

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**DISSERTAÇÃO**

Dissertação de Mestrado orientada pela  
Professora Doutora Cândida Pinto  
e coorientada pela  
Professora Fernanda Bastos

**Elizabeth da Conceição Leite da Costa**

Porto | 2012

## AGRADECIMENTOS

Os meus primeiros agradecimentos são para a minha Mãe (Deolinda Leite Teixeira Costa) e para o meu Pai (Fernando Faria Costa), pelo enorme estímulo e sincero apoio sempre encorajador, que senti ao longo da minha vida profissional, pelo seu exemplo e pelos valores transmitidos.

À Prof<sup>a</sup> Cândida Pinto e à Prof<sup>a</sup> Fernanda Bastos, na qualidade de minha orientadora e coorientadora científica respetivamente, a minha gratidão pela total disponibilidade, empenho, incentivo, paciência, ensinamentos preciosos, orientação, rigor crítico e sobretudo por terem acreditado que eu seria capaz de realizar este estudo. Estou grata a ambas para sempre.

Os meus agradecimentos à Dr.<sup>a</sup> Maria João Lima e à Enf.<sup>a</sup> Zulmira Sousa, pela autorização e apoio concedidos na aplicação dos questionários, na Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital S. João. Também não posso deixar de salientar o papel dos participantes que amavelmente acederam colaborar neste trabalho e que contribuíram para que o estudo pudesse ser realizado.

À Maria Manuela Fonseca agradeço a disponibilidade, dedicação e pontualidade no processamento de texto.

À Anabela Pinto Silva e Renata Adelaide Lopes dos Santos obrigado pela sensibilidade às inquietações, dificuldades e angústias vividas na construção desta dissertação.

A todos aqueles que não mencionei, mas que deram o seu contributo, amizade e sabedoria, e que sofreram um pouco comigo ao longo destes dois anos, o meu muito obrigado!

## SIGLAS

AHA *American Heart Association*

AVC Acidente Vascular Cerebral

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DALY *Disability Adjusted Life Years*

DASH *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DGS Direção Geral de Saúde

DM Diabetes *Mellitus*

DM2 Diabetes *Mellitus tipo 2*

€ Euros

EHN *European Heart Network*

ESC *European Society Cardiology*

ESH *European Society of Hypertension*

EUA Estados Unidos da América

HDL *High Density Lipoprotein*

HTA Hipertensão Arterial

ICN *International Council of Nurses*

IECA Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

IMC Índice de Massa Corporal

INE Instituto Nacional de Estatística

INTERSALT International Study of Salt and Blood Pressure

LDL *Low Density Lipoprotein*

*M Mean Rank*

MAR Modelo de Auto regulação

MCS Modelo de Crenças de Saúde

MONICA *Monitor Trends in Cardiovascular Disease*

OMS Organização Mundial de Saúde

PA Pressão Arterial

SNC Sistema Nervoso Central

SNS Serviço Nacional de Saúde

SPSS *Statistical Program for the Social Science*

TAR Teoria da Ação Racional

TCP Teoria do Comportamento Planeado

UE União Europeia

VALSIM Estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome Metabólica na População Portuguesa

WHO *World Health Organization*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. Hipertensão Arterial .....	14
1.1.1. <i>Definição</i> .....	15
1.1.2. <i>Complicações</i> .....	18
1.1.3. <i>Regime Terapêutico</i> .....	20
1.1.4. <i>Magnitude Do Problema</i> .....	43
1.1.5. <i>Prevenção Da Hipertensão Arterial</i> .....	52
1.2. Adesão Terapêutica.....	53
1.2.1. <i>Definição De Adesão</i> .....	54
1.2.2. <i>A Magnitude Do Problema Da Adesão/Não Adesão</i> .....	57
1.2.3. <i>Fatores Determinantes Da Adesão</i> .....	61
1.2.4. <i>Modelos Teóricos De Mudança Comportamental</i> .....	78
1.3. A Teoria Das Transições E A Pessoa Com Doença Crónica .....	89
1.3.1. <i>A Transição Saúde/Doença Na Pessoa Com Hipertensão Arterial</i> .95	
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	100
2.1. Justificação Do Estudo.....	100
2.2. Objetivos Do Estudo.....	102
2.3. Finalidade Do Estudo.....	102
2.4. Desenho Do Estudo .....	103
2.5. Contexto Do Estudo .....	104
2.6. População De Acesso E Amostra Do Estudo .....	104
2.7. Instrumento De Recolha De Dados .....	105
2.8. Variáveis E Sua Operacionalização.....	107
2.9. Procedimentos Para Análise Dos Dados .....	108
2.10. Procedimentos Éticos .....	109
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	111
3.1. Relações Entre Variáveis Sociodemográficas E Adesão Terapêutica	127

3.2. Adesão Global Ao Regime Terapêutico E Suas Dimensões .....	131
3.2.1. <i>Relação Entre A Adesão Ao Regime Terapêutico E Razões Da Não Adesão</i> .....	131
3.2.2 <i>Relação Entre A Adesão Ao Regime Terapêutico E As Dificuldades Sentidas No Cumprimento Das Recomendações</i> .....	135
CONCLUSÃO .....	137
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	140
ANEXOS.....	173
Anexo I - Instrumento de colheita de dados .....	174
Anexo II - Operacionalização das variáveis do instrumento de colheita de dados .....	180
Anexo III - Autorização da autora que elaborou o instrumento de colheita de dados.....	189
Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital S. João.....	191
Anexo V - Autorização dos diretores de serviço da Medicina Interna e consulta de Hipertensão Arterial do Hospital S. João.....	193
Anexo VI -Autorização do Conselho de Administração do Hospital S. João .....	196
Anexo VII - Consentimento Informado .....	198

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Classificação da Pressão Arterial em adultos com idade superior ou igual a 18 anos, segundo a DGS.....	17
TABELA 2: Classificação da Pressão Arterial em adultos com idade superior ou igual a 18 anos, segundo ESC/ESH.....	17
TABELA 3: Distribuição absoluta e percentual dos dados sociodemográficos da amostra .....	112
TABELA 4: Distribuição absoluta e percentual da amostra por grupo profissional .....	113
TABELA 5: Distribuição absoluta e percentual da adesão a cada item da alimentação .....	118
TABELA 6 - Distribuição absoluta e percentual da adesão a cada item do exercício físico.....	119
TABELA 7: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à alimentação .....	123
TABELA 8: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao exercício físico.....	124
TABELA 9: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao álcool.....	124
TABELA 10: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao uso do tabaco .....	125
TABELA 11: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à medicação .....	126
TABELA 12: Distribuição absoluta e percentual das dificuldades sentidas no cumprimento do regime terapêutico .....	126

TABELA 13: Correlação de <i>Spearman</i> entre <i>score</i> global da adesão ao regime terapêutico e cada uma das dimensões (componentes do regime terapêutico) .....	131
TABELA 14: Resultados do teste de U de <i>Mann Whitney</i> entre <i>score</i> de adesão ao regime de alimentação e razões de não adesão .....	132
TABELA 15: Resultados do teste U de <i>Mann Whitney</i> entre <i>score</i> de adesão às recomendações da prática de exercício físico e as razões de não adesão .....	133
TABELA 16: Resultados do teste U de <i>Mann Whitney</i> entre o <i>score</i> de adesão às recomendações face ao consumo de álcool e razões da não adesão ...	133
TABELA 17: Resultados do teste U de <i>Mann Whitney</i> entre o <i>score</i> às recomendações da cessação do tabaco e as razões de não adesão .....	134
TABELA 18: Resultados do teste U de <i>Mann Whitney</i> entre <i>score</i> às recomendações da medicação e as razões de não adesão .....	135
TABELA 19: Resultados do teste U de <i>Mann Whitney</i> entre <i>score</i> médio de adesão da alimentação, do exercício físico, da medicação, da diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e da suspensão do hábito de fumar e a dificuldade de aderir a estas recomendações .....	136

## LISTA DE FIGURA

FIGURA 1: Modificações dos estilos de vida recomendados para a diminuição do risco cardiovascular .....	22
---	----

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo. O principal fator de risco deste grupo de doenças é a hipertensão arterial (HTA), constituindo um importante problema de saúde pública. A presença de outros fatores de risco como a dislipidemia, a obesidade, a diabetes *mellitus* (DM), o tabagismo, entre outros, potencia o seu efeito deletério contribuindo para o risco cardiovascular.

O trabalho aqui apresentado tem como objetivo central avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico instituído em pessoas com HTA.

A metodologia seguida teve em conta os objetivos do estudo. Optamos por um estudo descritivo, correlacional e transversal, com uma abordagem quantitativa.

A amostra foi constituída por 115 pessoas portadoras de HTA que frequentavam a consulta de Hipertensão Arterial do Hospital S. João em que aplicamos um instrumento de colheita de dados já utilizado por Sousa (2005). Para o tratamento de dados recorreremos à estatística descritiva e inferencial com auxílio do programa estatístico SPSS (versão 18.0).

Os resultados obtidos no estudo evidenciam diferenças de acordo com a idade, sexo e situação profissional dos participantes.

Os participantes com idades inferiores a 45 anos aderem às recomendações para a cessação do uso de tabaco e para a prática de exercício físico. Os participantes com mais de 65 anos evidenciam uma maior preocupação em reduzir o consumo de álcool. Por outro lado, as mulheres apresentam níveis de adesão elevados no que diz respeito às restrições do consumo de tabaco, álcool e prática de exercício físico. Já os reformados apresentam uma adesão elevada nos comportamentos de saúde: alimentação e na redução do consumo de álcool.

Palavras-Chave: Adesão, Hipertensão, Tratamento

## ABSTRACT

Cardiovascular diseases are a leading cause of mortality and morbidity worldwide. Arterial hypertension represents the strongest risk factor for cardiovascular disease and it is an important health problem. Several risk factors such as dyslipidemia, obesity, diabetes, tobaccoism and others have identified as important contributors that can explain the raise in this condition for a cardiovascular risk.

The purpose of this study is to evaluate the level of adherence to the therapeutic regimen by patients with arterial hypertension.

In order to accomplish the goal, a study was delineated which is descriptive, correlational and transversal with a quantitative methodology. The sample was composed of 115 people with arterial hypertension and the research was carried out at Consulta de Hipertensão do Hospital S. João with an instrument already used by Sousa (2005).

We performed statistical analysis (descriptive and inferencial statistic) using statistic programme SPSS (version 18.0).

The obtained results showed differences according to age, gender and professional status of patients.

Patients with less 45 years followed the recommendations to stop smoking and practice physical exercise. People over 65 years old were worried to restrict the consumption of alcohol. Women had a better level of adherence in restrain the use of tobacco, alcohol and practice physical exercise. Diet and decrease the use of alcohol were the therapeutic regimen's aspects having highest levels of adherence in retired people.

Key words: Adherence, Hypertension, Treatment

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos, atingindo cerca de 30% de óbitos na população mundial (WHO, 2009). Juntamente com o tabagismo, diabetes *mellitus* (doravante DM) e dislipidemia, a hipertensão arterial (doravante HTA) constitui um fator de risco *major* para o desenvolvimento destas doenças (Lima *[et al]*, 2010).

O risco de ocorrência de eventos cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral (doravante AVC), doença coronária ou morte súbita, encontra-se diretamente relacionado com os níveis de pressão arterial (doravante PA) e reduz-se através do controlo da mesma (Lima *[et al]*, 2010).

O controlo da HTA é conseguido através de uma gestão eficaz de um regime terapêutico farmacológico e/ou não farmacológico. Este último consiste numa mudança no estilo de vida como a prática de exercício físico, alimentação saudável, entre outros, exigindo às pessoas hipertensas um controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento (Contiero *[et al]*, 2009).

A não adesão ao tratamento contribui de forma significativa para o descontrolo da tensão arterial e, conseqüentemente, para o aparecimento de complicações clínicas, com aumento dos custos para as entidades governamentais da saúde e para a família, em virtude dos encargos sociais e dos custos com os medicamentos, tratamentos e cuidados adequados (Dosse *[et al]*, 2009).

Contudo, a HTA está longe de ser controlada, independentemente dos avanços científicos sobre a etiopatogenia, tratamento e prevenção. A não adesão ou a baixa adesão ao regime terapêutico prescrito foi identificada como sendo a principal causa de falta de controlo da doença (WHO, 2003). Por outro lado, a cronicidade da doença, à qual se associa a ausência de sintomatologia, também, pode dificultar a adesão devido à continuidade do tratamento e à não consciencialização da doença (Coelho & Nobre, 2006).

A problemática da adesão/não adesão das pessoas aos regimes terapêuticos é de primordial importância, uma vez que influencia grandemente a eficácia do

tratamento, o controlo da doença, a qualidade de vida da pessoa e os custos relacionados com a saúde (Sousa, 2005). A adesão ao regime terapêutico é determinante para a eficácia do tratamento, para além dos evidentes benefícios clínicos, sociais e económicos. A não adesão envolve custos, um aumento do risco clínico e, por conseguinte, um aumento da mortalidade e da morbilidade (WHO, 2009).

Perante esta realidade, que toma proporções inquietantes e comprometedoras da saúde das pessoas, optamos por estudar a problemática da adesão/não adesão das pessoas com HTA ao regime terapêutico prescrito. Esta motivação surgiu do interesse que esta temática nos suscita, e por considerarmos que os profissionais de enfermagem têm nesta área uma ação profissional importante e capaz de produzir ganhos em saúde.

O contacto, através da nossa vivência e experiência profissional, com pessoas hipertensas levou-nos a constatar reinternamentos frequentes devido ao surgimento de sinais e sintomas provocados pela doença e ao agravamento dos mesmos com complicações clínicas. A colheita de dados permite-nos inferir que a adesão ao regime terapêutico é baixa ou inexistente e, que por sua vez, está associada claramente, à não perceção de suscetibilidade da doença por parte da pessoa. Tudo isto contribuiu para o interesse por esta área temática.

Considerando a importância do regime terapêutico no controlo da HTA e os consequentes riscos da não adesão importa desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão ao tratamento recomendado. Neste sentido, os profissionais de enfermagem são indispensáveis na melhoria do estado de saúde dos indivíduos, quer na manutenção ou obtenção de comportamentos saudáveis, quer aquando de situações de doença dirigindo-se à obtenção do bem-estar ou à promoção da independência. Daí a importância da enfermagem na prestação de cuidados de excelência, com repercussão ao nível dos ganhos que as pessoas e o sistema de prestação de cuidados de saúde podem obter com a sua contribuição.

Com este estudo, pretendemos contribuir para o conhecimento sobre a problemática da adesão do regime terapêutico numa amostra de pessoas com HTA potenciando a melhoria dos cuidados em saúde nas mesmas.

Para uma melhor compreensão e sistematização, este estudo será estruturado da seguinte forma: iniciaremos pelo quadro teórico no sentido de explorar o estado da arte no que se reporta à HTA e adesão ao regime terapêutico, tendo por base, os modelos teóricos de mudanças de

comportamento. De seguida, abordaremos os aspetos metodológicos adotados para a realização desta investigação; descreveremos e fundamentaremos as opções tomadas no caminho da investigação, tendo em conta a problemática definida. Posteriormente, apresentaremos os resultados e procederemos à sua interpretação tendo por base o quadro teórico. Por último, efetuaremos uma síntese das ideias mais relevantes emergente desta investigação, sendo estas analisadas numa perspetiva de transferibilidade para a prática e eventualmente como potenciadoras de novas investigações.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo iremos proceder a uma análise do estado da arte no que concerne às áreas estruturantes da problemática em estudo. Assim, debruçar-nos-emos sobre o conceito, consequências, tratamento e prevenção de HTA, para posteriormente abordar a problemática da gestão/adesão com o intuito de compreender as causas de determinadas respostas humanas do portador de HTA à adesão do regime terapêutico.

### 1.1. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é considerada como um dos principais problemas de saúde pública, que o mundo atual enfrenta pela magnitude da sua prevalência, risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e dificuldades no seu controlo (Williams *[et al]*, 2004; Sousa, 2005; Mancia *[et al]*, 2007). É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares nomeadamente, o AVC e o enfarte agudo do miocárdio (Polónia *[et al]*, 2006).

A HTA pode coexistir com outros fatores de risco cardiovasculares, como o consumo de tabaco, DM, dislipidemia, sedentarismo e obesidade, que agravam ainda mais o risco de doença cardiovascular (WHO, 2003) e que aumenta, consequentemente, de forma significativa, o risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular (Carrageta, 2005).

Os países desenvolvidos apresentam elevadas taxas de morbi-mortalidade cardiovascular que estão diretamente relacionadas com a elevada prevalência da

HTA nesses países (Carrageta, 2005; Coelho & Nobre, 2006; Cortez\_Dias *[et al]*, 2009; Martins, 2009; Pereira, 2010).

O diagnóstico e controlo da HTA assume particular importância, uma vez que a HTA é a principal causa de incapacidade, perda de qualidade de vida e de morte prematura. A sua ocorrência conduz também a um maior consumo de recursos nos sistemas de saúde implicando elevados custos: consumo de medicamentos, exames complementares de diagnóstico, entre outros (WHO, 2003).

Os ganhos alcançados pelo eficaz controlo da HTA são elevados, reduzindo-se cerca de 28-44% no risco de AVC, de 20-35% no de doença isquémica cardíaca e mais de 50% na insuficiência cardíaca (Chobanian *[et al]*, 2003; Ashworth *[et al]*, 2008), o que reforça a necessidade de deteção precoce e de seguimento adequado da HTA.

No entanto, apesar do controlo da doença ser possível e essencial, dos enormes progressos no diagnóstico e dos benefícios comprovados em cumprir o tratamento proposto, verifica-se uma baixa taxa de controlo e de adesão ao regime terapêutico recomendado (Sharima *[et al]*, 2004; Medeiros, 2006; Lima *[et al]*, 2009; Martins, 2009).

Por conseguinte, assiste-se a uma preocupação crescente e premente por parte dos governos, das comunidades científicas nacionais e internacionais e dos profissionais de saúde, no sentido de mobilizarem esforços e de implementarem estratégias de prevenção, deteção e tratamento para diminuir a sua prevalência, nas populações “em risco”.

### 1.1.1. Definição

Os valores da PA de cada indivíduo são determinados pela pressão a que o sangue circula nas artérias do organismo, em consequência da ação de bombeamento que o coração efetua a cada pulsação. Assim, de cada vez que o coração se contrai (sístole), o sangue é expelido através da artéria aorta. A pressão máxima atingida durante a expulsão do sangue é a pressão sistólica (pressão máxima). Em seguida, a pressão dentro das artérias vai descendo à

medida que o coração se relaxa. A pressão mais baixa atingida é a pressão diastólica (pressão mínima) (Fauci [et al], 2007; Carrageta, 2008).

A HTA define-se como uma situação clínica em que os valores da pressão arterial estão acima dos limites considerados como normais, ou seja, a pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg (*Guidelines on Hypertension European Society of Hypertension*, 2009).

Na grande maioria das pessoas não se consegue detetar uma causa específica de HTA (90-95%). Nas situações em que não se encontra uma etiologia conhecida à qual se possa atribuir a origem da hipertensão, esta está associada a uma interação entre predisposição genética (história familiar de HTA) e erros no estilo de vida tais como os que conduzem à obesidade, à ingestão excessiva de sal, sedentarismo, entre outros, a hipertensão denomina-se nestes casos de primária, essencial ou idiopática. Nos restantes 5 a 10%, é possível detetar uma causa direta à qual se pode atribuir a origem da elevação da PA designando-se por HTA secundária e pode ser provocada por fármacos ou estar associada a patologia renal, endócrina, vascular ou neurológica (Massie, 2001; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; González [et al], 2005; Carrageta, 2008; Dreisbach & Sharma, 2010).

A HTA é uma doença crónica, multifatorial de deteção quase sempre tardia, devido ao seu percurso assintomático e prolongado. A forma silenciosa com que surge e a ausência de manifestações clínicas, com exceção dos valores de PA elevados, fazem com que o diagnóstico ocorra muito tempo após o início da doença. Os sintomas quando presentes, frequentemente, podem ser atribuídos a outras condições clínicas (Carrageta, 2008).

A relação entre a PA e o risco de doença cardiovascular é uma relação contínua, consistente e independente de outros fatores de risco (Dórea & Lotufo, 2004; Quitério, 2008). A elevação da PA aumenta significativamente a probabilidade de doença isquémica cardíaca, AVC e insuficiência renal (*Guidelines on Hypertension European Society of Hypertension*, 2009).

Numerosos estudos epidemiológicos (inclusive estudos antigos dos quais se salientam os estudos de *Framingham*) demonstraram inequivocamente esta inter-relação entre HTA e doença cardiovascular e, apontaram para uma melhoria do prognóstico relacionado com o tratamento e o controlo deste fator de risco (Kannel [et al], 1961; Stamler [et al], 1993; Macedo [et al], 2005; Mancia [et al], 2007; He [et al], 2010).

Desta forma, surgiu a necessidade de uniformizar os valores da PA (normal e elevado) entre as diversas sociedades científicas com responsabilidades na prevenção e tratamento da HTA (*World Health Organization* (doravante WHO), *European Society of Cardiology* (doravante ESC), *European Society of Hypertension* (doravante ESH)).

Em consonância com as recomendações preconizadas nas *guidelines* internacionais publicadas sobre a HTA (JNC 7, 2003; WHO, 2003) a Direção Geral de Saúde (doravante DGS) elaborou uma circular normativa relativa ao diagnóstico, tratamento e controlo da HTA (2004a) e adotou a seguinte classificação da PA que está descrita na tabela 1.

TABELA 1: Classificação da Pressão Arterial em adultos com idade superior ou igual a 18 anos, segundo a DGS

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e	80-84
Normal Alta	130-139	ou	85-89
Hipertensão Estádio 1	140-159	ou	90-99
Hipertensão Estádio 2	160-179	ou	100-109

Fonte: DGS, 2004<sup>a</sup>

No entanto, as organizações da *European Society of Cardiology/European Society of Hypertension* (ESC/ESH) propuseram outra classificação para a PA, tal como indica a tabela 2:

TABELA 2: Classificação da Pressão Arterial em adultos com idade superior ou igual a 18 anos, segundo ESC/ESH

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Estádio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Estádio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Estádio 3	≥180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica	≥ 140	e	<90

Fonte: ESC/ESH 2007

A evidência atual revela um declínio da PA diastólica e um aumento da PA sistólica nos idosos, portanto, a HTA sistólica isolada emerge como a forma mais comum da HTA em indivíduos com mais de 60 anos (Williams [et al], 2002; Chobanian [et al], 2003).

### 1.1.2. Complicações

Na maioria das vezes, a HTA pode não causar nenhum sintoma (assintomática) até que haja lesões nos vasos sanguíneos e órgãos vitais do organismo: coração, cérebro, rins e olhos (Gomes, 2010). Estas lesões surgem como consequência das alterações vasculares provocadas pelo aumento continuado da PA que se repercutem na diminuição do lúmen das artérias e na perda de elasticidade das mesmas (Sousa, 2005).

Quando a HTA não é tratada, é grande a probabilidade de se desenvolver complicações clínicas como doença cerebrovascular (AVC, acidente isquêmico transitório), doença cardíaca (enfarte agudo do miocárdio, *angor pectoris*, insuficiência cardíaca), doença renal, doença vascular periférica, retinopatia grave e inclusive morte súbita (Polónia [et al], 2006).

A HTA é um dos fatores de risco mais importantes do AVC e do enfarte agudo do miocárdio, juntamente com o consumo de tabaco, os valores elevados de colesterol e a DM (Sousa, 2005). Estudos epidemiológicos comprovaram que a associação da HTA com estes fatores de risco aumenta o risco cardiovascular total (Chobanian [et al], 2003; Gomes, 2006): um indivíduo com HTA possui um risco de dez vezes mais em apresentar um AVC e cinco vezes o de eventos coronários (Torales, 2006).

Por cada aumento de 20 mmHg na tensão arterial sistólica ou de 10 mmHg na tensão arterial diastólica, o risco de morte cardiovascular aumenta para o dobro. Por outro lado, a redução de apenas 2 mmHg na tensão arterial sistólica média reduz em 7% o risco de morte por doença cardíaca isquêmica e em 10% o risco de morte por AVC (Law [et al], 2009; Moreira [et al], 2010). Contudo, e segundo estes mesmos autores, apesar desta relação, a incidência das doenças cerebrovasculares pode diminuir desde que os valores da PA sejam controlados,

através de um tratamento adequado, o que evidencia a grande probabilidade de prevenção destas situações.

O coração é o órgão mais afetado na HTA, pode sofrer hipertrofia do ventrículo esquerdo, acarretando disfunção diastólica e sistólica assim como ocorrer enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e morte súbita (Massie, 2001; Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004; González *[et al]*, 2005).

O sistema nervoso central (doravante SNC) é um dos sistemas alvo da HTA, representando os AVC e a encefalopatia hipertensiva as consequências mais graves. No cérebro, a HTA origina alterações na circulação que estão na origem dos AVC. Por um lado, a HTA contribui para a formação e crescimento da placa aterosclerótica, por outro lado, contribui para a ruptura das artérias cerebrais, com consequente hemorragia para o tecido cerebral, originando a sua destruição (Sousa, 2005). De todos os fatores de risco do AVC, a HTA é aquele que logo a seguir à idade, desempenha o papel mais relevante e aquele onde mais se pode intervir (Cunningham, 2005). A HTA é muito frequente nas pessoas com AVC o que reflete a estreita relação etiológica com esta patologia (Rocha *[et al]*, 2003; Nazaré, 2010). Das pessoas que tiveram AVC (11% AIT, 75% AVC isquémico e 14% AVC hemorrágico) 79% apresentavam HTA (Ingrid *[et al]*, 2010).

Os rins podem sofrer também lesões provocadas pela HTA. A relação entre o rim e a HTA é cíclica: a HTA contribui para o desenvolvimento de doença renal crónica (Orsolin *[et al]*, 2005) e é responsável pela grande maioria das nefropatias (segunda causa), apenas precedida pela DM. Cerca de 25% das pessoas submetidas a hemodiálise e que necessitam de transplante renal têm como única causa a HTA (Meneses & Gobbi, 2010) e 10% dos óbitos das pessoas hipertensas estão relacionados com a insuficiência renal crónica (Severo *[et al]*, 2009; Meneses & Gobbi, 2010).

Por sua vez, a nível da visão, as consequências nefastas da HTA são também sobejamente conhecidas provocando retinopatia. Contudo, enquanto a repercussão da HTA nos sistemas /órgãos alvo supra mencionados, conduz a um risco de morte, com a retinopatia tal não acontece, mas pode deteriorar a visão e afetar significativamente a qualidade de vida da pessoa com HTA (Sousa, 2005).

Perante estes dados, associados à gravidade das consequências da HTA e à sua elevada prevalência no mundo, é necessário enfatizar a importância da prevenção e do tratamento da HTA no sentido de diminuir as complicações que lhe estão associadas. Desta forma pode-se evitar mortes prematuras, custos

socioeconómicos elevados, incapacidades e a perda significativa da qualidade de vida das pessoas com HTA (Diniz, Tavares & Rodrigues, 2009).

### 1.1.3. Regime Terapêutico

O principal objetivo do tratamento da HTA visa a curto prazo, obter a redução e o controlo dos valores tensionais de modo a evitar, a médio prazo, a progressão da doença e das repercussões nos órgãos alvo e obter, a longo prazo, a máxima redução da mortalidade e morbidade cardiovascular e também renal (Chobanian *[et al]*, 2003; WHO/ISH, 2003; ESH, 2003; DGS, 2004; ESC/ESH, 2007; ESH, 2009). Este objetivo poderá ser concretizado através da identificação e do tratamento de todos os fatores de risco envolvidos, particularmente aqueles que são reversíveis, incluindo o tabagismo, a dislipidemia, a DM, o sedentarismo e a obesidade. Quanto mais fatores de risco estiverem presentes num indivíduo, maior o risco global de um evento cardiovascular sendo mais difícil de alcançar os objetivos do tratamento (Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004; Brown, 2006; Mancia *[et al]*, 2007; Quitério, 2008).

Uma prioridade a alcançar com o tratamento nas pessoas com HTA é a redução da PA para valores inferiores a 140/90mmHg, na PA sistólica e diastólica, respetivamente. Quando, concomitantemente à HTA, estão presentes outras situações clínicas especiais, tais como a presença de comorbilidades do tipo DM ou doença renal, os valores de PA ainda devem ser menores. Nestes casos específicos, devido ao alto risco cardiovascular inerente a estas situações recomenda-se atingir níveis de PA inferiores a 130/80mmHg, devido a estes valores estarem relacionados com uma maior redução das complicações microvasculares da DM (WHO/ISH, 2003; DGS, 2004).

Diversos estudos confirmam que a percentagem de tratamento e controlo da HTA está longe de corresponder ao desejado, mesmo nos países desenvolvidos (Joffres *[et al]*, 1997; Scheltens *[et al]*, 2007). Vários trabalhos mostram que a HTA continua a ser detetada apenas numa pequena proporção de indivíduos, que muitos dos hipertensos não são tratados, e que, quando submetidos a tratamento antihipertensivo, os níveis de PA mantêm-se acima dos valores desejados. Estas proporções correspondem ao que se designou por “regra das metades” ou “*rule of*

*halves*”: metade das pessoas hipertensas têm conhecimento da sua situação clínica, 50% destas estão sob tratamento antihipertensivo, e apenas em metade destas os níveis de PA estão controlados (Scheltens *[et al]*, 2007; Davies *[et al]*, 2008). O controlo tensional é, por isso, fundamental no tratamento da HTA não só na prevenção do aparecimento de lesões nos órgãos alvo, que lhe estão associados, mas também na sua potencial regressão.

No entanto, apesar de existirem diversos agentes farmacológicos efetivos e disponíveis para o tratamento da HTA, o seu controlo na comunidade está longe do ideal, sendo a falta de adesão ao tratamento proposto um dos principais responsáveis pelos baixos níveis de controlo dos valores tensionais (WHO, 2003; Sharima *[et al]*, 2004; Medeiros, 2006; Lima *[et al]*, 2009; Martins, 2009).

