONHECIMENTOS ACERCA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, SATISFAÇÃO COM A INFORMAÇÃO ACERCA DA MEDICAÇÃO, E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Esta investigação é realizada na USF S. Nicolau e UCSP-Travassós, ACES Alto-Ave. Insere-se no âmbito do estágio do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga.

Os dados serão recolhidos através de questionários, tendo como principal finalidade aprofundar o conhecimento científico sobre as crenças e os conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, a satisfação com a informação recebida acerca da medicação e a adesão terapêutica em utentes hipertensos. Para participar neste estudo é necessário apenas que se encontre a ser atendido nas consultas de hipertensão na USF S. Nicolau ou UCSP-Travassós e que preencha alguns questionários.

A sua participação é voluntária e os dados são confidenciais. O anonimato será mantido. Os dados recolhidos são exclusivamente para uso de investigação.

Não há custos associados à sua participação nesta investigação. Caso não pretenda participar não haverá qualquer prejuízo.

Este estudo foi aprovado pela ARS Norte, pela Universidade Católica Portuguesa de Braga e pela USF S. Nicolau e UCSP – Travassós.

Muito obrigado pela sua participação.

Ricardo Praça. Estagiário na URAP do Centro de Saúde da Amorosa, Guimarães, ACES Alto-Ave.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: .....

## ANEXO II

## Questionário de Crenças sobre a doença

(Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa: McIntyre, Araújo-Soares, Trovisqueira, 2004)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

<b>Até que ponto acha que a sua doença afecta a sua vida?</b>				
0	1	2	3	4
Não afecta nada				Afecta gravemente a minha vida
<b>Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?</b>				
0	1	2	3	4
Muito pouco Tempo				Para sempre
<b>Até que ponto sente controlo sobre a sua doença?</b>				
0	1	2	3	4
Nenhum controlo				muitíssimo controlo
<b>Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a sua doença?</b>				
0	1	2	3	4
Não vai ajudar nada				Vai ajudar muitíssimo

Este instrumento não pode ser reproduzido na totalidade devido à necessidade de autorização para sua utilização.

## ANEXO III

**QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SAÚDE**  
**Teresa McIntyre, José Luís Gouveia, Vera Soares, Graça Pereira, 2001**

Este questionário pretende avaliar hábitos de saúde, relacionados com a hipertensão arterial. Agradecemos que responda às questões que se seguem com a máxima precisão e sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas. Nas questões com mais de uma hipótese de resposta, coloque uma cruz na que se aplica a si. As suas respostas são confidenciais, sendo apenas utilizadas pelos autores para fins de investigação.

**1. Nesta última semana seguiu as recomendações feitas pelo seu médico?**Sim  Não 

a) Quais?

---

---

---

**2. Na última semana comeu alimentos ricos em gorduras?**

- a) Todos os dias
- b) Quase todos os dias
- c) Às vezes
- d) Raramente
- e) Nunca

**Este instrumento não pode ser reproduzido na totalidade devido à necessidade de autorização para sua utilização.**

## ANEXO IV

**Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001)***Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

**Este instrumento não pode ser reproduzido na totalidade devido à necessidade de autorização para sua utilização.**

## ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E DE  
CONHECIMENTOS ACERCA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

## PARTE I – DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_\_

## 1. Sexo:

a) Masculino b) Feminino 

## 2. Estado civil:

a) Solteiro b) Casado c) Divorciado d) Viúvo e) Outro 

## 3. Habilitações literárias:

a) Não frequentou a escola b) Ensino primário c) 6º ano d) 9º ano e) 12º ano f) Ensino superior 

**Este questionário não pode ser reproduzido na totalidade devido à necessidade de autorização para sua utilização.**