A adesão à terapêutica, tal como acontece na quase totalidade das outras doenças crónicas de longa duração, é a condição fundamental para o controlo dos níveis de PA (Martins, 2010). A não adesão é um fenómeno complexo relacionado com fatores económicos e sociais, fatores relacionados com o sistema de saúde, com as características da doença e da pessoa (WHO, 2003). A falta ou não adesão não será certamente a única responsável pelos baixos níveis de controlo da PA, quando os indivíduos já se encontram sob tratamento antihipertensivo.

Não existe adesão sem a participação ativa da pessoa no tratamento, podendo ter de alterar o seu estilo de vida adquirido ao longo da vida de forma a obter o máximo benefício do tratamento. No entanto, não é fácil para muitas pessoas aceitar esta realidade e lidar com as alterações dos estilos de vida, como o uso diário de medicação, os custos económicos e os efeitos colaterais dos medicamentos (Pozzan *[et al]*, 2003; Gravina, Grespan & Borges, 2007) pois a HTA é, como já se referiu anteriormente, assintomática. Portanto, a pessoa com HTA deve ser envolvida na decisão terapêutica, o que implica que desempenhe um papel central no tratamento e tenha responsabilidade na sua própria saúde (Pozzan *[et al]*, 2003).

A HTA é uma doença crónica, sem cura, mas pode ser controlada, requerendo assim tratamento por toda a vida (Araújo & Garcia, 2006).

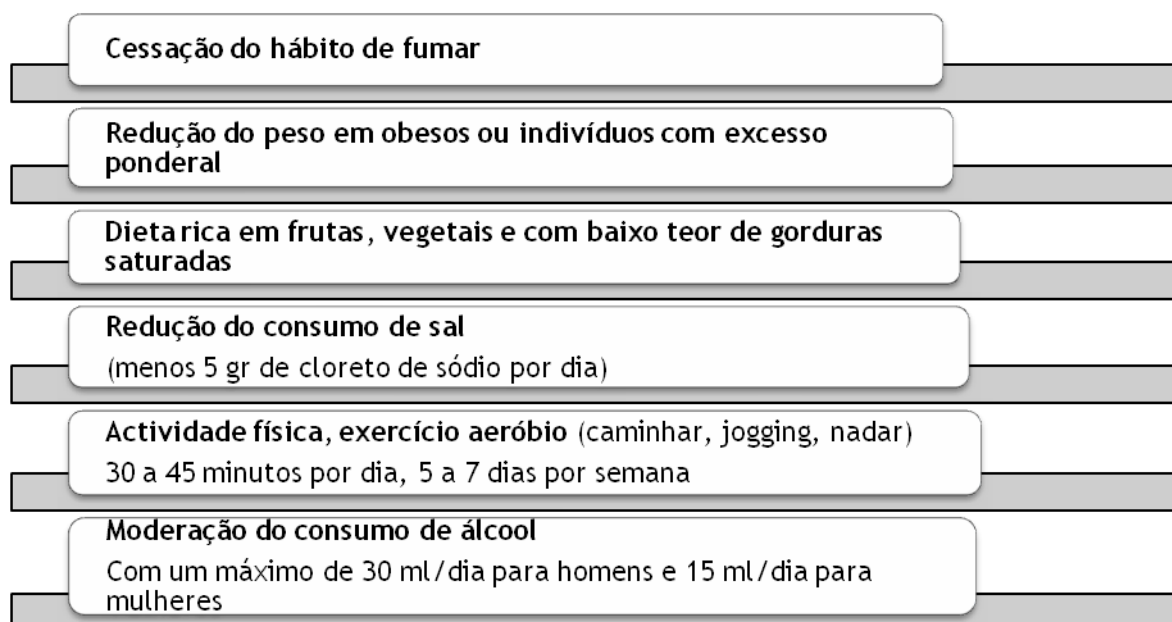
De acordo com as recomendações das organizações nacionais (DGS, 2004) e internacionais (WHO/ISH, 2003; ESH, 2003; ESC/ESH, 2007; ESH, 2009), o tratamento deve incluir duas vertentes: tratamento não farmacológico (ou modificação dos estilos de vida) e tratamento farmacológico.

### 1.1.3.1. Estilos De Vida

Estilos de vida referem-se a hábitos e a comportamentos autodeterminados que foram adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo (Rouquayrol & Filho, 1999).

A modificação do estilo de vida é uma das formas de tratamento para controlo da HTA e implica um conjunto de medidas recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular (ESC/ESH, 2007), tal como são apresentadas na figura 1:

FIGURA 1: Modificações dos estilos de vida recomendados para a diminuição do risco cardiovascular



Fonte: (ESC/ESH, 2007)

Estes princípios subjacentes a estilos de vida são recomendados a todos os indivíduos, pois potenciam ganhos em saúde, nomeadamente prevenindo o aparecimento da HTA e inerentes consequências. Nos sujeitos já hipertensos, a modificação dos estilos de vida conduz a um maior controlo da HTA e diminuição dos valores da PA e a uma redução de fármacos antihipertensivos necessários para o seu controlo (Chobanian [et al], 2003; Polónia [et al], 2006; ESC/ESH, 2007).

Desta forma, as vantagens das modificações dos estilos de vida incluem: a redução na incidência da HTA, os efeitos benéficos em outros fatores de risco cardiovascular como DM e as dislipidemias e a redução de PA que, por si só, reduz a mortalidade e a morbidade cardiovascular e melhora a qualidade de vida das pessoas (ESC/ESH, 2007).

Todas estas medidas devem ser reforçadas periodicamente e complementadas com outras medidas para a sua aplicação como seja a ida a consultas especializadas na área da cessação tabágica e da nutrição (ESC/ESH, 2007), pois há que manter a adesão ao regime terapêutico ao longo da vida, como constituindo um novo modo de vida.

Em consonância com as medidas preconizadas pelas comunidades científicas internacionais, a DGS (2004) recomenda diversos comportamentos e estilos de vida saudáveis que passamos a enunciar:

#### **Cessaçãõ do hábito de fumar**

O consumo de tabaco teve início alguns séculos atrás. Numa primeira fase foram-lhe atribuídos propriedades medicinais, qualidades recomendáveis. Mas, longe vão os tempos em que o tabaco era considerado a erva-santa. Com efeito, nas últimas cinco décadas foram-se acumulando evidências que demonstram que o consumo de tabaco tem efeitos devastadores na saúde e na longevidade, atingindo quase todos os órgãos e funções vitais (Nunes, 2006).

O consumo de tabaco é o principal fator de risco evitável de doença cardiovascular, cerca de um quinto destas doenças em todo o mundo são atribuíveis ao tabagismo. Calcula-se que aproximadamente 1,3 biliões de indivíduos adultos do mundo sejam fumadores. É responsável por cerca de 5 milhões de mortes anualmente e, a manterem-se as atuais tendências de consumo, este número duplicará até ao ano 2020 (Shafey *[et al]*, 2003; WHO, 2008 c).

A prevalência do tabagismo nos países europeus é muito variável. No entanto, em todos eles, com exceção da Suécia, a prevalência de fumadores é superior no sexo masculino, quando comparado com o sexo feminino. Este padrão parece não se manter quando são analisados os hábitos tabágicos dos jovens com 15 anos, verificando-se nesta idade um aumento dos hábitos tabágicos no sexo feminino (*European Heart Network* (doravante EHN), 2008).

É preocupante o facto da prevalência de fumadoras em Portugal ser já superior à média europeia em 2001/2002. Comparando Portugal com os restantes países europeus, este encontra-se numa posição intermédia relativamente à prevalência de fumadores com idades superiores a 15 anos, no sexo masculino (Leal *[et al]*, 2006).

A nível nacional, o “4º Inquérito Nacional de Saúde” (2005-2006) aponta para uma prevalência global de fumadores com idades superiores a 10 anos de cerca de 19,6% no Continente, sendo de 28,7% no sexo masculino e 11,2% no sexo feminino (DGS, 2008 a).

De acordo com o referido inquérito verifica-se a prevalência mais elevada de fumadores, na faixa dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos. Observa-se também que na população mais jovem a percentagem de mulheres fumadoras aumenta, mantendo-se, no entanto, cerca de metade da verificada no sexo masculino que está a diminuir (INE, 2007).

Num estudo português realizado a 502 utentes verificou-se que há uma elevada prevalência do tabagismo nos utentes sedentários (20,5%), logo a seguir os utentes com excesso de peso e obesos (13,9%), os hipertensos (12,9%), os com hipercolesterolemia (12,3%) e, por último, os diabéticos (9,4%) (Lobão *[et al]*, 2009).

O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade em que se começou a fumar, a quantidade de tabaco consumida e com a duração dos hábitos tabágicos (Burns, 2003).

O tabaco tem efeitos fisiopatológicos nefastos a vários níveis do sistema circulatório, nomeadamente efeitos protrombóticos e aterogénicos, estando por este motivo associado a diversas situações patológicas, tais como a aterosclerose, enfarte agudo do miocárdio, AVC, doença coronária, doença vascular periférica, entre outros (Serra Coelho, 2005; Tonstad & Andrew Johnston, 2006).

Estudos epidemiológicos demonstraram que os fumadores têm um risco 2,5 vezes maior de sofrer de insuficiência coronária e 10 vezes de desenvolver uma doença vascular periférica em relação aos não fumadores (Qureshi *[et al]*, 2005; Pencina *[et al]*, 2009).

O consumo de tabaco está associado a uma maior incidência de AVC, sugerindo diversas estimativas que pelo menos um quarto de todos os AVC possam ser diretamente atribuídos ao tabagismo. O risco de AVC no fumador é duas vezes maior que no não fumador (Girod *[et al]*, 2009).

O risco de AVC após cessação tabágica desce significativamente em dois anos e torna-se similar ao de não fumadores em cinco anos (Wolf *[et al]*, 1988).

O abandono do fumo é benéfico em qualquer idade e situação. Indivíduos fumadores sem história de doença coronária que deixam de fumar, mostram rápida redução do risco para enfarte agudo do miocárdio, embora esse risco só iguale o das pessoas não fumadoras após um período de 5 a 20 anos (Samet, 1992).

Consumir tabaco produz um aumento agudo da PA e da frequência cardíaca que persiste cerca de 15 minutos. Todavia, são vários os estudos epidemiológicos a demonstrar que os níveis de PA entre os fumadores de cigarros são idênticos aos dos não fumadores e o abandono não parece contribuir para baixar apreciavelmente a pressão arterial (Mancia *[et al]*, 2007).

Considera-se que o tabaco é a primeira causa de doença evitável e tratável, que interage sinergicamente com outros fatores de risco, como a idade, o género, a HTA e a DM e que interfere com os efeitos benéficos de alguns fármacos antihipertensores, como os betabloqueadores (ESC/ESH, 2007). Por outro lado, verifica-se que os hipertensos não tratados e os normotensos fumadores apresentam valores diurnos da PA mais elevados do que os não fumadores e aqueles que deixam de fumar antes da meia-idade têm uma esperança de vida idêntica aos que nunca fumaram (Mancia *[et al]*, 2007). Neste sentido, é crucial que os atuais fumadores sejam incentivados a iniciar a cessação tabágica para reduzir o desenvolvimento de uma doença grave, e prevenir o início do consumo da população jovem.

Diferentes métodos têm sido descritos como úteis para a supressão tabágica. No entanto, o processo de cessação tabágica pode ser um processo difícil, devendo ser antecedido por um exame físico e psicológico, sendo fundamental a avaliação da motivação da pessoa no delineamento da estratégia a seguir (Rosendo *[et al]*, 2009).

### **Redução do peso em obesos ou indivíduos com excesso de peso**

Um dos mais sérios problemas de saúde pública da sociedade moderna atual, que se tornou fundamental controlar, é a obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (doravante OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir níveis capazes de afetar a saúde (DGS, 2005). O Índice de Massa Corporal (doravante IMC) define a quantidade de gordura corporal e calcula-se pela relação entre o

peso (Kg) e a altura (m<sup>2</sup>) da pessoa. A obesidade é definida quando o IMC é igual ou superior a 30, no caso das crianças e adolescentes, e tendo por base as tabelas de percentis de IMC por sexo e idade da DGS (2005), o excesso de peso define-se para valores de IMC maior ou igual ao percentil 85 mas inferiores ao percentil 95 pois, acima deste é um critério de obesidade (WHO, 2003).

O IMC é a medida mais ampla e consensualmente empregue para definir obesidade (DGS, 2005; Silva, 2006).

Ainda de acordo com a OMS, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade teremos 50% da população mundial obesa em 2025 (DGS, 2008a).

Com efeito, a obesidade afeta cerca de 20% da população europeia, em Portugal, assim como em todos os países desenvolvidos, a obesidade constitui um importante problema com consequências económicas de grande dimensão. A nível nacional, o número de pessoas com excesso de peso é de quase 50% da população (30% são crianças) (DGS, 2008a).

O excesso de gordura é o resultado de um balanço energético positivo, o que resulta de um aumento de energia ingerida comparando com a quantidade de energia utilizada. Um sedentarismo no dia a dia e uma comida rica em lípidos e hidratos de carbono são o resultado deste balanço energético, associado ao excesso de peso, observado na vida moderna (Lurbe *[et al]*, 2009).

A obesidade é um enorme problema de saúde pública pela elevada prevalência, cronicidade, morbilidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento. Esta doença é um importante fator de risco para outros problemas de saúde como diabetes *mellitus* tipo 2 (doravante DM2) a dislipidemia, as doenças cardiovasculares, a HTA e mesmo a doença vascular cerebral (Carrageta, 2008).

A relação entre a obesidade e o desenvolvimento de DM2 ocorre em ambos os sexos. O risco da DM amplia, reiteradamente, à medida que aumenta o grau e duração da sobrecarga ponderal. E, ainda que nem todos os obesos venham a ter DM, a prevalência de obesidade aumenta em consonância com a maior prevalência da DM. Estima-se que cerca de 80% dos casos de DM podem ser atribuídos ao efeito combinado, do sedentarismo e da obesidade, sendo certo que o ganho ponderal pode preceder, em muitos anos, o desenvolvimento da DM (Rahmouni *[et al]*, 2005; Lurbe *[et al]*, 2009).

Diversos estudos epidemiológicos confirmam a relação contínua e positiva entre IMC e a prevalência de HTA (Neter *[et al]*, 2003; Rahmouni *[et al]*, 2005; Dai *[et al]*, 2009; Lurbe *[et al]*, 2009), dados mais recentes sugerem que cerca de 70% dos novos casos de HTA podem ser atribuídos à obesidade ou ao ganho excessivo de peso (Biolo *[et al]*, 2010; Matsuzawa, 2010).

A PA eleva-se progressivamente à medida que o IMC aumenta, pelo que uma redução de 5 Kg no peso corporal é acompanhado de uma descida de 10 e 5 mmHg na pressão arterial sistólica e diastólica, respetivamente (Carrageta, 2008).

O risco coronário de uma mulher obesa é 3 vezes maior que o de uma mulher com peso normal. A obesidade favorece a ocorrência de doença cerebrovascular (Rahmouni *[et al]*, 2005).

A redução do peso em excesso, em particular, da massa corporal gorda e a manutenção de um peso saudável por meio de medidas dietéticas e do incremento de atividade física deverá ser o comportamento a adotar, por uma pessoa com HTA devido aos efeitos benéficos demonstrados como seja, o aumento da esperança de vida, ganhos de anos de vida e melhoria na qualidade de vida (WHO, 2003; Mancia *[et al]*, 2007).

#### **Dieta rica em frutas, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas**

O papel da nutrição na etiologia e prevenção de diversas doenças crónicas está bem documentado e segundo dados do WHO (2003), a alimentação está direta ou indiretamente relacionada com a HTA (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e cereais (3,9%) constituindo assim, o principal fator de risco de patologias como as doenças cardiovasculares, a DM, o cancro e a osteoporose.

As escolhas para uma alimentação saudável definidas pelas Sociedades Europeias (AHA, 2005; ESC/ESH, 2007) que adotaram as recomendações para a prevenção cardiovascular, são as seguintes:

- Ingerir uma variedade de alimentos;
- Ajustar a ingestão calórica para evitar o excesso de peso;
- Dar preferência a maior consumo de frutas, vegetais, cereais e pão integrais, peixe (especialmente o gordo), carne magra, produtos lácteos magros;

- Substituir as gorduras saturadas pelos alimentos anteriores e por gorduras poli e monoinsaturadas (vegetais e marinhas) para reduzir a gordura total, para diminuir em 30% o total de calorias, da qual menos de um terço seja saturada;
- Reduzir o consumo de sal se a PA for elevada, evitando o sal de mesa e da cozinha, e ingerindo alimentos frescos e sem sal, muitos dos alimentos processados, incluindo o pão, contêm um elevado teor de sal;

O comportamento alimentar em Portugal, nas últimas décadas, tem-se alterado. Os portugueses, de modo mais preocupante do que outros povos mediterrâneos, nomeadamente italianos, gregos e espanhóis, estão a desprezar aceleradamente a nossa cultura alimentar e gastronómica e a adotar gostos atípicos. Com efeito, os portugueses comem em excesso e mal, por isso, os padrões alimentares da população têm-se caracterizado por um excesso de consumo de gorduras, de sal e de açúcar, elevado aporte calórico e uma reduzida ingestão de frutas, legumes e vegetais, comportamentos que uma alimentação variada e equilibrada não comporta (Carrageta, 2008).

De facto, os portugueses trocam um padrão alimentar saudável por um padrão desequilibrado e desajustado em relação às exigências de saúde, o que contribui para o aparecimento de HTA, dislipidemia, excesso de peso, entre outros. É necessário e urgente reencontrar o bom dessa cultura perdida pois, a alimentação desempenha um papel importante na saúde humana e, por conseguinte, condiciona a qualidade de vida e a longevidade das pessoas.

O colesterol e outras gorduras (triglicéridos) circulam no sistema sanguíneo sob a forma de lípidos e de proteínas combinadas, denominadas “lipoproteínas”. Os dois principais tipos de lipoproteínas são as lipoproteínas de alta densidade (HDL) e as lipoproteínas de baixa densidade (LDL) (Durrington, 2003).

As HDL são consideradas como “bom” colesterol, porque favorecem a eliminação do colesterol no sangue. Este colesterol é levado para o fígado para aí ser ou armazenado ou eliminado, reduzindo assim os riscos de HTA e de doenças coronárias. Por outro lado, as lipoproteínas de baixa densidade, também chamadas “mau” colesterol, circulam no sangue, deixando depósitos de gordura e de colesterol nos tecidos e nas paredes arteriais. As moléculas das LDL contêm mais colesterol que as das HDL e são menos solúveis (aptas para se depositarem)

no sangue. É por isso que o colesterol pode facilmente depositar-se na parede interior das artérias o que contribui para um aumento dos riscos de HTA e das doenças do coração (Carrageta, 2008).

O nível de colesterol total é considerado um indicador com valor prognóstico em relação à doença coronária, sendo que concentrações plasmáticas elevadas de colesterol LDL e de triglicéridos, e diminuídas de colesterol HDL estão fortemente relacionadas com um aumento do risco de doença cardiovascular particularmente aterosclerótica (Durrington, 2003; Nordestgaard *[et al]*, 2007; Faergeman *[et al]*, 2009).

Não subsistem hoje dúvidas de que o excesso de colesterol, livre e associado a lipoproteínas de baixa densidade favorece a formação de depósitos de colesterol nas paredes das artérias, induzindo a disfunção endotelial e levando ao aparecimento da aterosclerose e obstruções aterotrombóticas (Galle *[et al]*, 2006; Martins e Silva & Saldanha, 2007).

A OMS estimou, em 2002, que a dislipidemia seria responsável por 18% dos casos de doença cerebrovascular e por 56% de doença isquémica cardíaca, levando a que mundialmente mais de 4 milhões de mortes por ano e de 40 milhões de anos de vida ajustados à incapacidade fossem atribuíveis ao aumento de colesterol (WHO, 2002).

Na maior parte das regiões mundiais, as proporções de mortes do sexo masculino atribuídas à dislipidemia é ligeiramente superior à do sexo feminino (WHO, 2002). A grande maioria dos países europeus integrados no estudo “*Monitor Trends in Cardiovascular Disease*” (doravante MONICA) apresenta uma prevalência média de dislipidemia superior a 70% para ambos os sexos, verificando que o valor médio do colesterol se encontra acima dos 200 mg/dl na quase totalidade dos casos (Tolonen *[et al]*, 2005).

Numa revisão sistemática, incluindo trinta e dois estudos realizados em Portugal, os autores encontraram uma prevalência média de 63,8% e verificaram também que os dados referentes ao colesterol LDL são escassos e muito diferentes entre si (Costa *[et al]*, 2003 c).

Para as doenças cardiovasculares, estima-se que mais de um terço da carga de doença seja atribuída à dislipidemia em Portugal (Gouveia *[et al]*, 2004a).

Um facto importante é que o risco cardiovascular relacionado com a dislipidemia é progressivo e contínuo, sem qualquer limite inferior, pensando-se que a probabilidade do desenvolvimento de lesões ateroscleróticas surge a partir

dos 140 mg/dl, aumentando substancialmente o risco de doença isquêmica cardíaca para valores acima dos 180-200 mg/dl. Aos 250 mg/dl o risco é duplo e aos 300 mg/dl é quádruplo de quem tem um colesterol total de 200 mg/dl, continuando a aumentar exponencialmente a partir destes valores (Law & Wald, 2002).

As orientações publicadas pela ESC/ESH (2007) sobre a prevenção do risco cardiovascular indicam na generalidade os seguintes valores alvo do perfil lipídico: colesterol total 190 mg/dl e colesterol LDL 115 mg/dl. Nos indivíduos de risco cardiovascular mais elevado, nomeadamente os diabéticos, os valores deverão ser inferiores: colesterol total inferior a 175 mg/dl (se possível 155 mg/dl) e colesterol LDL inferior a 100 mg/dl (se possível 80 mg/dl).

Segundo a mesma fonte, a evidência científica existente permite afirmar de forma inequívoca que a redução dos níveis de colesterol leva a uma redução do risco cardiovascular e quanto mais elevado for o risco, maior o benefício desta redução.

Uma redução de 10% no valor de colesterol total resulta, após cinco anos, numa diminuição em 25% na incidência da doença coronária enquanto se verifica uma diminuição nos eventos coronários de 20% quando se reduz em cerca de 40 mg/dl o colesterol LDL (Baigent [et al], 2005).

Com base nestes dados, o tratamento da dislipidemia e a possível introdução de um tratamento farmacológico torna-se um imperativo ético na abordagem da pessoa com risco cardiovascular. No entanto, a estratégia terapêutica deverá ter em conta o risco individual para a doença cardiovascular (Da Silva & Gil, 2002).

A dieta e a modificação dos estilos de vida são elementos fundamentais no tratamento da dislipidemia. No entanto, em muitos casos, nomeadamente nos indivíduos de alto risco cardiovascular, as medidas dietéticas e de estilos de vida têm de ser complementadas pela introdução de medidas farmacológicas (ESC/ESH, 2007).

Face ao que foi referido anteriormente, a nutrição é um importante fator de risco na doença cardiovascular, daí que, nos últimos anos, têm sido testados alguns planos alimentares específicos na prevenção e no controle da HTA. A *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (doravante DASH) ao promover o aumento do consumo de fruta, vegetais, produtos lácteos magros, cereais completos, carnes magras, peixes e frutos secos, a redução do consumo de carnes

vermelhas, doces e bebidas açucaradas, gordura total, colesterol e a ingestão acrescida de potássio, cálcio, magnésio e fibras pretende corporizar uma alimentação saudável e nutricionalmente mais equilibrada do que a dos regimes alimentares correntes nos países desenvolvidos. Esta dieta pode ser muito útil na prevenção e tratamento da HTA e de outras doenças crónicas como as doenças cardiovasculares (Vollmer *[et al]*, 2001; Chobanian *[et al]*, 2003).

A DASH confirmou que a presença de elementos minerais na dieta é relevante para a prevenção e tratamento da HTA (Santos & Lima, 2009). O potássio, principalmente pelo seu papel facilitador da excreção renal do sódio, é um mineral importante na regulação da PA. Um aumento de 1,8 a 1,9 gramas por dia na ingestão de potássio reduz, em cerca de 4 mmHg e 2,5 mmHg a PA sistólica e diastólica, em hipertensos, respetivamente. Estima-se também, que ingestão diária superior a 1 grama de cálcio poderá reduzir em 1,4 mmHg a PA sistólica e 0,8 mmHg na PA diastólica. Ao magnésio, pelos seus efeitos vasodilatadores, atribui-se igualmente um papel regulador da PA (Geleijnse *[et al]*, 2003; Shils *[et al]*, 2003; Caudarella *[et al]*, 2009; He *[et al]*, 2010).

#### **Redução do consumo de sal (menos 5 gramas de Cloreto de Sódio por dia)**

O sal e a presença de sódio em excesso na dieta fazem parte da nossa cultura e ancestralidade (Silva, 2010).

O sal, o vulgar “sal das cozinhas”, é formado, quase exclusivamente, por cloreto de sódio e é um dos poucos minerais que é diretamente ingerido pelo Homem. Em condições ideais (sem sudorese), a quantidade de sódio necessária para o restabelecimento das perdas fisiológicas é extremamente baixa: cerca de 0,18 g/dia ( $\cong$  8 mmol/dia) (Franco & Oparil, 2006). Em condições específicas (forte calor ou esforço físico vigoroso), as necessidades aumentam substancialmente. As populações humanas são capazes de viver com valores extremos de consumo de sal, de que são exemplos os índios Yanomano do Brasil, com consumos médios baixíssimos (cerca de 0,46g/dia  $\cong$  20 mmol/dia) e os valores altos (cerca de 13g/dia  $\cong$  600 mmol/dia) consumidos pelas populações do norte do Japão (Kawano *[et al]*, 2007).

Estudos experimentais e epidemiológicos sugerem que o consumo elevado de sal contribui para a elevação da PA e para o aumento da prevalência da HTA (INTERSALT, 1988; McCarron, 2000; Brandão *[et al]*, 2006; Cappuccio, 2007). Este

efeito parece ser agravado quando associado a uma dieta com baixo teor de potássio (ESH, 2003). Os resultados de um estudo epidemiológico de larga escala *International Study of Salt and Blood Pressure* (INTERSALT) revelaram uma forte associação positiva entre o consumo de sal e a HTA e sublinha a importância da redução do seu consumo na prevenção e tratamento da doença; este estudo correlacionou a ingestão média de sal associando-a com a prevalência da HTA (Elliott *[et al]*, 1996).

Atualmente, a utilização de sal é uma prática ubíqua. Utilizado como condimento, o sal tem vindo a ser adicionado aos alimentos, tanto em produtos processados como na culinária caseira, antes, durante ou até mesmo depois do produto alimentar estar pronto. Por outro lado, a nossa sociedade caracteriza-se pela falta de tempo na preparação dos alimentos que se reflete na preferência por refeições industrializadas e *fast food* em detrimento de refeições confeccionadas em casa com alimentos naturais constituindo, por isso, um grande impedimento para a restrição de sal devido às altas concentrações de sal presentes naquele tipo de alimentos (Sousa, 2005). Existem evidências que o apetite por sal é induzido e não inato (Dahl, 2005). Assim, sabor, hábitos e comportamentos alimentares são fatores com influência na ingestão de sal (Alderman, 2002). As atuais recomendações para a ingestão de sal são de 5 g/dia para a população geral (Chobanian *[et al]*, 2003; Williams *[et al]*, 2004) ou inferior para os sujeitos mais sensíveis (raça negra, indivíduos com mais de 60 anos, diabéticos ou com patologia renal) (Mancia *[et al]*, 2007). A *American Heart Association* (doravante AHA) chega mesmo a sugerir um consumo de sal não superior a 1,5 g/dia (65 mmol/dia) a indivíduos hipertensos, com base na relação dose-resposta entre o sódio e a PA. No entanto, atendendo à elevada disponibilidade de sódio nos alimentos e aos elevados consumos atuais, a referida associação americana reconhece que estes valores são difíceis de atingir (Lichtenstein *[et al]*, 2006).

Para a maioria dos investigadores, o estudo que melhor explicita a relação entre o sódio e a HTA é o ensaio da DASH. Esta investigação revelou-se pioneira na abordagem do efeito alimentar a partir de padrões de consumo e não de nutrientes isoladamente. Trata-se de um estudo multicêntrico, randomizado, controlado para avaliar o efeito dos padrões alimentares consumidos durante 8 semanas na PA (Sacks *[et al]*, 1995). A análise dos resultados em diferentes subgrupos populacionais revelou que a DASH está associada a um decréscimo

significativo da PA. Por outro lado, combinado a DASH com a redução de sódio os resultados foram ainda mais evidentes (Vollmer *[et al]*, 2001).

Em Portugal, o excesso de consumo de sal é postulado há várias décadas, com base na elevada prevalência de HTA e de AVC (Carrageta, 2008), já que são escassos os estudos que avaliam o consumo alimentar. A partir de diferentes metodologias, há estudos que apontam para consumos entre 9 e 12 gramas de sal/dia (INTERSALT, 1988; Lopes *[et al]*, 2006; Polónia *[et al]*, 2006). Segundo dados do relatório do “Consumo Alimentar no Porto”, a estimativa do consumo médio de cloreto de sódio da comunidade portuense é de 9,2 g/dia (Lopes *[et al]*, 2006). Num outro estudo português determinou-se o consumo de sal de uma população de 426 indivíduos, através da excreção urinária de sódio numa amostra de 24 horas. Estes indivíduos apresentaram uma excreção média de sódio de 202 mmol/dia, o que corresponde a um consumo médio de 12,1 g/dia de sal, mais do dobro do recomendado, e que seguramente, estes valores relacionam-se com a elevada prevalência que a HTA tem entre nós e com a particularidade de sermos o único país da Europa Ocidental em que se morre mais de AVC do que de doença coronária (Polónia *[et al]*, 2006).

Metaanálises de diversos estudos experimentais tornaram claro a importância de reduzir a presença de sal na dieta (He & MacGregor, 2004) pois favorece a diminuição da PA sistólica em 4-5 mmHg e da PA diastólica em 1-3 mmHg (ESH, 2003; Hollenberg, 2006). Além disso, constataram que ao contrário dos normotensos, os idosos hipertensos responderam com descidas francas da PA à restrição de sódio e que a magnitude da variação tensional foi menos significativa nas populações mais jovens (entre os 40 e os 60 anos) (He & MacGregor, 2004).

Recentemente, Cook e colaboradores (2007) concluíram que os benefícios da redução salina vão além da diminuição da PA e estendem-se à redução a longo prazo do risco de eventos cardiovasculares. Estas conclusões são corroboradas num estudo experimental que consiste num programa simulador informático, sobre a incidência, prevalência, mortalidade e custos associados com a doença coronária (o risco de doença coronária é categorizado de acordo com o género, idade, tensão arterial sistólica, presença de medicação antihipertensiva, tabagismo, níveis de colesterol e presença ou ausência de DM), nos cidadãos residentes nos Estados Unidos da América (EUA), maiores de 35 anos (Bibbins - Domingo *[et al]*, 2010).

Nos resultados do estudo, os autores demonstram que a redução de 3 gramas diários de sal na dieta, projeta uma redução anual de novos casos de doença coronária de 60.000 a 120.000, uma redução dos AVC de 32.000 a 66.000 e uma redução de enfartes agudos do miocárdio de 54.000 a 99.000, bem como uma redução do número anual de mortes de qualquer causa de 44.000 a 92.000. Todos os segmentos da população são beneficiados, com os negros a beneficiarem proporcionalmente mais, as mulheres a beneficiarem mais na redução do AVC, os adultos idosos a beneficiarem na redução dos eventos coronários e os jovens na redução da mortalidade por todas as causas. Os benefícios cardiovasculares da redução da ingestão de sal estão ao nível das reduções do consumo de tabaco, do peso e dos níveis de colesterol. Os autores calculam que uma redução diária de 3 gramas no consumo de sal pouparia entre 10 a 24 milhões de dólares americanos por ano, em custos de saúde. Mesmo para uma redução progressiva de 1 grama de sal por dia na dieta dos americanos de 2010 a 2019, obter-se-ia uma poupança maior que a do uso de medicação antihipertensiva em todos os hipertensos.

Os resultados deste estudo reforçam o que a Sociedade Portuguesa de Hipertensão tem definido como uma das suas maiores batalhas, na atualidade: a luta contra o consumo exagerado de sal na nossa população e os ganhos em saúde que seriam obtidos com uma política de redução progressiva do conteúdo de sal na nossa alimentação, como o que foi já alcançado na Finlândia, nos anos 60/70 do século passado. Neste país, uma política de redução de conteúdo de sal na alimentação e etiquetagem levou a uma redução de cerca de 3 gramas de sal na sua alimentação e a uma redução de 67% nos AVC (Silva, 2010).

Para além dos efeitos deletérios do sal referidos, também se fazem sentir na proteinúria e na progressão da doença renal, na patogenése da osteoporose, na obesidade, no cancro do estômago, entre outros (He & MacGregor, 2009).

Como meta, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre *“Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida”* da DGS, propõe-se reduzir o consumo de sal a menos de 5 gramas diários (Santos [et al], 2009). Portanto, a pessoa portadora de HTA deve ser aconselhada a utilizar condimentos alternativos como ervas aromáticas, evitar adicionar sal aos alimentos servidos às refeições, evitar alimentos salgados, particularmente alimentos pré-cozinhados, enlatados e fumados e ingerir mais alimentos naturais e, por último, adotar novos receituários culinários mais saudáveis e igualmente gastronómicos. Também dever-se-á impulsionar, promover e favorecer ações educativas junto da indústria

alimentar que visem a redução da quantidade de sal utilizada nos produtos que confeccionam.

**Atividade física, exercício aeróbio (caminhar, jogging, nadar) 30 a 45 minutos por dia, 5 a 7 dias por semana**

O sedentarismo é um problema de saúde pública cuja dimensão tem aumentado. O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis médios de atividade física na sociedade ocidental, da qual Portugal não é exceção. Com efeito, o nosso país é o país da União Europeia (UE) com maiores níveis de inatividade física: cerca de 75% da população portuguesa com mais de 15 anos assume que as principais atividades de tempos livres são a leitura, a televisão, usar computador e outras atividades largamente sedentárias (Andersen, 2003).

A realização de atividade física e a prática regular de exercício físico têm-se revelado opções não farmacológicas efetivas na redução do risco cardiovascular e da PA em indivíduos hipertensos, *borderlines* e normotensos (Ben-Sira & Oliveira, 2007; Mora [et al], 2007; Hamer & Stamatakis, 2009).

A atividade física pode influenciar de forma direta outros fatores de risco cardiovasculares: aumenta os níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL), diminui a concentração de colesterol total e de triglicéridos, de PA, do peso corporal, melhora a tolerância à glicose e corrige a distribuição do tecido adiposo do indivíduo. Esta prática também aumenta a densidade óssea, o que é um benefício importante para as pessoas com osteoporose (Leal, 2004; Gravina, Grespan & Borges, 2007; Rocha, 2010).

Nas últimas três décadas têm vindo a acumular-se um conjunto de evidências que sugerem uma relação inversa de dose-resposta entre atividade física e o risco relativo de doenças cardiovasculares (Rocha, 2009), verificando-se que as pessoas sedentárias apresentam uma probabilidade de 30-50% de desenvolver HTA quando comparadas a pessoas fisicamente ativas (Whelton [et al], 2002).

Dados do estudo prospetivo “*Womens’ s Health Study*” envolvendo uma amostra de 22.055 mulheres saudáveis, as quais foram seguidas durante um período de 11 anos, mostraram que a atividade física estava associada à redução da PA e de eventos cardiovasculares (30-40%). Adicionalmente, os autores desse estudo estimaram que as alterações da PA associadas à atividade física

contribuíram em 27% para a redução do risco de ocorrência de eventos cardiovasculares (Hamer & Stamatakis, 2009).

Outro estudo prospetivo realizado, entre 1996 e 2000, com 936 mulheres sujeitas a angiografia coronária por suspeita de isquemia, o nível de aptidão cardiorrespiratória encontrava-se inversa e independentemente associado a um menor número de fatores de risco de doença coronária bem como a um menor risco de adventos cardíacos *major* (Wessel *[et al]*, 2004). Mais recentemente, este tipo de estudos têm sido alargados a outros fatores de risco de doenças cardiovasculares tais como DM, a obesidade e a dislipidemia. Num estudo realizado com 175 homens e mulheres obesas, com diferentes graus de dislipidemia, a quantidade de atividade física acumulada bem como a sua intensidade associou-se de forma inversa com a adiposidade subcutânea e visceral (Stentz *[et al]*, 2005). Uma revisão de 112 estudos de caráter epidemiológico, publicada, sobre o papel da atividade física na redução do risco de DM2 e de doenças cardiovasculares, sugere que os indivíduos fisicamente ativos apresentam um risco de 30 a 50% inferior de desenvolver DM2 quando comparados com indivíduos sedentários (Bassuk *[et al]*, 2005).

De facto, uma única sessão de exercício físico tem um efeito hipotensivo que se manifesta pela diminuição da PA sistólica em 5-8 mmHg durante 11-12 horas, e de 6-8 mmHg durante 6-8 horas na PA diastólica (Pescatello *[et al]*, 1991; Wallace *[et al]*, 1999).

Adicionalmente, resultados de diversos estudos evidenciam que sujeitos hipertensos submetidos a tratamento pelo exercício regular aeróbio (marcha rápida, corrida, dança, natação) têm em média reduções de 6 mmHg na PA sistólica e de 3 mmHg na PA diastólica (Wallace *[et al]*, 1999), esta atividade deve ser programada, individualizada, fácil realização e regularmente (Gravina, Grespan & Borges, 2007), facto que justificou a conhecida recomendação de 30 minutos ou mais de atividade física moderada diariamente. O exercício resistido (máquinas de musculação) tem igualmente um efeito crónico de redução da PA em indivíduos hipertensos embora com magnitudes mais reduzidas, 2 mmHg na PA sistólica e 3,5 mmHg para a PA diastólica, quando comparadas com as alcançadas pelo exercício aeróbio. Com base nestes dados, a ESC e a ESH elegem o exercício aeróbio como a modalidade primária de programas de intervenção para o controlo da PA e, complementarmente, a inclusão de exercícios dinâmicos resistidos. Um aspeto digno de nota, é o facto de diversos estudos terem evidenciado que a

redução dos valores da PA de repouso se associa de forma mais elevada com a frequência e duração do exercício do que com a intensidade (Kelley *[et al]*, 2001). Além disso, tem sido sugerido que o exercício de intensidade elevada não apresenta benefícios adicionais ao exercício de intensidade moderada no tratamento da HTA (Kelley *[et al]*, 2001; Mancina *[et al]*, 2007).

Dados de diversos estudos sugerem que as melhorias no controle barreflexo e da função endotelial, a diminuição da atividade nervosa simpática, dos níveis plasmáticos de noradrenalina e da resistência total periférica, são razões plausíveis que explicam a diminuição da PA em resposta ao tratamento da HTA pelo exercício (Kakkinos *[et al]*, 2009).

Neste sentido, face ao quadro de referências anteriormente descrito e atendendo a que o exercício aeróbio regular, parece ter impacto favorável em grande parte dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, nomeadamente no tratamento da HTA, a sua prática deve ser aconselhada e incentivada, quer na prevenção, quer no tratamento das doenças cardiovasculares.

A referenciação para programas de exercício deve ser precedida de uma avaliação clínica diagnóstica dos sujeitos, na medida em que esta condicionará as decisões terapêuticas, incluindo o tipo de exercícios que pode realizar (Mora *[et al]*, 2007; Contractor & Gordon, 2009). A avaliação diagnóstica e o exame físico têm como objetivos definir os níveis de PA, identificar possíveis causas de HTA secundária, avaliar a presença de outros fatores de risco cardiovasculares, identificar lesões subclínicas de órgãos e possíveis comorbilidades associadas (Mancina *[et al]*, 2007). Adicionalmente, a avaliação clínica permite a determinação do risco cardiovascular global, uma vez que os hipertensos frequentemente apresentam outros fatores de risco cardiovasculares que se relacionam com a severidade da HTA (Mancina *[et al]*, 2007).

Importa ainda referir que a prática de exercício físico não é isenta de complicações (Culic *[et al]*, 2005; Thompson *[et al]*, 2007), sendo o risco mais elevado quanto mais avançada for a idade, maior o número de fatores de risco presentes, houver presença de lesão de órgãos ou manifestação de doença cardiovascular confirmada (Fletcher *[et al]*, 2001; ACSM, 2010). Duas das complicações mais frequentes que ocorrem durante ou em período subsequente à realização de exercício físico são a síndrome coronário agudo e a morte súbita. Apesar de não ser possível estabelecer relações causais entre a ocorrência de

morte súbita e a PA elevada, a HTA é um fator de risco cardiovascular e está relacionada com a hipertrofia ventricular, a ocorrência de arritmias ventriculares e isquemia (Fagard [et al], 2005; Thompson [et al], 2007). Assim sendo, em alguns indivíduos, será prudente a realização previamente de alguns exames como o ecocardiograma, eletrocardiograma e prova de esforço.

A prática de exercício físico regular com benefícios para a saúde tem como objetivos a maximização do dispêndio energético, o desenvolvimento da aptidão cardiorrespiratória, da aptidão muscular (força, resistência muscular e flexibilidade), preservação ou redução dos valores da PA e a prevenção/eliminação de fatores de risco das doenças cardiovasculares (AACVPR, 2004; AHA/AACVPR, 2007; ACSM, 2010).

Perante estes dados, são numerosos os benefícios fisiológicos, bioquímicos e psicológicos da atividade física em que claramente contribuem para melhorar a qualidade de vida da pessoa com HTA.

#### **Moderação do consumo de álcool com um máximo de 30ml/dia para homens e 15ml/dia para mulheres**

Durante muitos anos a comunidade científica mostrou grande preocupação com os efeitos patológicos associados ao consumo de bebidas alcoólicas. As doenças do aparelho digestivo e órgãos anexos, particularmente a doença hepática crónica e as neoplasias, as perturbações neuropsiquiátricas, as doenças cardiovasculares e os acidentes de viação, estão todos associados a um consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Carrageta, 2008).

Entretanto, nos últimos anos, tem-se assistido à publicação de numerosos estudos epidemiológicos que apontam para uma eventual ação protetora do consumo moderado de álcool a nível de diversas patologias, destacando-se as doenças cardiovasculares. Desta forma, os indivíduos que habitualmente consomem bebidas alcoólicas numa forma moderada, para a maioria entre 10 e 30 gramas de álcool por dia, terão um menor risco de morbilidade e mortalidade vascular do que os abstinentes ou os grandes consumidores de álcool (Mancia [et al], 2007).

Contudo, o consumo regular de álcool eleva a PA em 1 mmHg por cada 10 gramas de etanol aproximadamente e o risco de HTA que é atribuído ao álcool é cerca de 16%, verificando-se que a HTA ocorre com mais frequência nos consumidores crónicos que nos abstémicos ou nos consumidores moderados. O

efeito do álcool na PA é largamente reversível após 2 ou 3 semanas de abstinência e uma redução na quantidade habitualmente consumida (Carrageta, 2008).

À luz dos conhecimentos atuais, as recomendações europeias propõem que o consumo diário de etanol nas pessoas com HTA não exceda os 30 ml por dia nos homens e os 15 ml por dia nas mulheres (Puddley & Beilin, 2006; ESC/ESH, 2007; Mancia *[et al]*, 2007).

Estes dados sugerem que devemos aconselhar as pessoas com HTA para moderar o consumo de álcool, uma vez que um consumo elevado de álcool está associado a um aumento da PA e a uma atenuação nos efeitos da medicação antihipertensora (Xin *[et al]*, 2001).

Segundo alguns estudos, entre as diversas bebidas alcoólicas, o vinho tinto parece ser a que possui uma maior capacidade protetora e os mecanismos subjacentes a ações vasculares poderão estar dependentes de alterações das lipoproteínas plasmáticas, de um efeito antitrombótico e de uma capacidade antioxidante e antiinflamatória (Staclet *[et al]*, 2004; Vázquez *[et al]*, 2007; Moura, 2010).

Em duas metaanálises, que incluíram 26 artigos e mais de 200.000 indivíduos, compararam-se os riscos relativos de doenças cardiovasculares dos consumidores habituais de vinho e de cerveja. Os primeiros apresentaram um risco relativo de 0,68 relativamente aos abstinentes, sendo 10% menor, em termos absolutos, a proteção oferecida pela cerveja com um risco relativo de 0,78. A quantidade de vinho que maior proteção ofereceu, foi a de 150 ml por dia, não tendo sido possível encontrar uma dose diária protetora para a cerveja (Gaetano *[et al]*, 2002).

Numa subanálise do estudo de *Framingham*, em que se procurou uma relação entre o consumo de álcool e a incidência de AVC isquémico, apenas o consumo de vinho se associou a um menor risco, com um risco relativo de 0,8, não se tendo encontrado qualquer associação com a ingestão de cerveja nem de qualquer outro tipo de bebidas (Djousse *[et al]*, 2002).

Num outro estudo avaliou-se uma possível associação entre o consumo de álcool e o risco de enfarte agudo do miocárdio em 38.077 profissionais de saúde, sem doença vascular ou neoplasia conhecida. Quando comparados com os abstinentes, os indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas numa forma regular e moderada, apresentaram um risco relativo de 0,63, não se tendo verificado

qualquer diferença entre os consumidores de vinho e os de cerveja ou de qualquer outra bebida alcoólica (Mukamal *[et al]*, 2003).

É também interessante a relação encontrada entre o consumo de álcool e o risco de doença coronária. Numa população de indivíduos com enfarte agudo do miocárdio recente, os que consumiam 2 a 4 copos de vinho por dia apresentaram reduções na ordem dos 50 a 60% no risco de recorrência da doença coronária (Largeril *[et al]*, 2002). Também em pessoas com enfarte agudo do miocárdio recente, o consumo moderado de álcool esteve associado a uma redução da mortalidade por todas as causas (Mukamal *[et al]*, 2001).

Relativamente, à existência de uma quantidade diária de ingestão de álcool ideal para a profilaxia das doenças cardiovasculares, a maioria dos estudos apontam para uma curva em “J”. Esta relação significa que os abstinentes apresentam um maior risco de doença, em relação aos consumidores moderados e que o risco aumenta para quantidades mais elevadas de ingestão diária (Gronbaek *[et al]*, 2000; Pearson *[et al]*, 2002; Baglietto *[et al]*, 2006).

No estudo, realizado pelo “*Melbourne Collaborative Cohort Study*”, que incluiu 36.984 participantes, procurou-se uma possível associação entre a quantidade e o tipo de bebidas alcoólicas ingeridas e a mortalidade por todas as causas. A relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a mortalidade apresentou uma curva em “J”, tanto nos homens como nas mulheres. Relativamente ao consumo de vinho, o risco relativo nos homens foi de 0,69 para uma dose diária de 20 a 39 gramas de álcool e de 0,82 nas mulheres quando ingerido na quantidade de 1 a 19 gramas por dia. Contrariando estes resultados, no homem, o consumo de cerveja associou-se a um maior risco de morte por todas as causas (Baglietto *[et al]*, 2006).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, as estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 pessoas alcoólicas (Síndrome de dependência de álcool) e 750.000 consumidores excessivos (Síndrome de abuso de álcool) em Portugal. Na última década verificou-se um aumento preocupante de consumidores de álcool excessivo, em ambos os sexos, com mais incidência no sexo feminino, a partir dos 15 anos (DGS, 2008 a).

Estes dados são alarmantes em Portugal e também na Europa e são resultado da ampla acessibilidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas que estão perfeitamente integrados nas atividades quotidianas de cada pessoa.

Para inverter esta tendência atual devemos implementar e promover ações de informação e educação na “população alvo” sobre os efeitos nefastos do álcool na saúde, sobretudo quando as pessoas sofrem de alguma patologia associada, como por exemplo, a HTA.

### 1.1.3.2. Regime Terapêutico Farmacológico

Quando a adoção de estilos de vida saudáveis numa pessoa com HTA não for suficiente para se atingir o controlo da PA, pode-se coadjuvar o tratamento farmacológico com introdução de fármacos adequados à situação clínica de cada pessoa (Carrageta, 2008; Gomes, 2010).

Este tratamento visa a prevenção da ocorrência, agravamento ou recorrência de eventos cerebrais, cardiovasculares e renais, através da redução persistente da PA para valores considerados normais (DGS, 2004). Para se reduzir a PA utiliza-se fármacos antihipertensores, os mais utilizados são os diuréticos, betabloqueadores, os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (doravante IECA), vasodilatadores e os antagonistas do canal de cálcio. Frequentemente são feitas associações entre fármacos o que reduz as complicações da HTA e a PA (Chobanian *[et al]*, 2003; Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004).

As principais vantagens dos fármacos antihipertensores são a diminuição da PA e a prevenção com efetividade do AVC e de eventos coronários (Chobanian *[et al]*, 2003).

Um tratamento antihipertensor adequado está associado a uma redução de 20 a 39% na incidência de AVC, 19 a 28% na doença coronária e de 15 a 21% em outros eventos cardiovasculares (Neal *[et al]*, 2000; Chobanian *[et al]*, 2003; Law *[et al]*, 2009), inclusive em pessoas idosas com HTA sistólica isolada em que também reduz a mortalidade e a morbilidade por doenças cardiovasculares em 18% (Staessen *[et al]*, 2000; Pierin *[et al]*, 2001; Bossay *[et al]*, 2006).

A HTA sistólica elevada está associada a um apreciável aumento de doenças cardiovasculares nas pessoas idosas (Pescatello *[et al]*, 2004; Polónia *[et al]*, 2006), estando também fortemente correlacionada com um prognóstico não favorável, sendo considerado um fator de risco contínuo e independente de doenças cardiovasculares (MacWalter *[et al]*, 2001; Pescatello *[et al]*, 2004).

Um tratamento farmacológico constituído por dois ou mais fármacos antihipertensores pode ser necessário para se atingir o controlo da PA. A adição de um segundo fármaco deve ser iniciada quando a monoterapia não é suficiente para alcançar o objetivo tensional. A administração de dois fármacos num único comprimido tem sido utilizado, regularmente, de forma a otimizar a adesão da pessoa à terapêutica e controlar a PA (ESH, 2003). O caráter assintomático da doença não permite que a pessoa se sinta melhor com a instituição do tratamento farmacológico; no entanto, este pode ser responsável por a pessoa se sentir pior, como resultado de efeitos adversos, colocando em causa a adesão ao tratamento. Uma vez iniciada, a terapêutica antihipertensora é geralmente para toda a vida (Araújo & Garcia, 2006), pelo que o abandono da terapêutica é usualmente seguido pelo retorno aos valores de PA iniciais antes do tratamento (ESH, 2003).

O estudo designado “*Estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome Metabólica na População Portuguesa*” (VALSIM) caracterizou os padrões de tratamento antihipertensor em Portugal, tendo observado mais de 16.000 indivíduos dos dois sexos, e concluído que os mesmos apresentam elevada variabilidade. Os autores verificaram também que a proporção de pessoas com monoterapia é ainda muito elevada, impondo-se uma utilização mais frequente de associações de fármacos antihipertensores, de forma a melhorar a eficácia do controlo tensional (Cortez-Dias [et al], 2009).

Apesar de a HTA ser uma doença relativamente fácil de diagnosticar e com um tratamento teoricamente eficaz e disponível, verifica-se que a percentagem de pessoas com HTA que estão controladas é baixa, mesmo em países com bons recursos sociais e económicos (WHO/ISH, 2003). De acordo com Wolf-Mayer [et al] (2004), na faixa etária dos 35-64 anos, a proporção de pessoas hipertensas nos EUA ronda os 29%, descendo para 17% no Canadá e não atingindo os 10% na Europa. Somente metade das pessoas com HTA é detetada e destas, metade é tratada e entre esses últimos, apenas metade é controlada. Assim, apesar de ter crescido, em anos recentes, o reconhecimento, o tratamento e o controle da HTA, muitas pessoas hipertensas ainda desconhecem a sua condição clínica. As que já têm o diagnóstico de HTA, o tratamento ainda é frequentemente inadequado (Kearney [et al], 2004). As razões do não controlo de pessoas com HTA parecem ser várias e complexas incluindo: falhas na deteção dos casos da HTA, dificuldade das pessoas em iniciar ou continuar com o tratamento por falta de conhecimentos, não adesão por parte das pessoas ao regime terapêutico (tratamento farmacológico e/ou

alterações nos estilos de vida), a falta de tratamentos adequados para se controlar a PA e acesso limitado aos cuidados de saúde (WHO/ISH, 2003;ESC/ESH,2007; Eskridge, 2010).

#### 1.1.4. Magnitude Do Problema

O envelhecimento da população mundial destaca-se como uma das mais importantes mudanças demográficas observadas nas últimas décadas. Melhorias na área de saúde pública, nas condições socioeconómicas da população e os avanços médico-científico-tecnológicos podem ser considerados como alguns dos fatores que contribuíram para esta mudança (Schroeter *[et al]*, 2007).

O envelhecimento da população, resultante do aumento da esperança de vida, tem um efeito direto na evolução do padrão de morbilidade, com o consequente aumento da prevalência das doenças crónicas entre as quais, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, tumores, doenças respiratórias e DM (Schroeter *[et al]*, 2007; WHO, 2008b). Este facto implica novas necessidades e novos desafios da procura de cuidados de saúde (Petronilho, 2009) que, por sua vez, acarreta um maior esforço por parte do sistema de saúde em geral e dos profissionais de saúde em particular, de forma a poderem proporcionar o acompanhamento necessário em patologias de longa duração e geradoras de considerável incapacidade (WHO, 2008b).

As doenças crónicas foram responsáveis a nível mundial por 58 milhões de mortes em 2005 (um terço das mortes), destacando-se a maior representatividade das doenças cardiovasculares com 17 milhões de mortes (34% do total de óbitos da população mundial) (WHO, 2005).

As doenças cardiovasculares são das mais importantes causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e também em Portugal, 32% do total de mortes no sexo feminino e 27% no sexo masculino (WHO, 2008a). Mais especificamente, a nível mundial, a primeira causa de morte é a doença isquémica cardíaca, que representa 12,2% do total de mortes, seguida pela doença cerebrovascular 9,7% do total de mortes (WHO, 2008a). A prevalência destas doenças irá aumentar significativamente nos anos seguintes e perspectiva-se que em 2030 sejam a primeira causa de morte em todo o mundo e que atinja

mortalmente 24 milhões de pessoas (Kearney *[et al]*, 2005; Carrageta, 2006; WHO, 2008a).

As doenças cardiovasculares estão fortemente relacionadas com a idade e, aproximadamente, um quarto da população acima dos 65 anos, nos países industrializados, sofre deste tipo de doenças (Williams *[et al]*, 2002).

O aumento do número de mortes por doenças cardiovasculares projetadas para o período de 2004-2030 deve-se apenas ao crescimento e envelhecimento populacional, assim contrabalançando no sentido positivo por alterações epidemiológicas resultantes da implementação de campanhas de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. Apesar da mortalidade proporcional a estas doenças aumentar quando a população envelhece, verifica-se que as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, no grupo etário dos 15 aos 59 anos já são elevadas (WHO, 2008a).

Na Europa, as doenças cardiovasculares causam anualmente mais de 4,8 milhões de mortes (48% do total de mortes) e mais de 2 milhões na UE a 27 (42% do total de mortes). São a primeira causa de morte nas mulheres em todos os países da Europa, e nos homens também, com exceção neste caso para a França, a Holanda e a Espanha (EHN, 2008).

A doença isquémica cardíaca é a primeira causa de morte nos dois sexos, 27% nos homens e 22% nas mulheres. O AVC é mais frequente nas mulheres, 17% do total de mortes no sexo feminino contra 11% no sexo masculino. A doença valvular cardíaca e a doença vascular periférica também causam um maior número de mortes nas mulheres, 15% contra 11% nos homens (EHN, 2008).

No entanto, constata-se grandes disparidades entre os diversos países europeus: a mortalidade, incidência e número de mortes por doenças cardiovasculares tem vindo a diminuir na maioria dos países do norte, sul e oeste da Europa, mas esta tendência não se verifica com a mesma intensidade nos países da Europa Central e de Leste (*ibidem*).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (doravante INE), as doenças do aparelho cardiovascular foram responsáveis em 2006 por 32.993 óbitos (cerca de 32% dos óbitos totais), dos quais 14.856 no sexo masculino e 18.137 no sexo feminino (INE, 2008).

A HTA é o principal fator de risco mais influente no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, nomeadamente para o AVC (62%) e para a doença isquémica cardíaca (49%) em todo o mundo (JNC 7, 2003; Polónia *[et al]*, 2006; He

[et al], 2010), tem uma elevada prevalência nos indivíduos idosos e está associado a uma elevada mortalidade e morbidade (Chobanian [et al], 2003). Afeta aproximadamente cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo (Chobanian [et al], 2003; Appel [et al], 2006), estima-se que seja responsável por 7,1 milhões de mortes prematuras no mundo que corresponde a 13,5% da mortalidade total anual (WHO, 2005; Sehestedt [et al], 2007; Nogueira [et al], 2010). Em Portugal calcula-se que exista 4 milhões de pessoas com HTA que corresponde a 20% do total dos residentes no país: 23% para as mulheres e 16,1% para os homens; e em ambos os sexos observam-se frequências mais altas a partir do grupo etário 45-54 anos (DGS, 2008).

Estima-se, contudo, um agravamento na dimensão do problema devido ao envelhecimento da população e adoção dos atuais estilos de vida nos países desenvolvidos que são também cada vez mais frequentes nos países em desenvolvimento, caracterizados por comportamentos de saúde pouco saudáveis e ritmos de vida intensos (WHO, 2008a).

A HTA é um dos problemas de saúde mais comuns do mundo industrializado. As repercussões económicas e sociais que a doença acarreta constituem uma sobrecarga para os sistemas de saúde (Cavalari, 2010).

A falta de comparência no local de trabalho e a diminuição da produtividade, que se repercute económica e socialmente, contribuem para os custos indiretos com a doença (Cavalari, 2010).

Estudos confirmam que a percentagem de tratamento e controlo dos hipertensos está longe do desejável, mesmo nos países mais desenvolvidos (Macedo [et al], 2007; Scheltens [et al], 2007).

O estudo denominado “*Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial em Portugal*” cuja amostra foi constituída por 5023 pessoas permitiu caracterizar o panorama nacional relativamente à HTA, concluindo-se que a sua prevalência é de 42,1% na população adulta inquirida (18 aos 90 anos). Entre as cinco regiões estudadas do país verifica-se a menor prevalência no Norte (33,4%), Lisboa e Vale do Tejo (36,1%), seguido do Algarve (42,1%), Centro (45,4%) e a mais alta no Alentejo (49,5%). A prevalência é significativamente superior no sexo masculino (49,5%) comparada com o feminino (38,9%); no entanto, na população hipertensa, o grau de conhecimento, tratamento e controlo da HTA é superior no sexo feminino, apresentando diferenças significativas: 56,1%, 48,1% e 15,4% nas mulheres; 36,7%, 30,6% e 7,2% nos homens, respetivamente (Macedo [et

*al]*, 2007). Ainda de acordo com este estudo, e no que concerne ao conhecimento da HTA, só 46,1% dos hipertensos sabem que têm PA elevada o que significa que mais de 54% dos inquiridos desconheciam ser hipertensos, valores que são inferiores aos verificados em outros países. Dos hipertensos encontrados só 39% estão a ser tratados e apenas 11,2% estão controlados, com valores de PA inferiores a 140/90mmHg. No grupo dos hipertensos tratados apenas 28,6% apresentam valores de PA controlada, tal como se verifica nos restantes países, em que a proporção dos hipertensos tratados e controlados varia entre os 20 e os 50% (Kearney *[et al]*, 2004). Estes dados são extremamente baixos particularmente no que diz respeito ao controlo da HTA (Macedo *[et al]*, 2007).

Numa análise comparativa com outros países europeus, como a Espanha (37%), Suécia (38%), Inglaterra (41%) e Alemanha (55%), para a faixa etária dos 35 aos 64 anos, a prevalência no nosso país apenas foi inferior à da Alemanha (Macedo, 2004).

A prevalência média da HTA na Europa é de 44% enquanto nos EUA e Canadá se situa nos 28% e 27%, respetivamente. Este excesso de prevalência de HTA na Europa acompanha-se de diferenças significativas na taxa de tratamento e controlo. Nos EUA e Canadá, 23% dos hipertensos estão controlados, proporção que desce para 8% nos países europeus (Wolf *[et al]*, 2003; Kearney *[et al]*, 2005).

Um dos fatores de risco mais importantes para o AVC é a HTA, tendo-se verificado que a taxa de mortalidade por AVC e por doença isquémica cardíaca foi diminuindo fortemente e de forma consistente ao longo dos últimos trinta anos, nos EUA, Japão e em vários países da Europa Ocidental, devido ao papel determinante que o tratamento da HTA teve nesta evolução positiva (Levi *[et al]*, 2002).

As estatísticas nacionais mostram que a morbilidade e a mortalidade por enfarte agudo do miocárdio em Portugal encontram-se entre as mais baixas da Europa Ocidental, mas a taxa de mortalidade por AVC é uma das mais altas a nível mundial, representando cerca de metade dos óbitos de origem cardiovascular (Correia *[et al]*, 2004; WHO, 2006; Fauci *[et al]*, 2008; INE, 2008). A mortalidade por AVC é maioritariamente uma causa de morte feminina: a partir dos 50 anos as mulheres morrem aproximadamente o dobro dos homens por AVC, no entanto, esta situação inverte-se a partir dos 75 anos, reflexo da longevidade feminina (Murjal *[et al]*, 2007).

Face a esta realidade torna-se relevante e urgente diagnosticar adequadamente para atempadamente se poder tratar e controlar a HTA; por outro lado, é necessário identificar quais os preditores de prevalência, tratamento e controlo da HTA, de forma, a possibilitar o desenvolvimento de estratégias a nível nacional que visem melhorar a prevenção, deteção e tratamento deste problema *major* de saúde pública (Martins, 2009).

O conhecimento destes preditores da HTA permitirá delinear políticas de intervenção mais focalizadas sobre os “grupos populacionais” que necessitam de intervenção e assim obter resultados mais eficazes que visem a redução desta patologia (Martins, 2009).

As doenças cardiovasculares ou as doenças do aparelho circulatório englobam um conjunto de patologias que estão definidas na Classificação Internacional de Doenças - 9ª revisão: febre reumática, doença cardíaca reumática, doença hipertensiva, doença cerebrovascular, doença isquémica cardíaca, entre outras (Rocha, 2010).

A HTA é uma das causas mais importantes de morte no nosso país e uma importante causa de morbilidade, invalidez e absentismo, através do seu contributo no aparecimento das doenças do aparelho circulatório, concretamente na doença cerebrovascular e na doença isquémica cardíaca (DGS, 2003). A HTA é um dos fatores de risco mais importantes que preenche os critérios de causalidade das doenças do aparelho circulatório (Mackay & Mensah, 2004).

Nas últimas décadas, este grupo de doenças têm-se afirmado no panorama mundial pelo lugar cimeiro que ocupa como principal causa de morte das populações. As doenças do aparelho circulatório também se encontram entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal sendo a 3ª e 4ª causa de anos potenciais de vida perdidos para as doenças cerebrovasculares e para a doença isquémica cardíaca, respetivamente (INE, 2009).

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo INE, refira-se a 2007, revelam que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 32,1% da totalidade dos óbitos que corresponde a 33.472 (não obstante o decréscimo de 1% relativamente ao ano anterior) valores em muito superiores aos provocados pela segunda principal causa de morte no país, as neoplasias com 23,4% (INE, 2009).

A taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes com mais de 65 anos é de 1486 e 1274, para homens e mulheres, respetivamente (ibidem).

As doenças do aparelho circulatório, para além de constituírem a primeira causa de mortalidade, são também uma das principais causas de hospitalização e incapacidade que afeta a nível pessoal, familiar e social, e que culmina em elevados custos sócio-económicos (Macedo [et al], 2008; Martins, 2009).

Tal facto é consequência de muitos dos que sobrevivem a eventos cardiovasculares sofrerem de algum grau de invalidez e diminuição da qualidade de vida, além da desarticulação socioeconómica da sua família. É certo que as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório têm diminuído em muitos países mas, paradoxalmente, a quantidade de indivíduos a viver diariamente com estas doenças aumenta. Para tal contribui não só o aumento da sobrevivência à doença (eficácia dos tratamentos e de outras atitudes de prevenção), mas também a evolução demográfica da população (aumento da longevidade). Por conseguinte, as previsões para o futuro próximo apontam no sentido da prevalência destas doenças ser muito elevada, sobretudo se as populações não adotarem estilos de vida mais saudáveis, bem definidos nas recomendações de Sociedades Científicas e cada vez mais adotados e divulgados pelas Autoridades e Instituições de Saúde (Gomes, 2010; Rocha, 2010).

Diversos indicadores podem ser utilizados para avaliar o impacto de morbilidade de uma etiologia específica da Saúde Pública de uma comunidade ou para proceder a análises comparativas entre diferentes comunidades, nomeadamente a prevalência, a incidência, os anos de vida ajustados à incapacidade (DALY's - *Disability Adjusted Life Years*) ou ainda índices que agregam a informação de vários indicadores como a Carga de Doença (*Burden of Disease*) (Martins, 2009).

A principal medida utilizada em 2002 para estimar o peso das doenças foi o DALY que agrega os anos perdidos por morte prematura e os anos perdidos de vida saudável por incapacidade (WHO, 2004). A doença isquémica cardíaca em quarto lugar, como causa de Carga de Doença no mundo para todas as faixas etárias, é responsável por 62,6 anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (DALY's) enquanto a doença cerebrovascular ocupa a 6ª posição (WHO, 2008a).

A nível europeu, as doenças cardiovasculares são não só a principal causa de morte, mas também a principal causa de anos de vida ajustados à incapacidade, representando 23% do total - mais de 34 milhões de DALY's. As taxas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALY's) padronizadas pela idade, na Europa, referente a 2002, para a doença isquémica cardíaca e para a doença

cerebrovascular são mais elevadas na Europa de Leste, diminuindo progressivamente nos países mais ocidentais e mediterrânicos (WHO, 2008 a).

Na grande maioria dos países, as taxas de anos de vida ajustados à incapacidade por doença isquémica cardíaca são superiores ou similares às mesmas taxas por AVC, mas tal não se verifica no nosso país, onde sucede o inverso (*ibidem*).

As doenças cardiovasculares aparecem em segundo lugar, tanto no sexo masculino como no feminino como causa de incapacidade em percentagem do total de anos ajustados à incapacidade (DALY's) em ambos os sexos (WHO, 2006).

O Gabinete de Informação e Prospetiva do Alto Comissariado da Saúde realizou um estudo que teve como objetivo calcular o total e a média de Anos de Vida Potencialmente Perdidos para a população de Portugal Continental, por causa de morte, sexo e região, para o período 2003-2005, e observar a evolução destes indicadores, relativamente ao período 1999-2001, com base em informação disponibilizada pelo INE (Santana [*et al*], 2007). Neste estudo, verificou-se que a doença isquémica cardíaca e as doenças cerebrovasculares constituíam a terceira e a quinta causa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos. Em relação aos períodos de 1999-2001 e 2003-2005 verificou-se que a doença isquémica cardíaca foi a situação que sofreu uma pior evolução em termos de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (morre-se mais ou mais cedo), tanto nos homens como nas mulheres, entre estes dois períodos, embora mais marcadamente no sexo masculino. Também as doenças cerebrovasculares sofreram uma evolução negativa neste intervalo, relativamente à média de Anos de Vida Potencialmente Perdidos, embora numa escala muito menor, e de forma semelhante nos dois sexos (Santana [*et al*], 2007). Dados recentes da DGS (2008) revelam que os homens perdem mais anos de vida potencialmente perdidos que as mulheres nas doenças cerebrovasculares e na cardiopatia isquémica, respetivamente: 240/123; 272/74.

Em relação a internamentos hospitalares, em 2006, verifica-se que as doenças do aparelho circulatório são as que apresentam o maior número de doentes com alta clínica 133.586, no total e em ambos os sexos, com exceção para as complicações de gravidez, parto e puerpério. Além disso, estas doenças levam a internamentos com duração intermédia de 7-8 dias por doente que foi ligeiramente superior à média global dos internamentos (INE, 2008).

Os dados do Sistema Nacional de Saúde (doravante SNS) indicam que as doenças do aparelho circulatório ocupam o segundo lugar no *ranking* de doentes saídos de procedimentos cirúrgicos (121.428 doentes com alta clínica, provocando um total de 1.095.335 dias de internamento) (DGS, 2008b).

Os estudos sobre os custos das doenças em geral estão baseados na sua prevalência e dividem-se em: custos diretos, custos indiretos e custos totais (consiste no somatório dos anteriores). Os custos diretos que se atribuem à utilização dos serviços de saúde nomeadamente, as consultas, internamentos, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, entre outros. Os indiretos relacionam-se principalmente com a perda de produtividade das pessoas (Gouveia *[et al]*, 2004).

O predomínio da análise de custos é de natureza económica. Nesse sentido, as complicações das doenças do aparelho circulatório repercutem-se ao nível socioeconómico: perda de produtividade, reformas antecipadas, custos económicos com o diagnóstico e tratamento. Porém, também estão na origem de outros custos, intangíveis, ao nível da pessoa e da família, sofrimento biopsicossocial, sem esquecer o valor imensurável de uma vida (Rocha, 2010).

Estima-se que as doenças do aparelho circulatório custem à economia da UE 169 biliões de Euros (doravante €) por ano. Isto representa um custo anual total *percapita* de 372 €. Os custos *percapita* variam cerca de 10 vezes entre Estados Membros, desde menos de 50 € em Malta até mais de 600 € *percapita* por ano na Alemanha e Inglaterra. Só na UE, a perda de produtividade custa mais de 35 biliões de Euros que representam 21% do custo total destas doenças. A mortalidade contribui para dois terços deste valor (24,4 biliões Euros) e um terço é devido à doença (morbilidade) na população em idade ativa (WHO, 2008a).

Relativamente aos custos diretos, em Portugal, apresentados na “*Estatística do Medicamento*” (2009), o SNS, cujo orçamento foi na ordem dos 8.407 biliões de Euros, teve encargos anuais totais com medicamentos de 1.700.890.156 €, tendo sido a maior proporção 30,56%, que correspondeu a 476.405.361 €, com os grupos farmacoterapêuticos para o Aparelho Cardiovascular. Uma análise mais detalhada sobre os encargos do SNS por grupos e subgrupos farmacoterapêuticos permite verificar que, dentro do aparelho cardiovascular, os antihipertensores são aqueles que representam o maior encargo financeiro para o SNS com 310.117.953 € (Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (doravante INFARMED), 2009).

Perante esta realidade nacional/internacional que assume contornos preocupantes torna-se premente a necessidade de implementar estratégias de prevenção cardiovascular o que poderá gerar ganhos em saúde com reflexos positivos na economia de um país. Esta conclusão já é consensual, embora haja um longo caminho a percorrer para atingir este objetivo. Há evidência de que se estas estratégias forem aplicadas desde a juventude, os ganhos serão ainda maiores (Guerra, 2003). Para tal, é fundamental que a abordagem preventiva, numa patologia de etiologia multifatorial, como é a HTA, seja global, isto é, dirigida a todos os fatores de risco. Contudo, um dos componentes mais importantes relaciona-se com os comportamentos de saúde saudáveis que devem ser promovidos desde o nascimento, no domicílio, na escola e nos locais de trabalho. Isto implica que, em qualquer destes locais e etapas da vida da pessoa, a educação para a saúde é fundamental (Rocha, 2010).

Tal como foi defendido pela OMS, a DGS desenvolveu um programa denominado *“Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares”* que abrange um período temporal de 2003-2010. Este programa pretende, através de uma abordagem integrada, *“enfatizar quer a educação para a saúde como a educação terapêutica, enquanto processos que visam contribuir para que as mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma”* (DGS- Circular Normativa nº 15, 2003, p.7). O programa em causa visa a redução dos riscos cardiovasculares através da implementação de várias estratégias, entre as quais, melhorar o diagnóstico e o tratamento da HTA. A DGS pretende desta forma *“promover a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efetivação do diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso, aderência à terapêutica, assim como autovigilância e o autocontrolo da HTA e dos riscos associados”* (DGS - Circular Normativa nº 15, 2003, p. 12). Para este efeito, o programa contempla a publicação por parte da DGS de orientações técnicas sobre o diagnóstico e tratamento de HTA destinados aos profissionais de saúde e de um manual de vigilância e controlo da PA, destinado à pessoa com HTA (Sousa, 2005).

### 1.1.5. Prevenção Da Hipertensão Arterial

A HTA é um problema de saúde individual, mas é também, e cada vez mais, um grave problema de saúde pública. A HTA é provavelmente o problema de saúde pública mais importante dos países desenvolvidos e prepara-se para o ser nos países em desenvolvimento (WHO, 2008a). O nosso país não é exceção e, como foi anteriormente referido, a HTA revela indicadores preocupantes no que se refere às taxas de morbili-mortalidade atribuíveis às suas complicações e mantém-se na liderança das causas de morte no país (INE, 2008; WHO, 2008a). Isto exponência um aumento nos custos socioeconómicos quer para o indivíduo com HTA quer para os sistemas de saúde (Monteiro & Sobral Filho, 2004; Krinshi *[et al]*, 2006; Lima *[et al]*, 2010).

A HTA apresenta características específicas que contribuem para a sua elevada prevalência e controlo insuficiente no mundo e em Portugal: cronicidade, carácter assintomático, história prolongada, multiplicidade de fatores associados, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, aparecimento de complicações, dificuldade em se estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento e ainda as dificuldades do portador de HTA em aderir ao tratamento recomendado (Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004; Araújo & Garcia, 2006; Cavalari, 2010).

Araújo e Garcia (2006) corroboram com esses achados e acrescentam que dado o seu carácter assintomático, o diagnóstico da doença em muitas pessoas é realizado tardiamente.

Por outro lado, parece que, apesar dos avanços científicos conseguidos, no que concerne ao diagnóstico e ao tratamento farmacológico da doença, a prevenção primária é uma aliada crucial ao combate da patologia para diminuir os casos da doença, suas repercussões em órgãos -alvo e, principalmente, as taxas de mortalidade por AVC e doença isquémica cardíaca (Mousinho & Moura, 2008).

Daí, a importância cada vez maior no diagnóstico precoce para um tratamento atempado com o fim de reduzir os valores da HTA. O tratamento deve começar pela indução de comportamentos saudáveis na vida das pessoas com diagnóstico de HTA como a redução do peso, a adoção de uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, redução de ingestão de sal, prática de atividade física, o consumo moderado de álcool e cessação do hábito de fumar (DGS - Circular Normativa nº 2, 2004).

A adoção de estilos de vida saudáveis constitui um componente indispensável no tratamento das pessoas com HTA podendo inclusivamente contribuir, em indivíduos suscetíveis, para a prevenção da sua ocorrência. Estas medidas, se suficientemente duradouras, poderão permitir, por um lado, a redução da PA de 5 a 20mmHg e, por outro lado, a redução do risco cardiovascular (DGS - Circular Normativa nº 2, 2004).

De acordo com os dados obtidos num estudo de 38 utentes, verificamos que 32% das pessoas com diagnóstico de HTA utilizavam três comportamentos de saúde saudáveis para controlo da HTA, 21% quatro a cinco e 13% apenas um (Gomes, 2010). Tal facto vai de encontro ao Programa Nacional de Controlo e Prevenção das Doenças CardioVasculares (2003), pois devem ser adotados comportamentos de saúde saudáveis no controlo da HTA, de forma, a controlar os fatores de risco, tais como o tabagismo, o álcool, o sedentarismo, a obesidade, entre outros.

A implementação de medidas de prevenção contra a HTA representa um grande desafio para a equipa multidisciplinar; a prevenção e a deteção são as formas mais efetivas de evitar a doença e deve ser uma meta prioritária dos profissionais de saúde (DGS - Circular Normativa nº 2, 2004) que para isso, deverão sensibilizar a população “alvo” para a prevenção dos fatores de risco através da educação para a saúde. A pessoa com HTA deverá ser encorajada e convencida a ser responsável pela sua própria saúde, envolvendo-a ativamente no processo do tratamento e, por último, dever-se-ia fomentar a criação de sistemas de informação de forma que permitisse a identificação, acompanhamento, monitorização, tratamento e controlo das pessoas com HTA para se diminuir o número de mortes provocadas pela doença e potenciando ganhos em saúde.

## **1.2. Adesão Terapêutica**

A adesão à terapêutica tem sido foco de várias pesquisas nos últimos anos, e sem dúvida, tem se tornado um dos maiores problemas na sociedade pela sua importância nos cuidados de saúde e pela sua complexidade.

O comportamento das pessoas é decisivo para a promoção da sua saúde e para a prevenção ou tratamento das suas doenças. Alterar o comportamento das

pessoas não é fácil e implica mudar hábitos frequentemente enraizados (Paul & Fonseca, 2001).

É necessário efetuar mais investigação sobre a adesão para maximizar a eficácia do tratamento. A pessoa para aderir ao tratamento recomendado terá de cumprir o mesmo, no entanto, falta ainda um longo caminho para que se possam compreender melhor os determinantes da adesão e o comportamento humano e, desta forma, implementar intervenções que visem promover a adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico (Machado, 2009).

### 1.2.1. Definição De Adesão

A preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de há muito tempo, sendo uma das primeiras descrições na literatura citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de se observarem as falhas da pessoa no esquema terapêutico em relação ao que havia sido prescrito (Barbosa & Lima, 2006).

Várias terminologias são utilizadas como sinónimo de adesão, tais como “aderência”, “concordância” e “cooperação” (em inglês *adherence*, *compliance*, *cooperation*).

A *compliance*, enquanto conceito foi definida inicialmente como sendo “*the extent to which a person’s behaviour coincides with medical or health care advice*” (Haynes (1981), citado por Cabral & Silva, 2010, p.1). Esta sintética definição assentava numa premissa que foi questionada nos estudos académicos posteriores (Turk & Meichenbaun, 1991; Bishop, 1994; Playle & Keeley, 1998; Horne, 2000; Sousa, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005) sobre o tema, os quais vieram demonstrar que esse cumprimento não deve ser apenas entendido como uma mera obediência da parte da pessoa em relação a indicações dos profissionais de saúde, isto é, alguém sem autonomia/passivo para decidir se segue ou não um tratamento (Brawley & Culos-Reed, 2000; Cabral & Silva, 2010). Esta perspetiva, de dominância do modelo biomédico tem sido criticado, por se basear numa relação em que o profissional de saúde decide qual o tratamento apropriado e a pessoa deve cumprir obrigatoriamente as indicações que lhe sejam dadas, sendo-

lhe imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição (Cabral & Silva, 2010).

Em alternativa foi proposta a adoção do termo *adhrence* através do qual se reconhece que a “*pessoa não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser um sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária da pessoa que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue*” (Bugalho & Carneiro, 2004, p.9-10). Este termo implica um envolvimento ativo com o intuito de produzir um resultado terapêutico (Turk & Meichenbaun, 1991; Milstein - Moscati [et al], 2000; Leite & Vasconcelos, 2003; WHO, 2003; Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004; Carmo, 2007; Cabral & Silva, 2010).

Outro termo utilizado é *cooperation* visto que implica uma relação de parceria na qual os intervenientes estão ativamente envolvidos na restauração e manutenção da saúde da pessoa (Brannon & Feist, 1996; Horne, 2000).

Segundo Horne (2001) e Vermeire [et al] (2001), a distinção entre cumprimento e adesão é académica, não existindo diferenças relevantes quanto ao resultado que se traduz no comportamento da pessoa. Os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que compreendam a “*existência de um acordo entre ambas as partes, respeitando as crenças e desejos, devem simplesmente constatar um facto e não classificar de forma depreciativa, a pessoa, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito*” (Bugalho & Carneiro, 2004, p.10). Tal como refere Cabral & Silva (2010, p.2) em ambas as definições, o que pretende ser medido e analisado é o grau de correspondência do comportamento da pessoa em relação às indicações dadas por um profissional de saúde ao tratamento prescrito.

Entretanto, várias outras definições de adesão terapêutica têm surgido ao longo do tempo. A WHO (2003b, p.3) adotou a seguinte definição que perdura no tempo “*the extent to which a person’s behaviour - taking medication, following a diet, and/or executive lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*”. Esta definição enfatiza a importância da pessoa concordar com as recomendações dos profissionais de saúde.

Outra definição considera o grau de concordância entre as recomendações do profissional de saúde e o comportamento da pessoa perante o regime terapêutico (Ramalhinho, 1994; Cheng, Kallis & Feifer, 2001; Haynes [et al], 2004;

Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004). O controlo inadequado da PA, facto frequentemente observado, pode estar relacionado com a falta de adesão da pessoa com HTA ao regime terapêutico (Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004).

De acordo com Vermeire e seus colaboradores (2001) todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, logo, o comportamento racionalmente mais adequado é seguir estas recomendações.

Muitos dos estudos existentes referem-se exclusivamente à adesão à medicação, mas o conceito de adesão inclui outros aspetos inerentes à prevenção e ao tratamento das doenças que não podem ser esquecidos (Machado, 2009).

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção significativo e representativo para os enfermeiros pois, por um lado, promove a nova condição de saúde da pessoa e, por outro lado, promove os processos de aprendizagem da pessoa face ao processo de saúde-doença, à necessidade de mudança gerada por esse acontecimento na sua vida. Este conceito surge como um dos fenómenos de enfermagem, relevantes da prática de cuidados de enfermagem e prioritários em saúde (Petronilho, 2009).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (doravante CIPE) de 2010, que constitui uma ferramenta taxonómica para a enfermagem, tendo em vista uma descrição da conceptualização dos termos, homogeneização e uniformização da linguagem, a adesão é uma vertente da gestão do regime terapêutico.

Define-se como gestão do regime terapêutico “(...) *estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa*” (Internacional Council of Nurses (doravante ICN), 2010, p. 97).

A adesão é definida como “(...) *ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)*” (ICN, 2010, p. 38).

### *1.2.2. A Magnitude Do Problema Da Adesão/Não Adesão*

Nos países desenvolvidos, a adesão à terapêutica farmacológica entre as pessoas com doenças crônicas medeia os 50%, sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande magnitude, especialmente nos países em desenvolvimento (WHO, 2003b).

A adesão a regimes terapêuticos curtos (3 a 5 dias) com fins curativos numa situação aguda, como a toma de um antibiótico para combater uma infeção é alta (entre 70 a 80%), quando comparada com regimes terapêuticos longos ou mudanças nos estilos de vida, como seguir uma dieta ou deixar de fumar, em que os valores de adesão tendem a diminuir (50% ou menos), acentuando-se ainda mais quando a sintomatologia regride ou desaparece (Ribeiro, 1998; Higgins & Regan, 2004).

Em instituições hospitalares, aproximadamente 100% das pessoas cumprem o regime terapêutico prescrito. Apesar do referido regime se mostrar, na maioria dos casos (cerca de 90%) adequado e eficaz e, de contribuir para o alívio da sintomatologia, quando têm alta, muitas pessoas deixam de seguir o tratamento recomendado (terapêutica e modificação dos estilos de vida) (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001).

Há fortes evidências de que muitos indivíduos portadores de doença crónica, como a asma, a HTA, a DM, entre outras, têm dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos recomendados, o que leva a uma deficiente gestão e controlo da doença. Cerca de 75% das pessoas com HTA não alcançam os níveis adequados de controlo da PA (WHO, 2003).

Quando o grau de adesão ao tratamento farmacológico for superior a 80% significa que as pessoas são aderentes às recomendações terapêuticas, pelo que estima-se que a extensão com que as pessoas aderem ao tratamento antihipertensivo varie entre 50 e 70% (Leite & Vasconcelos, 2003; Martinez, 2004).

No entendimento de Bastos (2004) e Sousa (2005), para além de preocupante, o problema em análise também se reveste de complexidade, pela

abrangência dos aspetos que contempla. De facto, em todas as situações nas quais o tratamento envolva algum aspeto de comportamento, a adesão é um problema potencial. A adesão terapêutica envolve vários comportamentos relacionados com a saúde, como por exemplo: seguir um regime alimentar, praticar exercício físico, deixar de fumar, tomar a medicação prescrita, comparecer a consultas, entre outros. Assim, avaliar a adesão torna-se difícil pois, por um lado, a dificuldade em aderir pode ocorrer em diferentes componentes do regime terapêutico e, por outro lado, as pessoas podem aderir de forma diferente em cada aspeto do tratamento. Neste âmbito também alegam Ley (1997), Myers & Midence (1998) e Sarafino (2002) que as pessoas podem não tomar a medicação, não comparecer às consultas, não seguir o regime alimentar ou outras mudanças no estilo de vida sugeridas pelos profissionais de saúde. No que concerne à medicação, a adesão tem sido definida de diferentes formas: não tomar as doses prescritas, tomar doses adicionais não prescritas, não atender ao correto intervalo entre as doses ou não cumprir a correta duração do tratamento. Mesmo perante cada uma destas situações, os valores de adesão podem ser diferentes em momentos distintos (Bastos, 2004; Sousa, 2005).

Perante esta problemática torna-se necessário uma abordagem biopsicossocial que encare as pessoas como parceiros ativos no percurso terapêutico, isto é, as pessoas pretendem cada vez mais sentir-se incluídas no processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde (Donovan & Blake, 1992). Assim, os comportamentos de não adesão são geralmente definidos como o não seguimento, por parte das pessoas, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde (Ley, 1997) que devem ser entendidos *“como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos”* (Klein & Gonçalves, 2005, p. 119). Com efeito, tais respostas podem constituir, no contexto de uma relação entre pessoas e profissionais de saúde, manifestações de autonomia e até de desafio ao “poder profissional”, apoiados, por seu turno, na consciência de si, da dor e do desconforto, nomeadamente, por parte dos doentes crónicos (Horne, 2000).

A disparidade dos dados referentes à não adesão é em parte explicada pela diversidade de métodos utilizados na avaliação da não adesão (diretos: análises ao sangue e urina ou indiretos: autorrelatos, resultados terapêuticos, contagem de

comprimidos, estimativas do profissional) (Bishop (1994); Horne (2000), citados por Cabral & Silva (2010)).

Dada a complexidade no processo de adesão ao tratamento, alguns autores estabeleceram critérios para caracterizar as pessoas quanto à adesão do tratamento. Maclean *[et al]* (2002) descreveram as pessoas que tinham adesão como motivadas e as que não tinham adesão como passivas, pessimistas e desinteressadas. Para Pierin, Gusmão & Carvalho (2004) atribuíram diferentes graus de adesão indicando que no nível mais elevado estão os aderentes propriamente ditos, as pessoas que seguem totalmente o tratamento e, no lado oposto, estão os desistentes, que são aqueles que abandonaram o tratamento. Há ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento.

O baixo nível de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento da pessoa não coincide com as indicações do médico ou de outro profissional de saúde. Não se circunscreve a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico numa perspectiva de cumprimento da prescrição de fármacos mas, também, ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos comportamentos no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico (Brannon & Feist, 1997; WHO, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

Muita investigação tem sido desenvolvida no sentido de captar a dimensão do fenómeno, dadas as importantes repercussões que a “falta” de adesão representa na saúde pública nomeadamente uma perda significativa nos ganhos de saúde e um desperdício de recursos para o sistema de saúde (Horne, 2000).

Qualquer prescrição médica tem o intuito de trazer benefícios para a pessoa. No entanto, o uso inadequado dessa prescrição por parte da pessoa pode ter consequências para o próprio e provocar também efeitos colaterais mais amplos em termos socioeconómicos. Com efeito, a falta de adesão ao regime terapêutico pode resultar no agravamento e exacerbação do estado de saúde da pessoa, ocasionando eventualmente erros no diagnóstico e no tratamento. Essa deterioração do estado clínico pode ainda implicar prescrições posteriores de mais fármacos envolvendo a necessidade da realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos com mais custos e mais complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e/ou

despesas desnecessárias, efeitos indesejáveis que o regime terapêutico prescrito tentaria minimizar (Cluss & Epstein (1985); Turk & Meichenbaun (1991); Horne (2000), citados por Cabral & Silva (2010)).

A não adesão conduz a um aumento do risco clínico e, conseqüentemente, a um aumento da morbidade e da mortalidade (WHO, 2003b). Contudo, e dependendo da doença e da condição clínica, as conseqüências da não adesão podem não ser imediatas, sentindo-se a longo prazo. Por sua vez, a não adesão ao tratamento em situações de DM pode desencadear conseqüências negativas num espaço de dias (Berger *[et al]*, 2004).

Em suma, a falta de adesão à terapêutica tem efeitos adversos na qualidade dos cuidados médicos. Segundo Bugalho & Carneiro (2004), a falta de adesão interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios diagnósticos e de tratamento sem necessidade. Para os mesmos autores, os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indiretos, como a baixa de produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, apresentam uma magnitude semelhante. Por conseguinte, o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população (Bugalho & Carneiro, 2004).

A adesão do portador com HTA ao tratamento tem sido objeto de estudo de diferentes autores. O estudo de Krasilic (2001) descreve que a adesão ao tratamento da HTA é a condição fundamental para o controlo dos níveis da PA e para a regressão de lesões nos órgãos alvo. No entanto, resultados a longo prazo, como a redução de ocorrências de doenças cardiovasculares, debilidade e morte que caracterizam uma relação custo-benefício satisfatória, só serão obtidos no decorrer dos anos, e não em curto prazo. Vários autores são unânimes ao pontuar os ganhos relacionados com o controle e tratamento da HTA, entre os quais o controle da PA (Marcon *[et al]*, 1995; Bittar, 1995; Wang & Abbott, 1998; Lahdenperä & Kyngäs, 2000; Bastos, 2004; Sousa, 2005; Araújo & Garcia, 2006; Polónia *[et al]*, 2006; Carrageta, 2008; Dosse *[et al]*, 2009; Lima *[et al]*, 2010).

### 1.2.3. Fatores Determinantes Da Adesão

A investigação produzida sobre o tema tem tornado possível identificar um vasto conjunto de fatores associados ao não cumprimento integralmente das indicações médicas. A adesão ao regime terapêutico é um “(...) *problema de etiologia multifatorial que se verifica em todas as situações em que existe a autoadministração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde*” (Bugalho & Carneiro, 2004, p.10). O nível de adesão ao regime terapêutico está, assim, dependente de um conjunto considerável de fatores que interagem entre si e que afetam a pessoa, contribuindo para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento da sua doença (WHO, 2003b).

A perspectiva de identificar os fatores cuja responsabilidade esteja relacionada com o fenómeno de adesão ao regime terapêutico, contribui para compreendermos de forma mais integrada, as razões que levam o ser humano a aderir ou não a determinado regime terapêutico. Existem vários estudos que abordam de forma diferente os fatores que caracterizam o fenómeno em estudo (DeGeest [et al], 1994; Ogden, 1999; Lo, 1999; Nobre [et al], 2001; WHO, 2003b; Bastos, 2004; Enriquez [et al], 2004; Galán, 2004). Araújo & Garcia (2006) elaboraram um modelo teórico que aborda o fenómeno de adesão da pessoa ao tratamento antihipertensivo. Segundo os autores, o processo de adesão evidencia a necessidade de uma participação ativa da pessoa no plano terapêutico; o indivíduo não constitui um mero sujeito que cumpre recomendações médicas, mas sim alguém que pode tomar as suas decisões e assume juntamente com os profissionais de saúde que o apoiam, a responsabilidade pelo tratamento. A adesão ao tratamento pode ser influenciada por três grupos de fatores que atuam de forma interrelacionada, podendo determinar diferentes graus de adesão: fatores relacionados com o próprio indivíduo (variáveis sociodemográficas, conhecimento e crenças que o indivíduo tem sobre a doença) e o apoio familiar; fatores relacionados com o tipo de terapêutica farmacológica e não farmacológica e os fatores relacionados com o sistema de saúde por exemplo, processos de atendimento e estrutura dos serviços.

O conhecimento destes fatores poderão ajudar os profissionais de saúde a mudar de uma orientação prescritiva, para uma intervenção que capacite, reforce

as capacidades da pessoa levando-a a assumir um papel ativo no processo de gestão do seu problema de saúde. O conhecimento decorrente deste modelo teórico, visa contribuir, para um melhor controlo sobre a doença ou retardar a ocorrência de complicações associadas e melhorar a qualidade de vida física e psicológica. Por sua vez, a percepção por parte da pessoa e mesmo por parte da família de resultados positivos, poderão ser percebidos como um reforço, contribuindo para que se mantenha o comportamento de adesão. Para além disso, os resultados retornam ao *input* inicial do processo através da realimentação para que sejam realizados os ajustes necessários nos fatores que influenciam a adesão. Porém, caso o objetivo final não seja alcançado e se se verificar a não adesão, os ajustes assumem uma importância ainda maior. Nesta situação, de não adesão, é fundamental identificar quais os fatores antecedentes (relativos ao indivíduo, à terapêutica e/ou sistema de saúde) que estão a contribuir para a não adesão e, é necessário que se promovam estratégias para reduzir ou eliminar a sua influência (Araújo & Garcia, 2006).

Na mesma linha de pensamento, a WHO (2003b) identificou um conjunto de fatores que podem ser agrupados em quatro grandes dimensões: fatores relacionados com a pessoa, fatores relacionados com a relação doente/profissional, fatores relacionados com a doença e com o tratamento e fatores relacionados com o contexto social e institucional.

#### *1.2.3.1. Fatores Relacionados Com A Pessoa*

Estudos têm investigado algumas características pessoais tais como a idade, sexo, classe social, traços da personalidade e as crenças de saúde, na tentativa de explorar associações com a adesão terapêutica (Brannon & Feist, 1996). No entanto, as tentativas de identificar traços de personalidade como causa da adesão têm sido infrutíferas (Brannon & Feist, 1996; Horne, 2000; Berlant & Pruitt, 2003).

Em relação à associação características sociodemográficas e adesão, a literatura não oferece relações claras (Brannon & Feist, 1996; Horne, 2000; Vermeire *[et al]*, 2001; McDonald *[et al]*, 2002; Morrison & Wertheimer, 2004).

A variável género, apesar de ser frequentemente avaliada, não tem demonstrado uma relação congruente com o grau de adesão terapêutica (Vermeire *[et al]*, 2001; WHO, 2003).

Alguns autores indicam que esta variável pode interferir no tratamento da HTA (Freitas *[et al]*, 2001; Pierin *[et al]*, 2001; Araújo, 2002; Araújo & Garcia, 2006). Os autores verificaram que as mulheres apresentavam uma melhor adesão ao tratamento face aos homens, referindo que o sexo masculino é mais “despreocupado” até à faixa etária dos 50 anos. Outros estudos indicam não existir diferenças significativas entre homens e mulheres, no que respeita à adesão terapêutica medicamentosa (Pereira & Silva, 2002; Sousa, Peixoto & Martins, 2008). Todavia parecem existir diferenças entre os dois sexos quanto aos comportamentos de saúde: as mulheres exibem melhor adesão relativamente aos cuidados com a alimentação e exercício físico (Brannon & Feist, 1996; Medel, 1997; Sarquis *[et al]*, 1998; Pereira & Silva, 2002, Polónia *[et al]*, 2006; Carrageta, 2008). Para Araújo (2002), o sexo feminino é um importante preditor de adesão já que encontrou uma taxa de 75 a 90% de adesão ao tratamento em mulheres hipertensas.

Quanto à idade, se a não adesão é sempre um problema recorrente em qualquer grupo etário, alguns autores referem que, com o avançar dos anos, ela tende a agudizar-se avolumando-se também globalmente devido ao envelhecimento da população (Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004; Polónia *[et al]* 2006; Carrageta, 2008).

No entanto, estes resultados não são validados no estudo realizado por Macedo *[et al]* (2007) em que numa amostra constituída por 5023 indivíduos com HTA, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos, verificou-se que a prevalência específica das pessoas com HTA para a adesão ao tratamento aumentava com a idade. Assim foram definidos, três grupos etários: com menos de 35 anos, entre 35 e 64 anos e mais de 64 anos. Os valores percentuais obtidos foram respetivamente de 26,2%, 54,7% e 79% nos homens e 12%, 41,1% e 78,7% nas mulheres. Também no estudo de Pinto & Pisco (2007) se conclui que a adesão à terapêutica antihipertensora em pessoas diabéticas foi significativamente superior nas pessoas com 65 ou mais anos. Outros estudos corroboram estes achados (Sarafino, 2002; Solera *[et al]*, 2004; Feijão *[et al]*, 2005; Ownby, 2006; Polónia *[et al]*, 2006; Cortez\_Dias *[et al]*, 2009; Dosse *[et al]*, 2009; Martins, 2009; Lima *[et al]*, 2010). Contudo, as pessoas mais idosas encontram-se particularmente em risco, devido à deterioração do seu estado de saúde, que origina muitas vezes multipatologias e à condição crónica de algumas doenças, que podem requerer vários regimes terapêuticos em simultâneo,

complexos e de longa duração. Além disso, a diminuição de algumas faculdades, como a memória, a capacidade cognitiva e de comunicação, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade ou outras incapacidades (paralisias, dificuldade em engolir) que podem restringir o acesso e o manuseamento dos fármacos, são também suscetíveis de comprometer a correta aplicação dos tratamentos (Dunbar-Jacob & Mortimer - Stephens, 2001).

Outros estudos contradizem e sugerem como explicação para uma adesão superior nas pessoas idosas, as diferentes atitudes na manutenção da saúde e gestão da doença, sendo as pessoas idosas mais preocupadas com a sua saúde e o tratamento surge como alternativa de prolongamento da vida (Horne, 2000; Araújo & Garcia, 2006). No caso específico da HTA, a adesão ao tratamento verifica-se com maior intensidade nas faixas etárias superiores aos 40 anos (Horne, 2001; Hughes, 2004; Vik, Maxwell & Hogan, 2004; Ventura, 2006; Oliveira, 2007). Este grupo etário de pessoas têm uma maior perceção de vulnerabilidade e de gravidade da doença, o que os pode levar a empreender comportamentos que visem a sua prevenção, ou seja, aderem mais ao tratamento proposto (Sarafino, 2002; Ownby, 2006) por comparação com os mais jovens em que a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem, as influências sociais e o desvalorizar as consequências desta problemática provocam frequentemente uma diminuição da adesão (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004; Oliveira, 2007).

Por outro lado, o cumprimento estrito das indicações médicas pode ser também determinado pelo suporte social, nomeadamente em situações de idosos com comprometimento de faculdades cognitivas, em que estão dependentes da capacidade dos cuidadores para compreender e adotar as recomendações dadas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

Já de forma mais consistente e com amplo reconhecimento na literatura, os fatores socioeconómicos têm sido referidos como preditores muito importantes do grau de adesão das pessoas, com relevância nos países em desenvolvimento, em que poderá colocar as pessoas em situação de desvantagem levando à necessidade de estabelecer prioridades que podem não ser a adesão ao tratamento (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004). O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma efetiva adesão terapêutica. Para além da dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, outras condições negativas para a sua aquisição podem ainda

ser enumeradas, tais como o isolamento social da pessoa ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde, que obrigam a custos adicionais devido às distâncias a percorrer (Levy & Feld, 1999; WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004; Pierin, Gusmão & Carvalho, 2004). Para Jesus e seus colaboradores (2008), um dos principais fatores apresentado para a não adesão pelas pessoas hipertensas em tratamento foi o elevado custo dos medicamentos. Outros autores citam ainda que os indivíduos com baixo nível de escolaridade têm menos conhecimentos de como prevenir a doença apresentado por essa razão, menor nível de adesão (Freitas *[et al]*, 2001; Nemes, Carvalho & Souza, 2004; Johnell *[et al]*, 2005).

Outros aspetos devem ainda ser considerados. O meio social em que o indivíduo se encontra inserido constitui um dos fatores com maior potencial preditivo. A instabilidade habitacional, o facto de a pessoa pertencer ou não a um núcleo familiar estruturado, associado a uma situação conjugal estável, bem como o apoio que recebe das suas redes sociais para cumprir o tratamento podem influenciar o seu comportamento. Com efeito, quem vive só ou possui redes de sociabilidade limitadas tem mais probabilidade de encontrar dificuldades em seguir as indicações dos profissionais de saúde (Bishop, 1994; Haynes, Mckibbin & Kanani, 1996; Levy & Feld, 1999; Oigman, 2001; Vermeire *[et al]*, 2001; Sarafino, 2002; Wang *[et al]*, 2006; Oliveira, 2007; Moreno *[et al]*, 2009).

É frequente verificar que as pessoas, especialmente os idosos, que vivem sozinhos, alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência, ou seja, têm mais dificuldades em seguir as recomendações terapêuticas. O facto de a pessoa viver com alguém está associado a um maior nível de adesão (Brannon & Feist, 1997). É difícil alterar hábitos de vida sozinho mas, se existir a inclusão de outra pessoa ou da família poderá tornar-se mais fácil (Wang *[et al]*, 2006; Oliveira, 2007; Moreno *[et al]*, 2009). Por outro lado, os efeitos do tratamento nos hábitos do quotidiano podem influenciar negativamente a adesão, destacando-se as situações em que afetam a vida social, como a indicação para não consumir bebidas alcoólicas ou ainda a alteração de estilos de vida (Goldberg *[et al]*, 1998; Horne, 2000).

Outros fatores relacionados com a pessoa que afetam a adesão são: esquecimento, ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, baixa motivação, conhecimento dos sintomas da doença, tratamento inadequado, convicções negativas sobre a eficácia do tratamento, desconfiança do diagnóstico, falta de

percepção do risco à saúde causado pela doença, engano nas instruções do tratamento, baixa expectativa do tratamento e ansiedade devido à complexidade do esquema terapêutico (WHO, 2003).

Um aspecto a ter em consideração é o conhecimento que a pessoa tem face à sua doença e do seu regime de tratamento pois pode interferir na adesão ao tratamento (Dowell & Hudson, 1997). Num estudo com pessoas hipertensas foram verificados índices elevados de conhecimento sobre a doença e tratamento (Jesus *[et al]*, 2008).

O estado emocional também pode influenciar significativamente a adesão (Bennett, 2002). Aproximadamente 50% das pessoas com patologia cardíaca que desistiram de programas de exercício físico tiveram como preditor perturbações de ordem emocional; os estados depressivos encontram-se associados a baixos níveis de adesão de medicação antihipertensiva (Bennett, 2002; Di Matteo *[et al]*, 2002; Wang *[et al]*, 2002).

De acordo com Hesbeen (2001), a natureza do projeto de vida de cada pessoa, a percepção que tem da sua doença e do seu futuro, a sua vontade de se curar, são elementos importantes na sua motivação para aderir ao plano terapêutico.

Um dos aspetos que pode explicar o processo de adesão ao regime terapêutico é a motivação pessoal, que é considerada fundamental quando se pretende uma mudança de comportamentos e a sua manutenção. Num estudo que se pretendeu avaliar a motivação e o suporte para a autonomia, os autores concluíram que, os diabéticos que mantinham uma relação com os profissionais de saúde que potenciava a sua autonomia, efetuavam a autovigilância da glicemia de forma mais regular e com valores de glicemia mais controlados (Williams *[et al]*, 2002).

Para além das características individuais, Meichenbaum & Turk (1987) citados por Silva (2010) destacam o papel das crenças de saúde que cada um possui na adoção de comportamentos no tratamento.

As crenças ou representações da doença têm sido pretexto para estudos que as relacionam com comportamentos de saúde e que influenciam direta ou indiretamente a sua conduta face ao fenómeno da adesão ao regime terapêutico (Silva, 2010).

Estudos realizados por Park & Jones (1977), Horne & Weinman (1999), citados por Silva (2010) concluíram que as crenças individuais no tratamento

aconselhado e as representações da doença parecem ser mais relevantes na adesão ao regime terapêutico que as variáveis clínicas ou os fatores sociodemográficos (Leite & Vasconcelos, 2003; Sousa, 2003).

As crenças têm “*per si*” uma responsabilidade na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em conta que poderão de certa forma, promover ou não, os níveis de adesão a determinado regime, consoante as crenças sejam valorativas ou depreciativas (Silva, 2010).

Apesar deste aspeto por vezes não ser explorado durante a consulta, as crenças das pessoas acerca da doença e do tratamento são diferentes das dos profissionais de saúde (Noble, 1998). O facto da variação da adesão ser notória nas pessoas com a mesma doença, sugere que variação da adesão surge do efeito da patologia na pessoa que tem um efeito generalizado na adesão em todas as pessoas (Sousa, 2005).

Se queremos compreender o porquê das pessoas não aderirem ao regime prescrito, devemos perceber o que é que elas pensam sobre a doença e o tratamento pois, segundo Horne (2000, p. 173) “*What people do is influenced by what they think*”. As intervenções a implementar serão do tipo educar, ensinar ou instruir, tendo como objetivo a motivação, a aquisição de habilidades ou competências, que desta forma terão grande probabilidade de sucesso (Horne, 2000).

Vários estudos sobre adesão ao tratamento verificaram que as pessoas com HTA se mantêm em tratamento ou não, dependendo das suas ideias ou representações acerca da natureza da doença. Os que percecionam que a HTA é uma doença crónica, que exige tratamento continuado com vista ao seu controlo, têm maior probabilidade de permanecer em tratamento do que os que percecionam a HTA como uma doença aguda que, uma vez tratada, é curada (Bishop, 1994; Ramos, 1997; Ribeiro, 1998; Figueiras, 1999; Bennett, 2002, citados por Sousa (2005)). As pessoas que acreditam que são responsáveis pela sua saúde e que a adesão ao regime terapêutico trará benefícios para a sua saúde têm maior probabilidade de aderir às recomendações (Brannon & Feist (1996), citado por Sousa (2005)).

De acordo com Sarafino (2002), as pessoas com HTA sobreestimam a doença, pois é assintomática, e revelam crenças erróneas acerca dela, cujo efeito é prejudicial à adesão do tratamento. Em consequência, as pessoas alteram com

frequência a medicação ou inclusive suspendem o tratamento recomendado, baseado nas suas avaliações subjetivas dos valores de PA.

As crenças de saúde sobre os sintomas de suscetibilidade, gravidade, custos, benefícios e de autoeficácia, são variáveis consideradas na tomada de decisão comportamental que permitem predizer e explicar a adesão e a não adesão ao tratamento (Sarafino, 2002).

As pessoas decidem aderir ao regime terapêutico se esta ação fizer sentido à luz das suas crenças e das suas expectativas no resultado. Se a medicação não fizer sentido para a pessoa (por exemplo, tomar a medicação regularmente na ausência de sintomatologia) não irá aderir, mesmo que a medicação seja necessária e fácil de gerir (Horne, 2000; Sarafino, 2002). Os motivos deste comportamento resultam de crenças sobre os efeitos secundários da medicação, rutura nos estilos de vida e ainda de preocupações sobre os efeitos a longo prazo e a dependência que a medicação possa causar (WHO, 2003b).

Para que a adesão ao tratamento aconteça, é necessário que os profissionais de saúde implementem intervenções centradas na pessoa, de forma, a envolvê-la no tratamento (Sanchez, Pierin & Mion Júnior, 2004), daí, devemos considerar as suas perceções sobre a doença e o tratamento (Horne, 2000; WHO, 2003b).

A adesão ao tratamento é essencial ao bem-estar das pessoas especialmente os idosos que são os maiores consumidores de cuidados em saúde o que implica maiores custos na saúde, incapacidade e morte precoce sendo portanto um componente decisivo do cuidado.

#### *1.2.3.2. Fatores Relacionados Com A Relação Doente/Profissional*

Os fatores ligados à relação estabelecida entre a pessoa/profissional de saúde são cada vez mais reconhecidos como determinantes/preditores para a adesão à terapêutica (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1996; Noble, 1998; Sarafino, 2002; Marinken & Shaw, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

O relacionamento que se estabelece no binómio pessoa/profissional de saúde pode ser a base de sustentação para a efetividade de sucesso do tratamento (Pierin *[et al]*, 2001).

Os processos de informação e de comunicação são muito importantes, pois podem influenciar claramente a avaliação que as pessoas fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão face às orientações dadas pelo profissional de saúde (Teixeira, 2004; Rolim & Castro, 2007). As pessoas bem informadas estão ativamente mais envolvidas e motivadas para aderirem ao tratamento prescrito (Glasspool, 2007).

Também é relevante a confiança que a pessoa tem no tratamento em si, assim como a qualidade do vínculo que a pessoa estabelece com o profissional e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral (Marinken & Shaw, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

A qualidade do vínculo estabelecido entre a pessoa e o profissional assenta em grande medida nas competências de comunicação que o profissional coloca na relação com a pessoa, de forma, a conseguir transformar as informações transmitidas em conhecimentos claros e bem assimilados (Bishop (1994), citado por Cabral & Silva (2010)) e na satisfação com os cuidados prestados (Anderson, 2006).

Muita da pesquisa em adesão ao tratamento está focada nas características da comunicação pessoa/profissional, pois a evidência aponta para que os vários estilos de interação dos elementos da equipa de saúde estejam relacionados com a adesão. Não raramente, os profissionais de saúde tendem a culpabilizar os seus doentes pela não adesão justificando este comportamento com a personalidade não cooperativa que alguns possuem, bem como a incapacidade de perceber os conselhos. Porém, o tipo de comportamentos que os profissionais têm, poderá influenciar nos comportamentos de autocontrolo da pessoa, isto porque se a pessoa não recebe instruções específicas, terá menos probabilidade de aderir (Amaral, 1997). Curiosamente, mais de 70% das pessoas que desejam obter mais informação na consulta do que a que lhes é fornecida, não a solicitam (Horne, 2000; Bennett, 2002). No entanto, verifica-se que existe uma associação pequena e inconsistente entre informação e adesão, e o facto de aumentar o conhecimento não leva necessariamente a uma maior adesão. Por outro lado, as pessoas podem não expôr claramente as suas dúvidas ou até não atribuir importância a um determinado tipo de informação considerando-a dispensável para aquele momento e, por último, a própria azáfama tão característica das consultas pode inibir a pessoa de questionar o que quer que seja (Helena, 2007).

Na comunicação em saúde, a qualidade da informação é de extrema importância (Trindade & Teixeira, 2000). É um facto que muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento que lhes foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas (Bennett, 2002; Sarafino, 2002). Para que as pessoas possam aderir a um regime de tratamento, têm que ser capazes de cognitiva e emocionalmente, compreenderem e lembrarem o que têm que fazer. Frequentemente, as recomendações são demasiadas e complexas e dadas numa altura em que, por razões várias, as pessoas não estão tão atentas quanto deveriam (Sarafino, 2002).

Estudos sugerem que as pessoas aderem melhor quando lhes é transmitida informação sobre a sua doença e sobre as razões de determinado regime de tratamento (Brannon & Feist, 1996). Segundo estes autores, um dos determinantes da adesão nas pessoas hipertensas é o seu conhecimento sobre o tratamento antihipertensivo. Contudo, a relação entre o conhecimento demonstrado pelas pessoas sobre a doença e o regime terapêutico e adesão ao mesmo não é simples nem linear. As associações entre o conhecimento e a adesão tal como foi referido anteriormente são inconsistentes (Chan & Molassiotis, 1999; Horne, 2000; Paúl & Fonseca, 2001; Bennett, 2002; Morrisson & Wertheimer, 2004; Thrall *[et al]*, 2004). No entanto, as pessoas necessitam que lhes seja transmitida informação e que lhes seja ensinados determinadas competências, no sentido de lhes permitir uma gestão do regime terapêutico e da doença (Paúl & Fonseca, 2001). Na realidade, o fornecimento de informação sobre a doença, sobre complicações e prevenção de complicações bem como sobre regime terapêutico e seus efeitos, reveste-se de uma primordial importância. O acesso à informação é fundamental para que as pessoas sejam capazes de lidar com a sua situação de doença de forma consciente e responsável (Paúl & Fonseca, 2001).

É frequente, as pessoas não compreenderem as recomendações e as prescrições dos profissionais referentes ao tratamento, não entenderem o que o profissional de saúde lhes transmitiu, seja porque há dificuldades de compreensão, seja pelo facto de muitas vezes não conhecerem o significado da terminologia utilizada pelos profissionais ou esquecerem parte das instruções fornecidas o que dificulta a adesão (Horne, 2000; Bennett, 2002; Sarafino, 2002). A utilização de termos técnicos não facilita a compreensão das pessoas, cujos significados são muitas vezes desconhecidos, sem o esclarecimento dos mesmos ou a constatação da sua compreensão, o que pode ser responsável por situações de

confusão, conceitos errados ou inclusive descontentamento. Para além deste aspeto, a sua utilização também pode reduzir a possibilidade de a pessoa reagir emocionalmente à informação fornecida ou questionar-se sobre o tratamento (Sarafino, 2002).

Assim, a informação deve ser clara, simples, curta, compreensível e personalizada, ou seja, deve ir de encontro às necessidades de informação da pessoa naquele momento. A informação a transmitir deve ser pensada e adequada ao grupo etário, à escolaridade, às crenças de saúde, ao nível cognitivo e cultural e à atitude do destinatário (Trindade & Teixeira, 2000; Paúl & Fonseca, 2001; Sarafino, 2002).

Num estudo qualitativo constituído por 36 idosos hipertensos verificou-se que um dos fatores que interferiu na adesão ao tratamento foi a deficiente relação entre o profissional e a pessoa. Neste mesmo estudo, a maioria dos participantes não sabia definir a patologia e desconheciam o seu caráter crónico e a importância da adoção de mudanças nos estilos de vida (Contiero *[et al]*, 2009).

Por outro lado, a interação que se estabelece entre ambos pode afetar significativamente os comportamentos de adesão. A interação pode ser centrada no indivíduo ou autoritária. A autoritária destina-se a manter o controlo do profissional de saúde na interação. A centrada no indivíduo, tenta promover uma relação positiva, incluindo comportamentos como o interesse, a amizade e a empatia. De facto, quando os profissionais de saúde têm uma visão positiva sobre a pessoa, tendem a adotar um estilo de comunicação mais centrada no indivíduo, a adesão é maior (Marks *[et al]*, 2000).

Simultaneamente, quanto mais compreensivo for o profissional de saúde sobre o sistema de crenças e comportamentos do indivíduo, mais aderente este será (Yardley *[et al]*, 2001).

Gascón *[et al]* (2004) num estudo qualitativo, para identificar os fatores da não adesão ao tratamento antihipertensivo referido por pessoas com HTA, verificaram um conjunto complexo de questões que englobaram desde aspetos relacionados com a falta de esclarecimentos sobre a doença e as poucas explicações dadas pelo profissional assim como à pouca interação entre o profissional e a pessoa. Para aprofundar este último aspeto, dividiu-se a amostra do estudo em seis grupos, cada qual sob tratamento com um profissional diferente. Embora todos tenham tido a mesma orientação a respeito do tratamento, observaram a existência de diferenças significativas entre os grupos,

com grande variação a nível dos valores da PA e, portanto, no controle da mesma. Os resultados sugerem que a atitude do profissional perante o tratamento antihipertensivo desempenha um papel primordial no controle da PA (Ono & Fujita, 2003).

Os profissionais devem criar uma relação terapêutica que reflita uma parceria entre as partes envolvidas, na qual aspetos como opções terapêuticas, negociações do regime terapêutico e adesão sejam discutidos. Se as pessoas se sentirem parceiros e se empenharem ativamente no processo de tratamento têm melhores índices de adesão (WHO, 2003b).

Profissionais de saúde que estabeleçam contacto visual, sorriem, brinquem e demonstrem interesse e consideração pelo bem-estar da pessoa facilitam a adesão. Em oposição, os profissionais que adotem uma postura autoritária dificultam a adesão, mesmo quando as pessoas lhes reconhecem competência (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1996; Marks *[et al]*, 2000).

Um outro ponto que merece destaque é a possibilidade de as pessoas se pronunciarem sobre o tratamento que têm de realizar, tendo-se revelado decisivo no processo de adesão ao tratamento (Lorient-Arin & Serrano - del - Rosal, 2009). Num estudo de adesão ao regime terapêutico detetou-se que aqueles sujeitos que participavam ativamente das decisões quanto ao seu tratamento tendiam a ser mais aderentes (Ren *[et al]*, 2002).

Outros condicionantes inerentes ao sistema de saúde e à instituição de saúde também podem interferir com a adesão ao tratamento: a ausência de conhecimentos e de educação dos profissionais de saúde em relação a patologias crónicas específicas, sobrecarga de trabalho dos profissionais com conseqüente redução de tempo dispendido nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço e a distância dos recursos para o tratamento, pouca disponibilidade para o seguimento de doentes, serviços de saúde com horários desadequados às necessidades das pessoas, incapacidade para avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

De acordo com Anderson (2006), o problema da não adesão a maioria das vezes não está do lado da pessoa nem do profissional de saúde, mas sim do próprio sistema de saúde.

Como solução para minimizar os problemas decorrentes da ineficácia dos serviços de saúde e da dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com este

aspecto, a WHO (2003) aponta como atividade fundamental desenvolver a formação de profissionais de saúde competentes para intervir sobre esta problemática, e principalmente que se criem políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde que deem resposta não só aos problemas agudos, mas que vão de encontro à necessidade crescente de prestar cuidados a pessoas com patologia crónica.

Há um forte indicativo de que a relação pessoa-profissional possa ser o elemento chave para enfrentar a não adesão, que quando resolvida sem dúvida trará uma grande contribuição para um melhor controlo da HTA.

### *1.2.3.3. Fatores Relacionados Com A Doença E Com O Tratamento*

No que diz respeito aos fatores relativos à doença e ao regime terapêutico, a gravidade da doença e a severidade dos sintomas surgem paradoxalmente sobretudo se envolverem dor. Há, pois, fatores com maior relevância, tais como a cronicidade das patologias, a ausência de sintomatologia ou condições assintomáticas moderadas, a existência de uma ou mais doenças concomitantes, especialmente se alguma delas afetar a capacidade cognitiva do indivíduo e ainda a forma como a doença irá progredir e as suas desvantagens específicas (Dunbar-Jacob & Mortimer -Stephens, 2001).

Os níveis de adesão nas doenças agudas são geralmente mais elevados do que nas doenças crónicas, especialmente quando o tratamento da doença se traduz por uma franca melhoria da sintomatologia: num estudo com pessoas a recuperar de um enfarte agudo do miocárdio, só 10% foram consideradas como não aderentes, enquanto estudos que envolvem pessoas com HTA revelam níveis bastante superiores de não adesão, com valores na ordem dos 50% (Horne, 2000; Marks *[et al]*, 2000). O facto de muitas doenças crónicas permanecerem assintomáticas a maior parte do tempo e as consequências da não adesão tardarem em manifestar-se, também contribuem para estes resultados (Brannon & Feist, 1996; Dezii, 2000b). Por outro lado, quando os sintomas são óbvios e indesejados, as pessoas têm mais tendência a aderir ao tratamento para eliminá-los (Horne, 2000; Marks *[et al]*, 2000).

A presença de sintomas tem uma grande influência na percepção de doença e no comportamento subsequente que consiste em recorrer a instituições de saúde para se tratar.

No caso da HTA, o conhecimento atual alerta para a estreita relação entre a patologia e as doenças cardiovasculares. A HTA é uma doença de detecção quase sempre tardia devido à sua evolução silenciosa, lenta, prolongada, daí que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando se produzem lesões nos órgãos-alvo. Quando presentes, os sintomas costumam ser inespecíficos e podem ser atribuídos a muitas outras condições clínicas. A ausência de sintomas é considerada inclusive, um dos grandes entraves para o diagnóstico e para a adesão ao tratamento. Estudos têm evidenciado que vários são os fatores que interferem no processo de adesão (Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Bugalho & Carneiro, 2004; Calista, Vasconcelos & Oliveira, 2008; Mantovani *[et al]*, 2008; Dosse *[et al]*, 2009; Lima *[et al]*, 2010).

Dos que procuram tratamento, uma percentagem substancial abandona-o no prazo de um ano (Bishop, 1994; Ramalinho & Cabrita, 1998). Associando a estes dados, as alterações no estilo de vida que o tratamento pressupõe e os efeitos secundários indesejados provocados pelos fármacos antihipertensivos, facilmente se depreende que a percentagem de pessoas que aderem ao regime terapêutico é baixa (Oigman & Neves, 1999; Dunbar - Jacob & Mortimer - Stephens, 2001; Bugalho & Carneiro, 2004; Neves, Burlá & Oigman, 2005).

Por outras palavras, a vivência da doença (aguda ou crónica) condiciona de diversas formas, não só a adesão à terapêutica, mas também os comportamentos dos profissionais e das pessoas bem como as relações entre todos os agentes envolvidos no processo de tratamento (Joyce - Moniz & Barros, 2005).

Relativamente aos fatores associados ao próprio tratamento, os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico. Com efeito, as pessoas apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são simples de aplicar e as indicações fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando estes são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas rotinas quotidianas (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1996; Goldberg *[et al]*, 1998; Bennett, 2002; Sarafino, 2002).

As terapias de longo prazo são habitualmente recomendadas em doenças crónicas que têm poucos sintomas ou em que não existe uma melhoria definitiva

como resultado da medicação. Como nestes casos, as pessoas podem não ter um *feedback* positivo dos benefícios do tratamento, a sua motivação para aderir ao tratamento pode estar comprometida (Sarafino, 2002). Os efeitos secundários podem contribuir igualmente para limitar o grau de adesão, indicando vários estudos que o incumprimento tende a diminuir quando a terapêutica seguida tem poucos efeitos secundários negativos e quando apresenta uma eficácia manifesta e imediata no alívio dos sintomas, bem como um custo baixo (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Moscati, Persano & Castro, 2000; Sarafino, 2002; Klein & Gonçalves, 2005).

Estudos referentes ao custo e aos efeitos secundários da medicação permitiram concluir que não são consensuais na adesão ao tratamento pois, por um lado, nem todos os tratamentos provocam efeitos secundários indesejáveis (Sarafino, 2002) e por outro lado, mesmo quando os tratamentos são gratuitos o nível de adesão é baixo (Bovet *[et al]*, 2002).

A prescrição em simultâneo de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, bem como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca ou ainda devido a experiências negativas no passado com os mesmos fármacos ou similares, dificultam a gestão do regime terapêutico e são mais propícios à ocorrência de erros, como omissão de tomas e não cumprimento do horário prescrito das doses (Goldberg *[et al]*, 1998; Dunbar - Jacob & Mortimer - Stephens, 2001; WHO, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

Num estudo realizado com 400 pessoas portadoras de HTA, com o propósito de avaliar a adesão ao tratamento, constatou-se que o conhecimento das pessoas sobre a HTA era deficiente, pois baseava-se essencialmente em noções relacionadas com o conceito e a gravidade e a maioria desconhecia a cronicidade e assintomatologia da doença (Lima *[et al]*, 2010). Inversamente, um outro estudo com 511 pessoas com HTA apresentavam conhecimentos elevados sobre a doença e o tratamento: a HTA é uma doença crónica (46,5%), a duração do tratamento deve durar toda a vida (84,1%) e a HTA é uma doença sem cura (67,5%). Porém, o tratamento foi interrompido devido aos custos dos medicamentos (23,9%), falta de orientações quanto à necessidade de tomar os medicamentos de forma contínua (23,9%), além de faltarem à consulta médica, principalmente por esquecimento (20,5%) e problemas particulares/familiares (20,5%) (Jesus *[et al]*, 2008).

Andrade e seus colaboradores (2002) detetaram, em 401 pessoas hipertensas, os não aderentes à terapêutica, alguns dos principais motivos para o abandono do tratamento: efeitos colaterais, uso contínuo e custo dos medicamentos e ainda desconhecimento da continuidade da terapêutica.

Quando o regime terapêutico envolve a mudança de comportamentos na rotina diária, como praticar exercício físico, parar de fumar ou diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, entre outras, os índices de adesão são inferiores aos verificados na adesão à terapêutica farmacológica (Chockalingam *[et al]*, 1998; Kingas & Lahdenpera, 1999; Lahdenpera & Kingas, 2000; Marín - Reyes & Rodrigues - Morán, 2001).

A eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e à gravidade que as pessoas atribuem à doença, bem como a confiança que depositam nos tratamentos prescritos, são fatores determinantes para que as indicações médicas sejam melhor ou pior seguidas (Dunbar - Jacob & Mortimer - Stephens, 2001; Vermeire *[et al]*, 2001; Sarafino, 2002; WHO, 2003).

A falta de obtenção de resultados positivos com a terapêutica em situações clínicas passadas, a ausência imediata de melhoria (Bugalho & Carneiro, 2004) ou, inversamente, a percepção de melhoria ou desaparecimento de sintomas, principalmente quando deixa de haver dor, podem induzir a pessoa a suspender o tratamento (Dunbar - Jacob & Mortimer - Stephens, 2001).

Segundo Andrade *[et al]* (2002), os fatores que interferiram no abandono do tratamento antihipertensivo foram: normalização da PA (41,3%/42,3%), efeitos adversos dos medicamentos antihipertensivos (31,7%/24,8%), esquecimento de tomar os medicamentos (25,2%/20,1%) e custos dos medicamentos (21,6%/20,1%), para homens e mulheres, respectivamente.

Para Svensson e seus colaboradores (2000), as razões mais enunciadas para não aderir ao tratamento antihipertensivo referem-se aos efeitos adversos ou sintomas relacionados com o tratamento e esquecimento de tomar os medicamentos. Ainda um outro estudo sobre a HTA também reforça as dificuldades em seguir e cumprir o tratamento, devido à troca constante das embalagens, da cor e do formato das medicações, ao custo dos medicamentos e à resistência ao tratamento e abandono do mesmo quando há melhoria da sintomatologia (Carrara, 2003). Também Mascarenhas, Oliveira & Souza (2006) encontraram os seguintes motivos para o abandono do tratamento: ausência de

sintomas (37,5%), falta de medicamentos (24,4%) e dificuldades de acesso ao sistema de saúde (15,3%).

Além do supra citado, quando o diagnóstico de HTA é estabelecido, duas situações podem interferir com a atitude da pessoa: se o diagnóstico for pouco grave, as pessoas podem ficar aliviadas e menos motivadas para seguir as instruções do profissional; se for grave podem ficar ansiosas e isso interfere com a sua concentração nas recomendações do profissional (Brannon & Feist, 1997; Klein & Gonçalves, 2005).

As pessoas ao serem confrontadas com o diagnóstico e o tratamento prescrito, iniciam uma análise dos custos e benefícios, pesando o alívio sintomático contra a gravidade dos sintomas e os riscos do tratamento, e de acordo com as crenças que possuem, vão decidir se aderem ou não ao tratamento (Donovan & Blake, 1992; Joyce - Moniz & Barros, 2005; Klein & Gonçalves, 2005).

#### *1.2.3.4. Fatores Relacionados Com O Contexto Social E Institucional*

O apoio social parece ser um dos fatores psicossociais que mais influencia na adesão (Hauser [et al], 1990; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Bennett, 2002; Sarafino, 2002). Ele poderá ajudar a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a manter o seu funcionamento face a uma situação de crise (Navalhas, 1998).

De modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associa-se uma menor adesão, do que aqueles cujas vidas são preenchidas por estreitas relações interpessoais (Brannon & Feist, 1996). O contexto social da pessoa, nomeadamente a falta de suporte social, o isolamento e a instabilidade familiar em que se insere, induz uma deficiente procura dos cuidados de saúde (Ribeiro, 1998).

O suporte social da família e dos amigos parece ser um determinante importante da adesão, particularmente quando o regime terapêutico envolve mudanças nos estilos de vida (Bishop, 1994; Toljamo & Hentinen, 2001; Sarafino, 2002).

O apoio social pode ajudar a encorajar a adoção de estilos de vida saudáveis e o facto de viver com outra pessoa que partilhe das mesmas

recomendações terapêuticas também parece melhorar a adesão individual (Brannon & Feist, 1996; Sarafino, 2002).

As pessoas que se encontram socialmente apoiadas sentem que os outros se preocupam e precisam delas, pelo que aderem mais facilmente a uma alimentação saudável, a consumir pouco álcool entre outros comportamentos (Marks *[et al]*, 2000; Sarafino, 2002). Num estudo experimental realizado com diabéticos, a presença da esposa no plano educacional do portador de DM influenciou positivamente a adesão ao exercício físico e à medicação (Bastos, 2004). O mesmo se passa com os adultos cujos cônjuges encorajaram a prática de exercício físico (Sarafino, 2002) e a medicação (Bennett, 2002).

Alguns estudos mencionam a importância do apoio familiar para pessoas portadoras de HTA como forma de melhorar a adesão ao tratamento (Teixeira, 1998; Marín - Reyes & Rodrigues - Morán, 2001). Um estudo realizado no México, com o objetivo de determinar a associação entre suporte familiar e adesão ao tratamento na HTA, concluiu que o suporte familiar foi o fator mais relevante relacionado com a adesão (Marín - Reyes & Rodrigues - Morán, 2001).

#### *1.2.4. Modelos Teóricos De Mudança Comportamental*

O desenvolvimento da psicologia social e da psicologia da saúde contribuíram para o emergir de modelos e teorias que se propõem explicar as variações nos comportamentos relacionados com a saúde, podendo desta forma ser aplicadas à adesão terapêutica (Horne & Weinman, 1998), visto a adesão ser um comportamento (Berlant & Pruitt, 2003). Esses modelos e teorias pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente às questões relacionadas com a sua saúde e as doenças (Machado, 2009).

Tendo em conta a panóplia de variáveis que interagem no processo de adesão ao regime terapêutico bem como a dificuldade em explicar as razões que levam ou não o indivíduo a adotar certos comportamentos, são vários os modelos que pretendem dar resposta a estas questões. Estes modelos baseiam-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será

possível planejar uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados (Machado, 2009).

Seguidamente faremos referência a alguns desses modelos sociocognitivos bem como às teorias de adesão.

### **Modelo de Crenças de Saúde**

O Modelo de Crenças de Saúde (doravante MCS) teve origem em teorias comportamentais e cognitivas. Foi o primeiro modelo desenvolvido para explicar o comportamento de saúde e de doença, e tem sido o mais utilizado, nos programas de intervenção desenvolvidos nos últimos anos (Ribeiro, 2005).

Foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock (1966) citado por Ogden (1999), de forma a prever os comportamentos de prevenção relacionados com a saúde, bem como a resposta comportamental ao tratamento dos doentes agudos e crónicos (Cluss & Epstein (1985); Ogden (1999), citados por Sousa (2005)).

Este modelo ao prever que o comportamento resulta de um conjunto de crenças (Ogden, 1999), preconiza a existência de quatro crenças que influenciam a adesão bem como a procura de comportamentos de saúde (Brannon & Feist (1996), citado por Sousa (2005)). A probabilidade de uma pessoa adotar ou manter determinado comportamento, para prevenir ou controlar uma doença, estava relacionado com as suas crenças pessoais, ou seja, das perceções individuais sobre: a *suscetibilidade* à doença, a *gravidade* da doença, os *custos* e os *benefícios* envolvidos na prática de um comportamento.

A perceção de *suscetibilidade* descreve a perceção do risco de saúde entendida como a probabilidade de ter uma doença particular; enquanto a perceção de *gravidade* a pessoa associa o problema de saúde à gravidade das suas consequências. Perante a ameaça de doença, a pessoa avalia a sua ação em termos de *benefícios* potenciais que pode reduzir a ameaça, tendo em conta as *barreiras* e os *custos* envolvidos na mudança comportamental (Ribeiro, 1998; Ogden, 1999; Roberts [et al], 2005; Pires & Mussi, 2008).

Assim, quanto maior for a vulnerabilidade, a *gravidade* e a perceção dos *benefícios* e quanto menores os *obstáculos*, maior a probabilidade de decidir agir (Coutinho, 2001).

Becker & Maiman (1975), citado por Horne & Weinman (1998) incluíram mais uma componente ao modelo, que consiste num sinal ou estímulo desencadeador necessário para desenvolver um determinado comportamento. O

sinal pode ser interno, como a experiência de um sintoma, ou externo, como uma campanha dos meios de comunicação social, um folheto informativo ou conselhos do profissional de saúde (Stroebe & Stroebe, 1995; Ribeiro, 1998; Sarafino, 2002).

Por diversas vezes, o MCS foi modificado para incluir variáveis adicionais: variáveis demográficas (como género e idade), sociais (como classe social) e psicológicas (como personalidade, companheiro, pressão do grupo) que podem condicionar um determinado comportamento de adesão (Sheeran & Abraham (1996), citado por Horne & Weinman (1998)), no entanto, não fazem formalmente parte do modelo (Ribeiro, 1998).

O mesmo autor refere que, mais tarde, pela sua importância, a variável psicológica autoeficácia também foi incluída nas variáveis chave deste modelo no sentido de se compreender a capacitação da pessoa em realizar a ação recomendada.

Na sua essência, o MCS parece funcionar melhor quando é utilizado como modelo preditivo para comportamentos preventivos (Janz & Becker (1984), citado por Horne & Weinman (1998)). Este modelo, quando aplicado em rastreios do cancro do colo do útero, prediz rastreios regulares se a mulher perceber a sua alta suscetibilidade a este tipo de cancro, a gravidade do mesmo, para além de perceber bons benefícios que pode auferir com o rastreio regular a baixo custo. De igual modo, os sinais externos para a ação, como um folheto informativo, ou internos, como a experiência de um sintoma que relacione com este tipo de cancro, poderão facilitar a adesão ao rastreio (Ogden, 1999).

São também exemplos, os programas de promoção de saúde que usam indícios externos como a informação, para mudar as crenças das pessoas, levando-as a praticar comportamentos saudáveis (Ogden, 1999).

O mesmo autor advoga que a informação sobre a forma de avisos que induzam medo pode mudar atitudes e comportamentos de saúde em determinadas situações. A informação sobre as consequências negativas de um comportamento também é utilizada na prevenção do mesmo.

Estudos sobre adesão a recomendações alimentares, autoexame da mama, rastreios oncológicos, adesão ao regime farmacológico em patologias crónicas como HTA, DM, entre outras, basearam-se neste modelo. Isto porque parece existir uma relação significativa entre os conhecimentos sobre a doença e a prática de comportamentos preventivos, embora alguns estudos apontem para outros fatores considerados mais importantes na previsão de comportamentos de

saúde (Horne & Weinman, 1998).

Apesar de amplamente utilizado, Horne & Weisnman (1998) mencionam algumas críticas e reconhecem-lhes algumas limitações. Algumas delas estão relacionadas com a simplificação dos conhecimentos relacionados com a saúde em construções alargadas como barreiras e benefícios, sem especificar as crenças que estão subjacentes a esses construtos. Também referem a não inclusão de uma fase de intenção, entre as crenças e o comportamento e a não especificação da relação entre os fatores sociais, como o desejo de ter a aprovação dos outros, e o comportamento de saúde. De igual modo, este modelo supõe que os comportamentos de saúde derivam de uma análise racional baseada nos custos/benefícios percebidos pela pessoa.

A utilização mais apropriada deste modelo pode não ser para prever a adesão, mas para desenvolver uma melhor compreensão sobre o porquê das pessoas não aderirem (Cluss & Epstein (1985), citado por Sousa (2005)).

### **Teoria da Ação Racional**

A Teoria da Ação Racional (doravante TAR) foi desenvolvida por Fishbein & Ajzen (1975) citado por Bennett (2002), no sentido de explicar as relações existentes entre *crenças, atitudes, intenções e comportamento* (Berlant & Pruitt, 2003).

Nesta teoria, a *intenção* de praticar um comportamento, é o fator mais determinante para que ele seja praticado. A *intenção* precede e prediz os comportamentos. Por sua vez, as *intenções* são determinadas pelas atitudes das pessoas relativamente a esse comportamento e pelas normas sociais. Estas últimas dependem das crenças de pessoas consideradas significativas sobre esse comportamento e a motivação que o próprio tem para cumprir essas expectativas (Horne & Weinman, 1998).

Para além destes aspetos, esta teoria pressupõe que o indivíduo possui as aptidões, recursos e oportunidades para implementar este comportamento (Horne & Weinman, 1998; Bennett & Murphy, 1999).

É um dos modelos mais gerais da psicologia social, no entanto, tem sido utilizado com sucesso na previsão de comportamentos relacionados com a saúde (Stroebe & Stroebe, 1995). Alguns estudos sobre esta teoria parecem demonstrar o seu valor preditivo na adesão a recomendações médicas (Brannon & Feist, 1997a).

De acordo com esta teoria, a eficácia de estratégias com o objetivo de modificar comportamentos de saúde, depende do sucesso em mudar as atitudes relativas ao comportamento específico e às normas sociais existentes (Stroebe & Stroebe, 1995). Os mesmos autores consideram que se persuadirem as pessoas de que o seu comportamento atual as coloca em risco, e que esse risco pode ser diminuído com a mudança comportamental, as atitudes podem ser modificadas.

Apesar do sucesso do modelo no que concerne à previsão de intenções e comportamentos, este não inclui o comportamento passado que é um dos fatores que afetam a ação relacionada com a saúde (ibidem).

Baseado neste modelo, poderíamos prever que a alteração de comportamentos face a adesão ao regime terapêutico da HTA se relaciona diretamente com as normas sociais. Assim, poderíamos refletir na importância da exploração destas. Contudo, não poderíamos esquecer que este modelo pressupõe a existência de aptidões, recursos e oportunidades, por parte do indivíduo o que nem sempre acontece.

### **Teoria do Comportamento Planeado**

A Teoria do Comportamento Planeado (doravante TCP) foi desenvolvida por Ajzen e colaboradores (1985) citado por Bennett (2002), como resultado da evolução da TAR. O objetivo desta teoria foi o de colmatar uma fraqueza associada à TAR: a noção de que todas as pessoas possuem os recursos e as aptidões necessárias à prática da ação desejada (Bennett & Murphy, 1999). Assim, foi acrescentada a dimensão do *controlo* sobre o comportamento pretendido, que considera a capacidade percebida que o indivíduo tem para praticar esse comportamento, ou seja, a crença de poder implementar tal comportamento (Bennett & Murphy, 1999).

Essa capacidade está relacionada com fatores de controlo internos (aptidões, informações, entre outros) e/ou externos (oportunidades, relações de dependência relativamente aos outros) que podem funcionar como facilitadores ou inibidores (ibidem). À luz desta teoria, as intenções comportamentais que antecedem o comportamento dependem então do controlo percebido, das atitudes e das normas sociais.

Alguns componentes da TAR e da TCP demonstraram ser úteis para prever a adesão ao regime farmacológico prescrito para o tratamento de infeções do trato urinário, desordens afetivas bipolares e HTA (Horne & Weinman, 1998).

Algumas críticas ao modelo prendem-se com alguma incapacidade deste em considerar certos fatores, como as variáveis contextuais, que podem igualmente influenciar a tomada de decisão (Bennett & Murphy, 1999). Outra crítica refere-se ao facto deste não incluir o papel importante de experiências passadas da pessoa com o comportamento, em que Sarafino (2002) citou estudos que demonstram que antecedentes pessoais de determinado comportamento de saúde são um forte preditor da prática futura desse comportamento.

### **Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento**

Este modelo, desenvolvido por Prochaska & DiClemente (1982) citado por Ogden (1999), descreve os processos envolvidos na implementação e manutenção da mudança de comportamento, que se baseia em 5 estádios: *Pré-contemplação* - em que a pessoa não considera fazer qualquer mudança; a pessoa pode ter decidido contra a mudança ou simplesmente nunca pensou sobre ela; *Contemplação* - a pessoa está ciente de que o problema existe e considera a possibilidade de mudança; *Preparação* - a pessoa começa a realizar pequenas mudanças e aproximações ao comportamento desejado; *Ação* - a pessoa empenha-se ativamente num novo comportamento; *Manutenção* - a pessoa mantém o comportamento desejado ao longo do tempo.

Estes estádios não ocorrem necessariamente de forma sucessiva ao longo do processo de mudança de comportamento, pode haver avanços e recuos em cada uma das fases antes de progredir para os superiores.

Se considerarmos a adoção de determinado regime terapêutico como a mudança a implementar e manter, reportando-nos ao fenómeno da adesão, no âmbito das doenças crónicas, devemos considerar que a pessoa poderá passar por estas fases e planear a nossa intervenção de acordo com a fase de mudança em que a pessoa se encontra. Na primeira e segunda fase, será muito importante a informação e a sensibilização para ir criando na pessoa a necessidade e as disposições para mudar. Na fase de preparação e ação será importante dar informações precisas acerca do que mudar e como mudar, indicando estratégias práticas que facilitem a adoção do comportamento desejado e proporcionando à pessoa um acompanhamento personalizado e individualizado. Na fase de manutenção será necessário menos acompanhamento, uma vez que a pessoa já é capaz de manter ao longo do tempo o comportamento desejado (Ogden, 1999).

Com base nesta teoria e, reportando para a temática a ser estudada, seria importante que os enfermeiros fossem capazes de identificar em que etapa se encontra a pessoa com HTA pois, assim a transmissão de informação seria ajustada a cada indivíduo.

### **Locus de controlo de saúde**

O *locus* de controlo, formulada por Rotter (1966) citado por Bennett (2002), reflete as perceções da pessoa sobre a eficácia das suas ações no controlo da sua saúde (Bennett & Murphy, 1999). A pessoa pode acreditar que os acontecimentos resultam das suas ações, e neste sentido estão sobre o seu controlo (*locus de controlo interno*), ou que as situações não se relacionam com as suas ações, sendo controladas por outros fatores (*locus de controlo externo*).

Se as pessoas têm a crença que a sua saúde é determinada em grande parte pelo seu controlo, é provável que pratiquem comportamentos de manutenção de saúde. Inversamente, quando as pessoas atribuem a sua saúde ao acaso, independentemente do seu comportamento, é mais provável que se envolvam em comportamentos prejudiciais para a saúde. Aquelas que acreditam que a sua saúde está dependente de profissionais de saúde ou de outras pessoas, valorizam mais a dimensão das figuras de autoridade. Assim, a ideia chave deste modelo é que as pessoas que atribuem maior valor à sua saúde e que acreditam que têm maior controlo sobre ela (*locus de controlo interno*) terão mais possibilidades de aderir a comportamentos de saúde do que as que percecionam um baixo controlo. Por sua vez, aquelas que atribuem maior importância a figuras de autoridade, como o profissional de saúde, podem mais facilmente aderir a comportamentos de promoção de saúde. No entanto, essa crença sobre a capacidade dos serviços médicos poderem curar a sua patologia, pode levar a um distanciamento dos comportamentos saudáveis (Bennett, 2002).

As teorias de cognição social expostas descrevem pelo menos alguns dos processos implicados na decisão comportamental relacionada com a saúde, ou seja, permitem uma compreensão parcial desses processos cognitivos. Na prática, os princípios comportamentais podem ser utilizados para planear intervenções que tenham o potencial de influenciar os comportamentos e assim facilitar a adesão terapêutica (Berlant & Pruitt, 2003).

De um modo geral, os modelos sociocognitivos têm a limitação de não explicar comportamentos relacionados com a saúde que são aparentemente

irracionais, por exemplo, porque é que uma pessoa perante um tumor grande e visível, opta por não procurar cuidados médicos. Para além disso, as investigações sobre os comportamentos de saúde referem que o comportamento futuro prevê-se mais facilmente por comportamentos passados do que por cognições (Horne & Weinman, 1998; Sarafino, 2002).

À semelhança das teorias anteriores, esta ressalta-nos a importância da personalização dos cuidados e o impacto destas para a adesão a um regime terapêutico.

### **Modelo da Autoregulação do Comportamento de doença de Leventhal**

O Modelo da Autoregulação (doravante MAR) do comportamento da doença, resultou da teoria da autoregulação inicialmente desenvolvida por Leventhal e seus colaboradores que permite explicar, em certa medida, o modo como as pessoas lidam com as doenças crónicas (Horne & Weinman, 1998).

Este modelo começou por investigar o impacto das mensagens de medo sobre o comportamento preventivo. Concluiu-se que embora a mensagem de medo seja, por vezes, necessária para motivar as pessoas a adotarem comportamentos preventivos (por exemplo, vacina antitetânica, deixar de fumar), a ameaça por si só, é muitas vezes insuficiente. Para que a mudança comportamental ocorra, é necessário adicionar à ameaça um plano de ação, através do fornecimento de instruções claras para que facilitem o sucesso das ações, ajudando a pessoa a incorporá-las nos seus hábitos diários. Deste modo, esta abordagem permite que o comportamento desejável se mantenha (Horne & Weinman, 1998).

De acordo com este modelo, que se baseia em modelos de resolução de problemas, a pessoa, como agente ativo, assume um papel fulcral na resolução dos seus problemas, adotando comportamentos de saúde que lhe permitam “encurtar” a distância percebida entre o seu estado de saúde atual e o estado por ele desejado. Simultaneamente, a pessoa responde à doença de uma forma dinâmica que vise restabelecer o estado de normalidade, de acordo com a interpretação e avaliação que faz dessa patologia. Isto implica que a escolha de uma determinada ação está condicionada pelo sentido que essa ação faz à luz das suas próprias ideias, acerca dos sintomas experienciados e da própria doença. Nesta perspetiva, a adesão ou não adesão, pode ser um dos possíveis comportamentos adotados para enfrentar a doença tal como esta é percebida (ibidem).

Segundo os mesmos autores, este modelo assume a existência de três fases de resposta à doença: *representação cognitiva da ameaça, desenvolvimento e implementação do plano de ação para lidar com a ameaça e satisfação decorrente dos resultados do plano de ação*. Ocorrem paralelamente a um nível emocional e cognitivo, numa interação dinâmica entre o processo de representação, *coping* e avaliação.

Estas fases do MAR podem ser aplicadas à saúde da seguinte forma: ao ser confrontada com sinais internos (experiência de um sintoma) ou externos (mensagens sociais ou informação) de uma provável doença, a pessoa atribuirá sentido ao problema de acordo com as suas cognições acerca da doença (identidade, causa, consequências, evolução e cura/controlo). As representações cognitivas do problema e o sentido que lhe é atribuído contribuem para o desenvolvimento de estratégias adequadas de *coping*. Por outro lado, a identificação do problema de doença provocará alterações no estado emocional, pelo que as estratégias de *coping* relacionam-se tanto com as cognições de doença como com o estado emocional da pessoa. Assim, após a pessoa identificar estratégias de *coping*, estas podem ser agrupadas em duas categorias: *coping* de aproximação (como procurar aconselhamento através de técnicos qualificados e apoio social) e *coping* de evitamento (negação). Por último, é avaliada pela pessoa a eficácia de estratégia de *coping* adotada, ponderando a continuação desta ou, pelo contrário, a adoção de uma estratégia alternativa (Ogden, 1999).

Para Horne & Weinman (1998) o facto deste processo cognitivo e emocional ocorrer em paralelo, pode ser uma mais-valia na explicação de respostas, aparentemente irracionais a ameaças de doenças. O facto de a pessoa não recorrer aos serviços de saúde apesar de apresentar sinais e sintomas de uma potencial doença grave, pode ser visto como uma maneira de lidar com a emoção, gerada pela representação cognitiva. Este modelo foca especialmente a importância da experiência real dos sintomas na formulação das representações e na orientação da eficácia nas estratégias de *coping*. Horne (1997) sugeriu que as crenças que a pessoa tem acerca do seu tratamento, desempenham um papel importante na influência das decisões de adesão. Existe suporte empírico que sustenta a utilidade deste modelo em explicar as decisões de adesão, nomeadamente a adesão à medicação dos hipertensos (Meyer [et al] (1985), citado por Horne & Weinman (1998)). Poucos estudos utilizaram esta abordagem, apesar dos argumentos válidos para o estudo das cognições da doença como

determinantes da adesão ao tratamento, talvez pela complexidade deste modelo que dificulta a operacionalização.

Em consonância com os modelos de cognição social, o MAR tenta focar a *representação cognitiva da ameaça* à saúde do indivíduo como fator chave determinante na variação de um comportamento e considera as crenças como guias fundamentais. No entanto, eles diferem, porque este último enfatiza os processos de *coping* e o *feedback* resultante das cognições, emoções e comportamentos (Horne & Weinman, 1998).

Apesar dos modelos descritos serem utilizados em investigações sobre adesão, não fornecem explicações completas de comportamentos específicos de adesão. Segundo Conner & Norman (1996) citado por Horne & Weinman (1998), os modelos de cognição social parecem ter maior aplicabilidade em decisões sobre a manutenção da saúde e menos na explicação dos comportamentos de adesão no contexto das doenças crônicas.

#### **Modelo da hipótese cognitiva da adesão**

Este modelo foi desenvolvido por Ley (1988) citado por Ogden (1999) e defende que a adesão pode-se prever combinando o fator *satisfação* da pessoa relativamente à consulta, com os fatores *compreensão* da informação transmitida na consulta e a *memorização* dessa informação.

No que concerne à satisfação das pessoas, estudos conduzidos por Haynes e colaboradores (1979) e por Ley (1988), citados por Ogden (1999), concluíram que os níveis de satisfação das pessoas estavam relacionados com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspetos afetivos, aspetos comportamentais e aspetos ligados à competência do próprio técnico. Relativamente aos aspetos afetivos, o autor refere-se à compreensão que é demonstrada à pessoa e ao apoio emocional que lhe é dispensado. Os aspetos comportamentais referem-se à prescrição efetuada e às explicações adequadas acerca da mesma.

A compreensão da informação transmitida na consulta, acerca da doença, etiologia, gravidade, localização correta do órgão envolvido e tratamento, parece influenciar a satisfação da pessoa e conseqüentemente a adesão. A falta de compreensão da pessoa acerca do conteúdo da consulta poderá afetar a adesão às indicações médicas.

Ley (1989), citado por Ogden (1999) também alertou para a associação entre a capacidade de recordar informações sobre o aconselhamento e adesão. O

mesmo autor considera que alguns aspetos como a ansiedade, o nível intelectual, os conhecimentos médicos, o efeito primazia (as pessoas têm tendência a recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar), a importância da afirmação feita pelo médico, assim como o número de afirmações, aumentavam a capacidade de recordação da pessoa. Ainda de acordo com o autor, a idade parece não ter influência na capacidade de recordar o conteúdo da consulta.

Segundo este modelo, pode-se promover a adesão da pessoa ao regime terapêutico através da comunicação que com ele se estabelece (Camarneiro, 2002), pelo que se infere da relevância dos processos relacionais e comunicacionais entre os profissionais de saúde e as pessoas.

#### **Modelo da adesão (*adherence*)**

Este modelo foi desenvolvido por Stanton (1987) citado por Ogden (1999) e introduziu a alteração do termo *obediência (compliance)* por *adesão (adherence)*, numa tentativa de afastar a visão tradicional do profissional de saúde que decide perante uma pessoa passiva. O modelo semelhante ao modelo da hipótese cognitiva da adesão de Ley, sugere que a comunicação do profissional de saúde aumenta o conhecimento da pessoa, a sua satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao regime recomendado. Um aspeto que o diferencia em relação ao modelo anterior é que este enfatiza aspetos da própria pessoa (as crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão, *locus* de controlo e apoio social sentido) e a sua interação com o profissional de saúde. Porém, estes dois modelos têm implícito que os técnicos de saúde são profissionais objetivos e qualificados e não influenciados pelas suas próprias crenças de saúde e as pessoas são os leigos, com crenças e perspetivas individuais que necessitam de ser consideradas pelo profissional de saúde aquando do estabelecimento da comunicação (Ogden, 1999).

No decorrer deste capítulo foram abordados alguns modelos que, embora não expliquem na totalidade os comportamentos de adesão, permite-nos uma melhor compreensão dos aspetos psicológicos que estão inerentes ao processo de tomada de decisão referente ao regime terapêutico.

### 1.3.A Teoria Das Transições E A Pessoa Com Doença Crónica

Doença crónica é uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade. Cada doença crónica é muito específica e tem impacto no próprio indivíduo, na família e na comunidade. No entanto, os problemas e as complicações comuns, que acompanham os vários distúrbios de saúde crónicos, podem ser estudados no geral, para ajudar o enfermeiro a compreender as pessoas com determinada doença crónica e a cuidar delas (Phipps [et al], 1995).

Conviver com estes acontecimentos cercados por alterações na diade saúde/doença, na maioria das vezes são desvalorizados pelos serviços de saúde. São alterações provocadas por momentos de *stress*, medo, ansiedade, tanto no próprio como em toda a dinâmica familiar que o rodeia (Régua, 2010).

Quando nos reportamos a uma situação de doença crónica, as pessoas encontram-se mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. É importante analisar na enfermagem a compreensão, o funcionamento e os componentes desses processos e experiências de transição já que o cuidar engloba todas as relações intervenientes no processo de saúde/doença. O processo de mudança, de integração e aceitação da nova condição é moroso e requer particular atenção, exige sentimentos, conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição (Régua, 2010).

Atualmente, e de forma mais evidenciada pela investigação, a conceção de saúde é perspectivada como mais do que a ausência de doença, através do equilíbrio em todas as dimensões do ser humano, traduzido pela homeostasia e adaptação aos diversos contextos de vida. Para Meleis (2007), a saúde revela-se por consciencialização, *empowerment*, controlo e automestria na vida. A ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, coloca as pessoas na iminência de uma transição.

Todas as transições implicam uma mudança, apesar de nem todas as mudanças serem consideradas uma transição (Meleis [et al], 2000). Uma transição ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando a mudar por opção ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova

realidade (Selder (1989), citado por Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). Logo, a transição é o movimento e adaptação à mudança em vez do retorno a um estado pré-existente. Os acontecimentos que proporcionam modificações profundas nos comportamentos, atividades e papéis de cada indivíduo são então considerados como circunstâncias da transição.

Essas alterações têm repercussões importantes na vida e na saúde dos indivíduos e sua família e é nessa condição que passam a ser relevantes enquanto foco de atenção dos enfermeiros. A transição envolve uma consciência do próprio, no processo de mudança e nas interações com os outros para que as necessárias alterações no seu estilo de vida sejam incorporadas (Meleis [et al], 2000). As transições são *“resultado de mudanças e resultam em modificações na vida, saúde, relações e ambiente”* (Meleis [et al], 2000, p.13).

Meleis e seus colaboradores (2000) desenvolveram trabalhos empíricos que examinaram várias experiências de transição. Os resultados destes estudos conduziram ao desenvolvimento de uma teoria que inclui três domínios: a natureza das transições, as condições das transições e os padrões de resposta.

Para Meleis (2005), existem quatro tipos de transições, que não são mutuamente exclusivas. Assim, temos as transições de **desenvolvimento**, associadas a mudanças no ciclo vital, as **situacionais** relacionadas com acontecimentos que implicam alterações de papéis, as associadas com **situações de saúde/doença** e ainda as **organizacionais** resultantes das alterações no ambiente social, político e/ou institucional.

A consciencialização é uma condição necessária para o início da transição (Chick & Meleis, 1986) e idealmente, após o estado de alerta, despoletado por um evento, a pessoa inicia um processo de procura de equilíbrio optando por enveredar por atividades como a procura de informação ou suporte, identificando novas formas de viver e de “estar” modificando atividades anteriores (Meleis [et al], 2000). As transições são complexas e multidimensionais, e englobam diversas **propriedades** como a **consciencialização**, o **envolvimento**, a **mudança e diferença**, o **espaço de tempo** e os **pontos ou incidentes críticos**.

A **consciencialização** é exposta como a percepção, o conhecimento e reconhecimento da experiência da transição (Meleis [et al], 2000). Logo, o nível de consciencialização espelha repetidamente o grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas existentes e aquilo que estabelece um

conjunto de respostas desejadas e as percepções dos indivíduos sujeitos a transições semelhantes.

O **envolvimento**, outra das propriedades essenciais no processo de transição, pode ser descrito como o grau de participação e interesse que cada pessoa demonstra na vivência desse processo. Este aspecto manifesta-se pela procura de informação, na utilização de modelos e na preparação ativa. Assim, o nível de consciencialização influencia decisivamente o grau de envolvimento e este pode não acontecer na ausência de consciencialização (ibidem).

Para se tornar possível compreender a transição é fundamental descrever os efeitos e significados dessas mesmas mudanças, sendo que as dimensões das mudanças devem igualmente ser exploradas, envolvendo a natureza, a temporalidade, importância percebida e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. Esta **mudança** pode estar associada a eventos críticos ou desequilíbrios que proporcionam rutura nas rotinas, ideias, percepções e identidade. A **diferença** é outra propriedade das transições, associada pelos autores à mudança, sendo explicada pelas expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma (ibidem).

As transições são igualmente representadas pelo **espaço de tempo** da transição, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo. As transições acontecem num intervalo de tempo com um ponto final identificável, prolongando-se desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por um ciclo de instabilidade, confusão e *stress* até a um eventual fim com um novo começo ou período de estabilidade (Brigdes, 2003). Todavia, na avaliação da experiência de transição, é indispensável considerar a possibilidade de variabilidade ao longo do tempo, já que pode ser necessário a reavaliação dos resultados (Meleis *[et al]*, 2000).

Existe um vasto leque de transições que estão relacionadas com eventos reais, concretos e identificáveis, sendo que como já foi mencionado anteriormente, uma grande parte das transições aglomeram pontos de viragem, associados a momentos chave. Assim, surge os **pontos ou incidentes críticos**, como mais uma propriedade, articulados normalmente com o aumento da consciencialização da mudança e diferença ou a um envolvimento mais ativo para lidar com a experiência da transição. Concomitantemente, também surgem pontos críticos finais, qualificados pelo sentido de estabilidade em novas rotinas,

capacidades, estilos de vida e atividades de autocuidado (Meleis [et al], 2000). Ao longo de um período de incerteza, indecisão e dubiedade, alguns eventos críticos derivam da natureza da transição. São igualmente descritos períodos críticos, que são etapas de aumento da vulnerabilidade onde os sujeitos encontram dificuldades, que solicitam a atenção, o conhecimento e a experiência do enfermeiro em diferentes sentidos (ibidem). O cuidado ao nível da transição surge, portanto, como uma resposta ao evento da transição. Neste período, a pessoa adota determinados comportamentos, que podem ser observáveis ou não, e que englobam processos intrapsíquicos, bem como de contexto sociocultural (Chick & Meleis (1994), citado por Zagonel (1999)), como desorientação, *stress*, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no autoconceito, mudanças no desempenho de papel, mudanças na autoestima, entre outros (Murphy, 2006).

Existem fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de transição e que, de acordo com Meleis se podem agrupar em fatores **personais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento)**, da **comunidade** e da **sociedade**. No que concerne às **condições pessoais**, os **significados** atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição e ao processo de transição, podem facilitar ou dificultar uma transição saudável (Meleis [et al], 2000). Relativamente às **crenças e atitudes**, quando o estigma ou preconceitos estão associados à experiência de transição, a expressão de estados emocionais relacionados com isso podem inibir a transição (Meleis [et al], 2000). Neste sentido, crenças relacionadas com a morte e incapacidade podem prejudicar o evoluir do processo de transição. Algumas investigações testemunham que os participantes com **status socioeconómico** mais baixo estão vulneráveis a sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (Uphold & Susman (1981); Abe & Moritsuka (1986), citados por Meleis [et al], 2000). Paralelamente, a **preparação** prévia coadjuva a experiência da transição, sendo que, por sua vez, a falta de preparação, complica o processo. Previamente e em relação direta com a preparação está o **conhecimento** acerca do que esperar durante a transição e quais as estratégias que podem auxiliar na gestão da situação. Assim, a preparação e o conhecimento destacam-se para a vivência de uma transição saudável. Para Meleis [et al] (2000), os recursos da **comunidade** e as condições da **sociedade** podem analogamente facilitar ou dificultar a transição.

Progredindo nesta abordagem da teoria, alcançamos os **padrões de resposta** que resultam da natureza e interação com as condições da transição.

Estes podem ser de dois tipos: os **indicadores de processo** (respostas durante o processo de transição) e os **indicadores de resultado** (respostas depois do processo de transição). Como as transições acontecem ao longo do tempo, a identificação dos **indicadores de processo** traduz o movimento dos indivíduos na direção da saúde ou em direção a riscos e vulnerabilidade, permitindo a avaliação antecipada e a intervenção de Enfermagem oportuna, para facilitar resultados saudáveis (Campos, 2008). Deste modo, uma estrutura adequada para avaliação necessita de capturar estas variações para refletir as experiências de transição (Davies, 2005). Segundo Meleis e seus colaboradores (2000), os **indicadores de processo** incluem: **sentir e estar ligado, interação, estar situado e desenvolver confiança e coping**.

A necessidade de **sentir e estar ligado** predomina nas descrições de diferentes transições, publicadas na literatura (Meleis *[et al]*, 2000). A importância das relações e dos contactos foram identificados, como uma parte integral de uma transição bem sucedida (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). A título de exemplo, fazer novos contactos e continuar aqueles já estabelecidos, com a família e com os amigos é essencial, uma vez que o convívio e os contactos pessoais são a primeira fonte de informação sobre os cuidados de saúde e recursos (Campos, 2008). O sentir-se ligado nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis *[et al]*, 2000). Simultaneamente, a **interação** entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição projetam um contexto harmonioso e efetivo de auxílio, colaboração e ajuda, tornando-se indicadores de uma transição saudável. O **estar situado** no tempo, espaço e relações é fundamental na maioria das transições. Para isso, é muito útil a comparação, através da qual se explica ou justifica como e porquê estão nesta situação, de onde são e de onde vieram e também quem e o que são (Meleis *[et al]*, 2000). O **desenvolvimento de confiança e coping** permite o aumento dos níveis de confiança por parte das pessoas que se encontram em transição, traduzindo-se pela sua compreensão nos diferentes processos em que estão envolvidos (ibidem). O recurso a mecanismos de **coping** eficazes resulta numa melhor adaptação ao novo contexto de saúde. Desta forma, podemos constatar que os indicadores de resultado não se verificam, normalmente, na fase inicial da transição, como é de fácil compreensão pelos pressupostos inicialmente sugeridos.

Os padrões de resposta, através dos **indicadores de resultado**, manifestam-se pela **mestria** e a **integração fluida da identidade**. O indivíduo patenteia **mestria** quando o progresso das suas capacidades é de tal ordem que lhe possibilita viver a transição com sucesso, sendo de salientar que estes comportamentos traduzem o fim da experiência da transição (ibidem). Neste sentido, transitar na direção da **mestria** envolve, por parte do indivíduo, a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprender formas de adaptação à mudança através da consciência do **self**. Assim, a transição não é simplesmente uma mudança, mas pelo contrário, um processo em que as pessoas atravessam para incorporar a mudança na sua vida (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). A **integração fluida da identidade** está relacionada com o facto das pessoas que vivenciam transições totalizarem novos comportamentos, experiências e competências que modificam a sua identidade levando a uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis [et al], 2000). Inicialmente, a identidade do **self** foi ameaçada durante a rutura e existe nesta fase uma necessidade de reconstrução da identidade baseada nos novos papéis e responsabilidades (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). Sintetizando, para Lottis (2006), os indicadores de transição bem sucedidos são o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações. Paralelamente, podem identificar-se indicadores adicionais como: qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, autoatualização e transformação pessoal (Meleis [et al], 2000).

Para finalizar esta abordagem, resta-nos explicitar as **terapêuticas de Enfermagem**. Para Meleis e seus colaboradores (2000) constituem uma separação entre terapêuticas de Enfermagem e intervenções de Enfermagem. Assim, estas são expostas como “ações tomadas em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem (...)” (ICN, 2010, p. 16), enquanto as terapêuticas de Enfermagem, embora se evidenciem nesta definição, procuram a intencionalidade colocada nas ações de Enfermagem (Meleis [et al], 2000).

### *1.3.1. A Transição Saúde/Doença Na Pessoa Com Hipertensão Arterial*

A forma como a pessoa se adapta à transição saúde/doença e como o ambiente a influência são questões fundamentais para o enfermeiro ajudar a ultrapassar a transição vivenciada.

Todo o processo que envolve: a detecção, o diagnóstico, a confirmação e convívio com uma doença crônica, nomeadamente a HTA, é gerador de emoções, sentimentos e preocupações, sendo que se pode desencadear um longo processo, repleto de dificuldades e obstáculos a serem ultrapassados pelo indivíduo e família.

A HTA é uma doença crônica e assintomática, mas com tratamento. A partir do momento em que é diagnosticado a HTA, o indivíduo e a família passam a vivenciar conjunturas novas que exigem redefinições e mudanças nos seus hábitos de vida e períodos de adaptação (Gianini, 2007). Geralmente, é um acontecimento inesperado, dada a predominância de um quadro assintomático, que irá afetar a vida da pessoa e as suas relações. Concomitantemente a todo o processo de reconhecimento e tratamento da HTA, a pessoa irá atravessar uma série de mudanças, ou seja, a crise que despoleta o processo é a presença da doença, porém, desde o diagnóstico até ao tratamento, sucedem uma série de condições pontuais e imprevisíveis que originam uma sequência de adaptações no quotidiano. A pessoa terá assim, que ajustar o seu quotidiano para que as limitações condicionadas pela doença sejam minimizadas. Caso siga as recomendações e adote novos comportamentos saudáveis poderá contornar essas limitações nomeadamente, a gestão do regime terapêutico e controle da sintomatologia.

A resposta humana da pessoa à patologia, como acontecimento marcante, apresenta vários acontecimentos significativos, sendo que o primeiro é evidentemente o diagnóstico, que é o início da trajetória da transição (Machado & Zagonel, 2003). Uma das dificuldades iniciais está claramente relacionada com o *stress*, o medo, a ansiedade apresentado pela pessoa quando recebe o diagnóstico de HTA, podendo ocorrer também sentimentos de desvalorização em relação à situação clínica e repercussões nos órgãos - alvo caso a doença não seja controlada.

Contudo, existem focos de atenção de Enfermagem, que podem dar diretrizes aos enfermeiros para selecionarem as intervenções e recursos a utilizar para cada indivíduo em determinado momento, nomeadamente: Aceitação, que é um *“processo de coping: gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos”* (ICN, 2010, p.37) e Negação, também um *“processo de coping comprometido: evitar ou negar o conhecimento ou significado de um acontecimento de modo a minimizar a ansiedade ou o conflito”* (ICN, 2010, p.63).

Esta adaptação passa muito pela instrução, ensino e aconselhamento, de forma a tornar a pessoa o mais autónoma possível, mas com a garantia de apoio e de intervenção de um profissional de saúde sempre que necessário. Criando confiança no próprio e mantendo-o ativo e útil no seu grupo e mantendo a vigilância que uma doença crónica requer. A intervenção dos profissionais de enfermagem pode ajudar a pessoa a lidar de forma mais adequada com a doença crónica, através da utilização de estratégias de ensino/aprendizagem, disponibilização de recursos e estratégias centradas na resolução de problemas (Régua, 2010).

Nesta fase, a consciencialização acerca do problema torna-se fulcral, existindo uma relação direta entre a questão da consciencialização e adaptação, uma vez que quando a fase de tomada de consciência é ultrapassada de uma forma convincente logo numa fase inicial, a adaptação será mais simples de alcançar (Gianini, 2007). Ao longo deste processo de transição, a consciencialização, o envolvimento e o empenho colocado na resolução dos problemas surgidos ao longo do processo são domínios essenciais nesta conjuntura, já que quanto maior for o nível de consciência e perceção acerca da transição, maior será o envolvimento e empenho da pessoa na mesma (Gianini, 2007).

Outro aspeto importante refere-se ao momento do ciclo vital em que a nova condição decorre, podendo este influenciar decisivamente a transição, já que está absolutamente ligado com o desenvolvimento natural da pessoa humana. Deste modo, o diagnóstico médico é apreendido de formas discrepantes, conforme as diferentes fases da vida do Homem (Soares, Cruz & Rocha, 2004).

Para compreender a experiência da pessoa durante a transição, é necessário descobrir os recursos mobilizados que facilitam ou dificultam o progresso em direção à realização de uma transição saudável (Meleis [et al], 2000). Neste sentido, um vasto leque de condições, como as pessoais,

comunitárias e sociais podem facilitar ou inibir a transição. O momento do diagnóstico é crucial, visto que o indivíduo pode reagir de diferentes formas face a esta circunstância, visto que atribui diferentes significados a diferentes vivências que a experiência proporciona.

O conhecimento e a preparação antecipada da pessoa com HTA, relativamente à sua patologia e ao seu estado de saúde são outros dos fatores, que podem condicionar o processo. Neste sentido, uma preparação antecipada da problemática facilita a experiência da transição, enquanto a falta de preparação é um fator inibidor, sendo que o conhecimento está intrinsecamente relacionado com a preparação acerca do que esperar durante a fase de transição e sobre as estratégias que podem ser úteis na gestão da mesma (Meleis [et al], 2000). Deste modo, sabe-se que se a pessoa está informada e, tomar parte ativa da decisão terapêutica ajuda a vivenciar a transição (ibidem). É aqui também que os enfermeiros têm um papel a assumir, pois as pessoas atribuem grande importância às informações transmitidas pelos profissionais de saúde, já que um conhecimento e uma preparação adequada ajudam-nas a ter expectativas ajustadas acerca dos acontecimentos próximos, conduzindo a níveis inferiores de *stress* e promovendo uma transição mais saudável e facilitada. Assim, o profissional de saúde ao fornecer à pessoa uma informação correta, consistente e relacionada com o diagnóstico, reduz a ansiedade e capacita a pessoa para tomar decisões conscientes baseadas na realidade, o que contribui para uma adaptação mais rápida e eficaz, bem como para uma melhor qualidade de vida (Doenges, Moorhouse & Geissler, 2003). Também vai auxiliar na aquisição de estratégias de *coping* interpretando com a pessoa quais as mais ajustadas e seguras para a pessoa lidar com a doença.

Em relação ao nível socioeconómico, é conjeturável que um nível baixo seja uma condicionante que dificulta a transição, pois as pessoas com menos recursos terão mais dificuldades em obter e mobilizar fontes de suporte para enfrentar a doença.

Tal como nos aspetos pessoais, os recursos comunitários podem facilitar ou inibir a transição. No que concerne aos elementos facilitadores podem-se indicar o apoio do cônjuge, familiares e amigos, a informação adquirida e o contacto com pessoas que vivenciaram a mesma experiência, de forma a poderem esclarecer todas as dúvidas e a identificarem testemunhos próximos. O cônjuge constitui um forte pilar para estas pessoas, uma vez que o acompanhamento contínuo, a

compreensão com experiências de incentivo perante o processo de adaptação a uma nova condição de saúde facilita a transição. O apoio dos amigos e familiares é também um aspecto relevante para as pessoas com HTA. Os profissionais de saúde e o apoio de pessoas que vivenciaram a mesma situação são igualmente fontes de suporte, ajudando-os a esclarecer dúvidas acerca da sintomatologia e do tratamento. Por sua vez, existem componentes que podem atrapalhar o processo e que podem incluir uma pesquisa bibliográfica desadequada e/ou uma má interpretação do seu conteúdo, uma valorização desmedida dos padrões comuns da comunidade, assim como um apoio desadequado do cônjuge, familiares e amigos (Meleis *[et al]*, 2000).

Durante o processo de transição da pessoa portadora de HTA, o indivíduo passa por diferentes fases e experimenta um turbilhão de emoções e eventos psicológicos até aprender a lidar com a doença. Para os autores, uma transição é superada quando os indivíduos demonstram o domínio das novas competências, das habilidades e dos comportamentos, sendo imprescindível controlar as situações que levaram à transição e o ambiente em que ela ocorre. O domínio das novas competências é improvável que seja atingido muito cedo durante uma experiência de transição. Contudo, com o tempo, o indivíduo vai experimentando uma maior estabilidade perto da superação da transição. O nível de domínio das novas competências aponta em que medida se alcançou um resultado saudável da transição (Meleis *[et al]*, 2000). Desta forma, a pessoa consegue expressar os seus sentimentos e falar abertamente acerca da sua doença, bem como integra capacidades, com um bom conhecimento sobre a sua patologia, compreensão acerca do que lhe está a acontecer e conquista um papel ativo nas decisões do seu tratamento.

A pessoa compreende que continua a ser exatamente a mesma que era anteriormente à doença, no fundo, adapta-se e aprende a viver com a doença e as suas consequências.

O enfermeiro no exercer das suas funções, apresenta condições benéficas para favorecer a transição no processo saúde/doença. Contudo, este deverá estar desperto para as propriedades da transição, anteriormente explicitadas no desenvolver da teoria de médio alcance das transições de Meleis e seus colaboradores.

Também as condições de transição deverão ser exploradas pelo enfermeiro pois, estas podem representar entraves para a transição saudável. Assim, torna-se

necessário o envolvimento do enfermeiro na compreensão do significado que o indivíduo atribui à doença e os dados que tem sobre ela. Após essa consciencialização, o profissional de enfermagem deverá ajustar a informação a ser transmitida e/ou a necessidade dessa informação.

Compreender as crenças e atitudes associadas a estas deverá ser outro dos focos de atenção do enfermeiro pois, a existência de ideias pré-concebidas sobre o processo de transição poderá apresentar-se como um obstáculo.

Como já foi referido, o processo de transição poderá ainda, ser influenciado pelas condições socioeconómicas. Estas poderão vulnerabilizar o indivíduo e, deste modo, dificultar a transição saudável. Com o objetivo de auxiliar o indivíduo, o enfermeiro deverá recordar que é um elo numa cadeia de profissionais de diversas áreas de especialidade.

Por fim, e não menos importante, a teoria de Meleis e seus colaboradores ressalta o papel da preparação e conhecimento. Correlacionando com a prática de Enfermagem, o profissional deverá interessar-se pela compreensão do modo como o indivíduo vivência a experiência e/ou sobre as estratégias a adotar, essenciais para a gestão da sua situação. Através desses dados, o enfermeiro poderá traçar juntamente com a pessoa estratégias ajustadas à sua realidade.

A teoria de Meleis e seus colaboradores alertam, ainda, para a comunidade e sociedade. Estas, por sua vez, deverão fazer parte da compreensão e intervenção do enfermeiro. Aquando da existência de recursos na comunidade, nomeadamente associações ou grupos de apoio, deverão ser apontados e incentivados pois, constituem fontes de apoio e de partilha de experiências e conhecimentos.

Sabemos ainda que os cuidados de Enfermagem não se deverão centrar apenas na pessoa, mas também nos grupos sociais em que estes estejam envolvidos. Por isso, e a fim de promover a transição saudável, o enfermeiro deverá também trabalhar junto dos pares do indivíduo. Pois, um apoio desadequado poderá ser prejudicial para o processo de transição (ibidem).

Após uma contextualização teórica do estudo, avançamos agora para a apresentação dos procedimentos metodológicos que orientaram a nossa investigação.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo pretendemos descrever, refletir e clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram a investigação tendo em conta a definição da problemática.

Em termos de organização do capítulo, este iniciar-se-à com a contextualização do estudo procedendo-se à justificação do mesmo. Posteriormente, seguir-se-à os objetivos da investigação, a finalidade e o desenho do estudo. De seguida, procederemos à descrição do contexto e dos participantes, especificando os procedimentos utilizados para a colheita e análise dos dados, finalizando com as considerações éticas subjacentes ao estudo.

### 2.1. Justificação Do Estudo

Qualquer investigação tem o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador, que posteriormente se transpõe para questões de investigação suscetíveis de serem estudadas (Fortin, 2009).

Tendo em conta as várias opções de pesquisa, a decisão recaiu sobre um foco de atenção dos enfermeiros, especificamente, a adesão ao regime terapêutico.

A HTA constitui uma das afeções mais comuns do mundo moderno pois, é responsável por um elevado número de complicações cardiovasculares, nomeadamente os AVC, o enfarte agudo do miocárdio, entre outros (Polónia [et al], 2006; Carrageta, 2008).

Mais de quatro milhões de portugueses são hipertensos e assim, a HTA é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública em Portugal (Carrageta, 2008; Cortez-Dias [et al], 2009). A elevada taxa de prevalência da patologia no país revela a necessidade de adoção de medidas de controlo efetivo sobre esta. Desta forma, a pertinência do estudo sobre esta problemática torna-se ainda mais evidente, se considerarmos o aumento da longevidade e o

envelhecimento da população. Outros fatores relevantes para o aumento da incidência desta patologia sobre a população portuguesa relacionam-se com as mudanças verificadas nos estilos de vida. Neste sentido, podemos designar as mudanças alimentares, atendendo ao abandono da tradicional dieta mediterrânea e ao aumento do consumo de gorduras e açúcares (Carrageta, 2008). Também, o aumento do consumo de tabaco e de álcool por faixas etárias cada vez mais jovens, aliada à diminuição da atividade física regular revela-nos uma realidade propícia para a crescente prevalência da HTA em Portugal (Carrageta, 2008).

Porém, existem terapêuticas para o tratamento da HTA com evidências suficientes sobre o benefício destas. A WHO (2009) acrescenta que 25% dos indivíduos em tratamento alcançam níveis ótimos de PA. Contudo, a baixa adesão ao regime terapêutico foi identificada como sendo a principal causa da falha de controlo efetivo da PA. Do mesmo modo, os bons níveis de adesão associam-se a um controlo efetivo da PA e consequentemente à redução das complicações associadas a esta patologia (WHO, 2003a).

O facto de vários estudos nacionais e internacionais apontarem a baixa adesão das pessoas ao regime terapêutico prescrito como uma causa *major* da dificuldade de controlo da doença (Lopes, Barreto-Filho & Riccio, 2003; Araújo & Garcia, 2006; Macedo [et al], 2007; Pinto & Pisco, 2007; Cortez\_Dias [et al], 2009; Dosse [et al], 2009; Lima [et al], 2009; Reiners & Nogueira, 2009; Torres, 2009), justifica a necessidade de se investigar nesta área. Considerando a importância do regime terapêutico no controlo da HTA e os consequentes riscos da não adesão, importa desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão, às terapêuticas recomendadas.

Pelas razões expostas, consideramos oportuno e pertinente realizar um estudo sobre a adesão ao regime terapêutico em pessoas com HTA e os fatores que determinam a não adesão, visando assim contribuir com estratégias que melhorem a adesão.

A identificação do nível de conhecimentos dos hipertensos, acerca da doença e das recomendações para a sua gestão, associada a uma maior compreensão dos motivos que conduzem a comportamentos de não adesão poderá auxiliar os profissionais de Enfermagem no planeamento de intervenções que promovam a adesão ao regime terapêutico proposto.

Em suma, é fundamental para a prática de Enfermagem compreender a transição vivenciada pela pessoa portadora de HTA de modo a criar uma base de sustentação para uma intervenção de enfermagem assertiva e eficaz.

## **2.2.Objetivos Do Estudo**

Os objetivos de um estudo sugerem o porquê da investigação, sendo considerados como enunciados declarativos que especificam a orientação da investigação, ou seja, esclarecem o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da mesma (Fortin, 2009). De forma, a especificar o que se pretende estudar e orientar na investigação, delineamos os seguintes objetivos:

- Identificar o nível de conhecimentos das pessoas hipertensas em relação à HTA (etiologia, duração, manifestações clínicas, fatores de risco, tratamento e consequências);
- Identificar a perceção sobre a informação transmitida pelos profissionais de saúde à pessoa hipertensa relativamente às recomendações sobre o controlo da HTA;
- Avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico instituído;
- Identificar fatores, na perspetiva das pessoas hipertensas, que comprometem a adesão ao regime terapêutico;
- Relacionar as características sociodemográficas da pessoa hipertensa com a adesão ao regime terapêutico;
- Relacionar os conhecimentos da pessoa hipertensa sobre a doença com a adesão ao regime terapêutico;

## **2.3.Finalidade Do Estudo**

A não adesão ao regime terapêutico, indicado pela sua situação patológica, impede que a pessoa possa usufruir dos benefícios clínicos associados a esta. Neste sentido, a problemática em análise configura-se como uma prioridade para a investigação em Enfermagem. Já em 1995, por Polit & Hungler, a adesão a programas de tratamento era um dos tópicos de interesse para a investigação. Desta forma, vemos que os enfermeiros estão preocupados em investigar as associações que possam existir entre o conhecimento e as experiências prévias ou características psicológicas das pessoas e o seu grau de adesão a programas

terapêuticos (Polit & Hungler, 1995). Por outro lado, esta preocupação decorre do facto dos enfermeiros se preocuparem com a forma como as pessoas lidam e se adaptam às mudanças do seu modo de vida, impostas pela doença, ou ainda, pelo facto de os enfermeiros pretenderem contribuir para a melhoria do estado de saúde das pessoas (Meleis [et al], 2000).

Assim o estudo que encetamos, tem como finalidade contribuir para a melhoria do conhecimento e compreensão do problema que é a adesão ao regime terapêutico em pessoas com HTA. Pois, neste sentido poder-se-á ajudar os profissionais de enfermagem a orientar a sua prática e inevitavelmente contribuir para a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.

## 2.4.Desenho Do Estudo

Segundo Fortin (1999, p.135) *“a escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou definitiva”*. Neste sentido, é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo do fenómeno.

É necessário então delinear um desenho adequado, segundo se pretenda descrever (estudo descritivo), explorar um fenómeno (estudo exploratório), verificar associações ou estabelecer relações de causalidade (estudo correlacional).

Neste percurso de investigação, e considerando, por um lado, os objetivos que orientam a pesquisa e, por outro, a finalidade do estudo, pareceu-nos adequado delinear um estudo descritivo, correlacional e transversal.

Um estudo descritivo visa descrever factos e fenómenos vivenciados na experiência dos indivíduos. Para Fortin (2009, p. 236) o estudo descritivo *“serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”*. Um estudo correlacional implica relações entre variáveis e uma explicação destas relações. De acordo com a autora (2009, p. 236), um estudo correlacional *“tem por objetivo examinar relações entre variáveis e, eventualmente, precisar a força e a direção destas”*. O estudo é transversal uma vez que o investigador recolheu os dados fornecendo-nos, assim, uma *“fotografia”* do que se passa face a um determinado fenómeno, num determinado momento e numa determinada população (Fortin, 2009).

No âmbito desta pesquisa optamos por uma metodologia quantitativa, por ser indicada para “medir” o *status* de um fenómeno, utilizando para o efeito um instrumento com a finalidade de medir a adesão ao regime terapêutico, as razões da não adesão e os conhecimentos sobre a HTA. Para Fortin (2009, p. 30) num método quantitativo “*o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com a ajuda de técnicas estatísticas*”.

## 2.5.Contexto Do Estudo

O estudo decorreu na Consulta de Hipertensão Arterial, do Hospital de S. João.

A escolha da referida consulta foi motivada pelo conhecimento prévio do investigador sobre a existência de um elevado número de pessoas com HTA. Simultaneamente, o facto do investigador exercer a sua atividade profissional na referida instituição de saúde facilitaria a recolha de dados.

O interesse demonstrado pelo estudo por parte dos diretores de serviço de Medicina Interna e da Consulta de Hipertensão Arterial e da enfermeira-chefe da Consulta da HTA do Hospital S. João, também contribuíram para a decisão.

## 2.6.População De Acesso E Amostra Do Estudo

A população de acesso foi constituída por pessoas com HTA. A amostra do estudo foi de natureza não probabilística e foi constituída por pessoas hipertensas que estavam inscritas na Consulta de Hipertensão Arterial, do Hospital de S. João, há pelo menos 6 meses. Optamos pelo método de amostragem accidental ou de conveniência que consiste em “*escolher indivíduos facilmente acessíveis, que estão num determinado local e num preciso momento*” (Fortin, 2009, p. 321), dado o tempo que dispomos para a realização do estudo.

Neste sentido e de modo a não envolver custos para os participantes, estes foram selecionados tendo por base o dia da consulta marcada com a equipe de enfermagem e/ou com a equipe médica da instituição.

Para este estudo definimos como critérios de inclusão:

- Idade superior a 18 anos;
- Ser capaz de compreender, verbalizar e responder às questões;
- Ser doente com HTA em seguimento na consulta há pelo menos 6 meses;
- Concordar em participar no estudo;

O critério de exclusão a considerar foi a existência de défices cognitivos que impedissem a compreensão do estudo.

A recolha de dados realizou-se no período compreendido entre 4 de abril e 22 de junho de 2011, de acordo com a disponibilidade temporal do investigador.

## **2.7. Instrumento De Recolha De Dados**

Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos participantes. A seleção adequada de um instrumento de recolha de dados é um processo fundamental que envolve um período de reflexão por parte do investigador. Cabe a este determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém aos objetivos do estudo e às questões de investigação enunciadas (Fortin, 2009).

Dada a natureza da problemática em estudo, optamos por utilizar como instrumento de colheita de dados, o formulário, em detrimento de outras técnicas de recolha de dados.

Ao optar por este método de recolha de dados pretendemos assegurar uma uniformidade no preenchimento do mesmo, uma vez que a sequência na formulação das perguntas foi previamente determinada. E obtemos também o máximo de informação considerada relevante de um modo rápido e de fácil acesso (Fortin, 2009).

Sendo as pessoas com HTA maioritariamente idosos, a capacidade de ler e escrever poderia comprometer ou mesmo impedir a compreensão das questões e, conseqüentemente, o preenchimento do formulário. A presença do investigador, no momento da recolha de dados permitiu esclarecer dúvidas e descodificar o significado das perguntas que não fossem compreendidas pelos participantes facilitando, assim, a adesão por parte dos sujeitos ao estudo.

O instrumento de colheita de dados foi desenvolvido no âmbito da investigação de Sousa (2005), após uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

O formulário encontra-se dividido em quatro partes:

- Dados sociodemográficos e antecedentes pessoais;
- Adesão às recomendações para o tratamento da HTA e razões da não adesão;
- Recomendações para o tratamento da HTA;
- Conhecimentos sobre a HTA;

O instrumento contém perguntas fechadas e abertas e foi preenchido pelo investigador (Anexo I).

As características psicométricas de um instrumento de medida, que forneça dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse instrumento (Sousa, 2005).

A validade corresponde ao *“grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida”* (Fortin, 2009, p. 354).

A validade pode verificar-se de diferentes formas sendo a validade de conteúdo uma delas. Para avaliar a validade de conteúdo de um instrumento procura-se assegurar *“que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir”* (Fortin, 2009, p. 355).

Nesta perspetiva, Sousa (2005) recorreu a peritos (médicos de Medicina Interna, médicos de Medicina Familiar, nutricionistas e enfermeiros) para julgarem a validade de conteúdo do instrumento de medida e determinar se o instrumento mede o que seria suposto medir (Fortin, 2009).

A fidelidade refere-se à *“precisão e à constância das medidas obtidas com ajuda de um instrumento de medida”* (Fortin, 2009, p. 348). O instrumento é fiel *“se fornece resultados semelhantes em situações comparáveis”* (Fortin, 2009, p. 349).

A fidelidade de um instrumento pode ser avaliada de diversas formas, sendo uma delas a consistência interna. Segundo Fortin (2009, p. 350), a consistência interna designa *“a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida; refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito”*.

A técnica frequentemente utilizada para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento de medida é o valor do coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente é utilizado quando existem várias possibilidades de escolha no

estabelecimento dos *scores*, como na escala de *likert*. Os valores de *alfa* variam entre 0 e 1 e quanto mais próximos de 1 for o valor de *alfa*, maior a consistência interna do instrumento de medida (Fortin, 2009).

No estudo realizado por Sousa (2005), o valor de *alfa* obtido foi de 0,7032, o que é considerado um coeficiente de fidelidade aceitável (Fortin, 2009).

## 2.8. Variáveis E Sua Operacionalização

A consideração pelas variáveis em estudo, desde a sua definição à sua operacionalização, torna-se fundamental numa investigação, de forma a impedir o seu comprometimento ou o risco de invalidar a mesma. Por este motivo, devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional.

Para Fortin (2009, p. 171) “*as variáveis são unidades de base da investigação, são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo*”. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.

Neste estudo consideramos variáveis dependentes e variáveis independentes. Entende-se por variável independente como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2009).

Define-se variável dependente como “*a que sofre o efeito da variável independente*” (Fortin, 2009, p. 171). Esta variável é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever (ibidem). No estudo que pretendemos efetuar a variável principal/dependente foi a adesão ao regime terapêutico.

A operacionalização das variáveis enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável numa dada situação de investigação (ibidem).

As quatro componentes que constituem o formulário compreendem um conjunto de variáveis independentes, cuja operacionalização foi feita de acordo com o estudo de Sousa (2005), e que se encontra no anexo II.

## 2.9.Procedimentos Para Análise Dos Dados

O tratamento de dados emerge no decorrer do processo de investigação, sendo uma fase integrada do mesmo. A estatística ajuda o investigador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica recolhida num trabalho de pesquisa (Polit & Hungler, 1995).

Segundo Polit & Hungler (1995, p. 227) “*sem ajuda da estatística, os dados quantitativos coletados num projeto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números*”.

Numa primeira fase todos os dados contidos nos formulários deste estudo foram codificados, digitados e processados numa base de dados, o tratamento e a análise destes dados foram feitos com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.

Os resultados são as informações numéricas que resultam dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida (Fortin, 2009). Depois dos dados recolhidos procedemos a uma análise estatística descritiva e inferencial dos resultados através de tabelas dado que permitem uma consulta fácil, rápida e global dos resultados obtidos.

A análise descritiva permite “*descrever as características da amostra e responder às questões de investigação*” (Fortin, 2009, p. 410), de maneira, que sejam compreendidas tanto pelo investigador como pelo leitor. As estatísticas descritivas utilizadas incluem as distribuições de frequência e os gráficos, as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (desvio padrão).

A análise inferencial vai além da análise descritiva, baseada nas leis da probabilidade, “*interessa-se pelos resultados provenientes de uma amostra e por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total*” (Fortin, 2009, p. 440), pretende assim determinar em que medida a informação proveniente de uma amostra reflete bem o que se passa na população.

Relativamente, à análise inferencial recorreremos a métodos de estatística não paramétrica como o teste U de *Mann Whitney* e teste H de *Kruskal-Wallis*. Para efeitos da análise da significância estatística destes testes foi utilizado um nível de significância estatística de 0,05.

## 2.10. Procedimentos Éticos

Os aspetos éticos são decisivos na investigação, uma vez que sem um código de ética que indique os limites e oriente os passos da investigação, a própria investigação é colocada em causa (Ribeiro, 2008). No que concerne à investigação quantitativa, esta reveste-se de um conjunto de considerações éticas referentes ao consentimento informado, ao anonimato e à confidencialidade quanto à sua participação. Segundo Fortin (2009), qualquer investigação realizada com seres humanos deve respeitar todos os princípios éticos.

A subordinação e obediência a padrões éticos foram uma preocupação constante e imutável, respeitando-se os direitos envolvidos ao longo de todo este processo.

Foi solicitado previamente um pedido de autorização à autora, que elaborou o instrumento de recolha de dados, para a sua utilização neste estudo (Anexo III). Posto isto, inicialmente este estudo foi submetido à análise da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João (Anexo IV), dos diretores de serviço da Medicina Interna e da Consulta da HTA do Hospital de S. João (Anexo V). Deste modo, pretendia-se que fosse concedida a permissão para a realização do estudo na Consulta da HTA do Hospital S. João, tendo recebido um parecer favorável. Numa fase posterior, o estudo foi exposto a uma avaliação pelo Conselho de Administração da instituição (Anexo VI) que autorizou, formalmente, a recolha de dados. Durante este processo, incluiu-se o instrumento de recolha de dados e o consentimento informado, por parte dos participantes.

O consentimento informado, significa que os participantes estão cientes da natureza da investigação, compreendem a informação e têm o poder de livre escolha podendo assim, participar voluntariamente ou recusar a participação na investigação. Caso optem por participar no estudo salientava-se a garantia do anonimato (Polit, Beck & Hungler, 2004).

De seguida, foi estabelecido um novo contacto com os elementos da Consulta de HTA do Hospital de S. João, nas pessoas da Diretora e da Enfermeira Chefe, de modo a dar a conhecer os contornos da investigação. O investigador foi apresentado por os elementos citados à equipe médica, de enfermagem e administrativa, tendo sido solicitada a colaboração destes ao longo do processo de recolha de dados. Desta forma, foi pedido o encaminhamento dos utentes identificados pelo investigador que apresentassem critérios de inclusão no estudo.

Assim, e antes da consulta médica ou de enfermagem, os utentes foram convidados, pelos respetivos profissionais de saúde, a participar no estudo sobre o conhecimento da HTA. Os que aceitaram participar no estudo, foram posteriormente conduzidos para um gabinete, onde se estabeleceu o contacto com o investigador. Nesta interação, e antes de se proceder à recolha de dados, o investigador fez uma descrição do estudo e, precisou os objetivos e a informação que desejava obter. Foram também referidos os aspetos pertinentes para o desenvolvimento da investigação, e foi ainda garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, bem como, a condição voluntária da participação. Deste modo, os participantes foram informados que a qualquer momento poderiam, sem explicação prévia, decidir abandonar o estudo.

Após a anuência do utente para participar no estudo, foi pedido que assinasse então o documento do consentimento informado (Anexo VII) e, por conseguinte, procedeu-se ao início de recolha de dados. O método utilizado foi a entrevista estruturada, com a aplicação do formulário, preenchido pelo investigador. De referir também, que todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo investigador.

### 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada a caracterização dos participantes, a apresentação dos resultados, a análise crítica e discussão dos mesmos, interligando-os com a revisão teórica desenvolvida no início desta dissertação. Neste contexto, iniciaremos com uma resenha sobre as características sociodemográficas e clínicas da amostra e sua relação com a adesão terapêutica, a adesão ao regime terapêutico por dimensões, as causas de não adesão ao regime terapêutico e, por último, conhecimentos sobre a HTA e percepção das recomendações para o seu tratamento.

#### Caracterização sociodemográfica da amostra

Apresentamos de seguida a caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 3).

No que concerne ao género constatamos um valor mais elevado do género masculino. Este dado está em discordância com a literatura consultada anteriormente, em que destacamos, por exemplo, o estudo conduzido por Barros *[et al]* (2010) cujos resultados mostraram que de 55 participantes, 37 (67,3%) eram do sexo feminino e 18 (32,7%) do sexo masculino. Também no estudo de Cavalari (2010) verificou-se que de 75 participantes, 39 (52%) eram do sexo feminino e 36 (48%) eram do sexo masculino. No estudo realizado por Santa Helena, Nemes & Eluf-Neto (2010) constataram que em 595 participantes existe um claro predomínio do sexo feminino (70,4%) em comparação com o sexo masculino (29,6%).

Provavelmente a prevalência do sexo masculino está associada ao facto de os indivíduos da nossa amostra serem comparativamente mais jovens, pois 55% dos participantes apresentam idade igual ou inferior a 55 anos de idade. No estudo realizado por Contiero *[et al]* (2009), os autores verificaram um predomínio de indivíduos do sexo masculino, mas com idades superiores a 65 anos de idade. Em oposição, em outro estudo verificou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino com uma média de idade de 55 anos (Severo *[et al]*, 2009).

Relativamente ao nível de instrução, é de salientar que 47% dos participantes possui quatro anos de escolaridade, ou seja, concluiu o primeiro ciclo e apenas um participante frequentou e concluiu um curso superior. De referir que 8 participantes não sabiam ler nem escrever. O nível de instrução é baixo, o que poderá contribuir para dificultar a compreensão dos indivíduos em relação às das orientações recebidas pelos profissionais de saúde referentes sobretudo com os comportamentos de saúde a adotar. Este resultado encontra-se em consonância com os estudos de Diniz, Tavares & Rodrigues (2009), Barros *[et al]* (2010) e Cavalari (2010).

Em concordância com a idade da amostra, 51% dos participantes referiram ter uma vida profissional ativa. Nos estudos de Ungari (2007), Diniz, Tavares & Rodrigues (2009), Cavalari (2010) e Palota (2010) os indivíduos encontravam-se aposentados.

TABELA 3: Distribuição absoluta e percentual dos dados sociodemográficos da amostra

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	52	45%
Masculino	63	55%
<b>Idade</b>		
35 - 45	49	43%
46 - 55	14	12%
56 - 65	24	21%
66 - 75	27	23%
76 - 85	1	1%
86 - 95	0	0%
<b>Habilitações literárias</b>		
4	50	47%
6	1	1%
9	37	34%
12	18	17%
16	1	1%
<b>Situação Profissional</b>		
Trabalhador ativo	59	51%
Desempregado	0	0%
Reformado/Inválido	47	41%
Outra	9	8%

### Profissão atual ou anterior

Apesar de mantermos a mesma distribuição do formulário original (Sousa, 2005), optamos por apresentar apenas os grupos profissionais onde se inclui indivíduos da nossa amostra (Tabela 4). Desta forma, os grupos profissionais com maior representatividade na amostra são o pessoal dos serviços e vendedores (33%).

TABELA 4: Distribuição absoluta e percentual da amostra por grupo profissional

Grupo profissional	<i>n</i>	%
Técnicos e profissionais de nível intermédio	5	4%
Pessoal administrativo e similares	11	10%
Pessoal dos serviços e vendedores	38	33%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	5	4%
Operários, artífices e trabalhadores similares	16	14%
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	16	14%
Trabalhadores não qualificados	10	9%
Domésticas	14	12%
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100%</b>

### Componentes do agregado familiar

Relativamente ao agregado familiar, constatamos que a maioria dos inquiridos vive acompanhado. De facto, 35% dos participantes referiu viver com o cônjuge/companheiro ou com a família restrita (pai, mãe e filhos) e 23% com a família alargada. De realçar que apenas 6% dos participantes vive só e nenhum vive num lar.

Na realidade, e uma vez que a adoção de comportamentos saudáveis para o controlo da HTA deve ser contínua, o contexto familiar pode ter um efeito favorável na mudança comportamental. A adesão ao tratamento está relacionada com o apoio familiar dispensado à pessoa com HTA que está evidenciado em estudos (Lima, Lopes & Araújo, 2001; Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Araújo & Garcia, 2006; Matos, Alfonso & Veia, 2007; Oshiro, 2007; Diniz, Tavares & Rodrigues, 2009; Torres, 2009). A alteração de estilos de vida como o padrão alimentar, a prática diária de exercício físico e a toma de medicação são objetivos difíceis de alcançar sem colaboração e participação dos familiares, por serem os elementos que convivem mais de perto com a pessoa e que podem ter um papel fulcral na mudança comportamental: encorajam a pessoa à mudança, facilitando assim a adesão ao tratamento.

### **Tempo de diagnóstico da doença**

Na amostra estudada, o diagnóstico de HTA foi efetuado, em média, há 22 anos, com um desvio padrão de 14 anos. O tempo de conhecimento do diagnóstico no nosso estudo oscilou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 50 anos. Estes resultados evidenciam a cronicidade da situação clínica da doença, tal como em outros estudos (Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Pereira & Krieger, 2005; Sousa, 2005; Oliveira *[et al]*, 2008).

### **História familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos)**

A doença manifesta-se em outros elementos da família com relações de consanguinidade. De facto, uma história familiar positiva de HTA foi encontrada em 64% dos participantes (pai, mãe ou irmãos), o que reflete a predisposição familiar no aparecimento da HTA. Constatamos, ainda, que 35% não têm história familiar de HTA, enquanto 1% desconhece a presença da doença nestes familiares. A predisposição familiar da HTA está evidenciada em outros estudos (Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Pereira & Krieger, 2005; Sousa, 2005; Oliveira *[et al]*, 2008).

### **Cohabitar com pessoas com hipertensão**

Relativamente à variável cohabitar com pessoas com HTA, verificamos que a maioria dos inquiridos (88%) não vive com outras pessoas que também possuem a doença. Dos 14 participantes que responderam afirmativamente a esta questão, 9, ou seja, 64% referiram que o cônjuge também apresenta a doença.

### **Problemas de saúde crónicos**

Para além da HTA, 45% dos participantes apresentam outras doenças crónicas, que exigem a toma regular de medicação e/ou modificação nos comportamentos de saúde. Ao analisarmos os dados desta variável, constatamos que as patologias mais frequentes são a DM (69%), seguida de artrite e asma, ambas com 13% e a dislipidemia com 4%. Verificamos, no entanto, que estas patologias aparecem frequentemente associadas. De facto, dos 52 inquiridos com outras doenças crónicas, 40% referiu possuir mais do que uma doença crónica para além da HTA. Alguns exemplos de associações são: DM e insuficiência cardíaca, DM e artrite reumatoide, DM, hipotireoidismo e artrite reumatoide, DM e dislipidemia, entre outros. A presença de diversas patologias crónicas concomitantes na mesma

pessoa conduzem a um aumento de fármacos e/ou a uma mudança de comportamentos de saúde, os quais podem dificultar a adesão ao tratamento recomendado. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (Lebrão, 2003; Souza *[et al]*, 2003; Gus *[et al]*, 2004; Alvarenga, 2005; Vlagopoulos *[et al]*, 2005; Oshiro, 2007; Cavalari, 2010; Palota, 2010).

#### **Número de consultas de hipertensão durante o último ano**

Em relação a esta variável, verificamos que a média de consultas dos inquiridos no último ano foi de 6 (sendo o mínimo de uma e o máximo de nove) e com um desvio padrão de 1.

Em termos de vigilância da doença, estamos perante uma amostra que, no último ano, recorreu várias vezes à instituição de saúde para consultas médicas ou de enfermagem, o que poderá sugerir, por um lado, preocupação com a situação clínica ou, por outro lado, ausência de controlo da doença. Não sabendo o motivo que subjaz a marcação destas consultas, consideramos de enorme importância o acompanhamento frequente destas pessoas no sentido de comparar se aderem ou não ao tratamento. Só assim, poderão ser tomadas medidas numa fase inicial para melhorar os níveis de adesão e diminuir os riscos de posteriores complicações.

#### **Periodicidade de monitorização da Pressão Arterial**

No último ano, os participantes deste estudo monitorizaram a PA em média 8 vezes, com um desvio padrão de 4. O número mínimo de vezes que monitorizaram a PA foi de 2 vezes por ano e o limite máximo foi de 30 vezes por ano.

Alguns participantes possuem equipamento para monitorização da PA no domicílio, o que, naturalmente, ao mesmo tempo lhes possibilita a monitorização deste parâmetro vital com maior regularidade. A frequência da medição da PA e o acompanhamento e tratamento dos fatores de risco modificáveis e de doenças associadas pode ser indicador da preocupação do hipertenso pela sua saúde, o que contribui a longo prazo para a máxima redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, que são alguns dos pressupostos defendidos pela DGS (Circular Normativa, nº 2/DGCG, 2004; Circular Normativa, nº 3/DSPCS, 2006).

Outros artigos adotam as mesmas linhas de orientação quanto ao diagnóstico, tratamento e controlo da HTA (Coelho *[et al]*, 2005; Carrageta, 2005; Polónia *[et al]*, 2006).

### **Local de monitorização da Pressão Arterial**

Dos 115 participantes, 9% monitorizam a sua PA exclusivamente no Centro de Saúde e 5% em outro local. Os restantes 86% recorrem a mais de um local para o mesmo efeito: 43% monitorizavam a PA no centro de saúde, domicílio e outro, seguido de 31% no centro de saúde e outro e somente 7% no domicílio e outro. Importa referir que nenhum dos participantes monitorizava a PA somente no domicílio.

### **Apoio de pessoas significativas**

Da totalidade da amostra, a maioria dos participantes (99%) consideram que sentem que alguém os ajuda na gestão do regime terapêutico. Apenas 1% diz não sentir qualquer apoio externo no tratamento da sua HTA. Quando inquiridos sobre quem os apoia no tratamento da doença, constatamos que os profissionais de saúde (28%), o cônjuge (18%), cônjuge, filhos e profissionais de saúde (18%) e ainda cônjuge e filhos (16%) são os elementos mais referidos pelos participantes.

### **Adesão ao regime terapêutico**

Avaliar a adesão ao regime terapêutico não é fácil, nem consensual. Nenhum método disponível, seja direto ou indireto, está isento de limitações e o método ideal não existe. Acresce que nenhum dos métodos contempla todos os aspetos que influenciam a adesão. Nesta perspetiva, existem vários fatores, como as características dos estudos, os métodos utilizados, a definição de adesão para os autores, entre outros, que dificultam a comparação dos resultados obtidos pelos diversos estudos (Gusmão *[et al]*, 2009).

O *score* de adesão ao regime terapêutico obtido neste estudo é de 3,59 (numa escala de 1 a 5), cujo valor é sensivelmente menor em comparação com o estudo de Sousa (2005) que obteve 3,9361.

A baixa adesão às modificações dos comportamentos nos portadores de doenças crónicas, neste caso específico a HTA, tem sido largamente documentada (Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Pierin *[et al]*, 2001; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Santos & Lima, 2005; Araújo & Garcia, 2006; Gasperin & Fensterseifer, 2006; Polónia *[et al]*, 2006; Almeida *[et al]*, 2007; Gravina, Grespan & Borges, 2007; Jesus *[et al]*, 2008; Contiero *[et al]*, 2009; Dosse *[et al]*, 2009; Santos & Lima, 2009; Pereira, 2010). No nosso estudo, o melhor e o pior índice de adesão encontrados referem-se à medicação e ao tabaco.

Seguidamente iremos comentar os resultados deste estudo de forma parcelar, ou seja, em cada dimensão do regime terapêutico.

### **Adesão à alimentação**

No que se refere à alimentação, optamos por proceder à análise detalhada e individual de cada um dos itens (Tabela 5).

Os dados encontrados no presente estudo, podem levar-nos a inferir alguma incoerência por parte dos inquiridos no que respeita às opções alimentares. Desta forma, 54% das pessoas da nossa amostra referiram que habitualmente seguem uma *“dieta com pouco sal”*, mas paradoxalmente 38% responderam que às vezes *“acrescentam sal aos alimentos”* e 31% admitiram comer às vezes comida com alto teor de sal como presunto, paio, entre outros. Por sua vez, 70% dos inquiridos referiram que raramente *“ingeriam 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia”*.

Estes dados reforçam a ideia de que a alimentação dos portugueses se encontra desequilibrada e desajustada em relação às exigências da saúde, o que contribui para o aparecimento de patologias como a HTA, a dislipidemia, entre outras. A nossa gastronomia que sofre influência mediterrânea tem sido relegada em prol de uma alimentação caracterizada por um consumo excessivo de proteínas de origem animal, de sal e de gorduras e por um consumo deficitário de produtos hortícolas e frutos. Para esta realidade contribuem por um lado, a vida nos grandes centros urbanos, que dificulta o cultivo para consumo próprio destes alimentos; por outro lado, o atual custo dos mesmos poderá dificultar a aquisição, principalmente naqueles com maiores dificuldades económicas; e ainda, o ritmo de vida da sociedade atual, que leva as pessoas a consumir menos produtos naturais por falta de tempo para os confeccionar (Carrageta, 2008). No entanto, tendo em conta estes resultados podemos afirmar que a maioria dos participantes adotou as recomendações para uma alimentação saudável definidas pelas sociedades nacionais e internacionais, estando assim de acordo com diversos estudos.

Nos estudos de Pierin [et al] 2001, Oshiro (2007) e Lima [et al] (2010), a maioria dos participantes referiram restringir o uso de sal e gorduras na alimentação. Em oposição, os estudos realizados por Pessuto & Carvalho (1998), Barros [et al] (2010) e Gomes (2010) evidenciam um consumo excessivo de sal: 74,3%, 94,5% e 43% dos participantes, respetivamente, apesar de no último estudo

as pessoas referirem o consumo de verduras e peças de fruta várias vezes por semana (40-49%).

A média de adesão à alimentação foi de 3,57, com um desvio padrão de 0,31, sendo o mínimo valor encontrado igual a 2,86 e o máximo igual a 4,29, o que sugere que os participantes modificaram alguns hábitos de vida relacionados com a alimentação.

TABELA 5: Distribuição absoluta e percentual da adesão a cada item da alimentação

Itens	Nunca (0 dias)		Raramente (1 - 2 dias)		Às vezes (3 - 4 dias)		Habitualmente (5 - 6 dias)		Sempre (7 dias)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13.1. <i>“Seguiu uma dieta com pouco sal?”</i>	0	0%	1	1%	49	43%	62	54%	3	3%	115	100%
13.2. <i>“Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?”</i>	12	10%	59	51%	44	38%	0	0%	0	0%	115	100%
13.3. <i>“Comeu azeitonas, peixe salgado ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?”</i>	5	4%	74	64%	36	31%	0	0%	0	0%	115	100%
13.4. <i>“Comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hambúrgueres e pizzas)?”</i>	38	33%	50	43%	26	23%	1	1%	0	0%	115	100%
13.5. <i>“Seguiu uma dieta pobre em gorduras?”</i>	0	0%	1	1%	35	30%	78	68%	1	1%	115	100%
13.6. <i>“Comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?”</i>	16	14%	73	63%	26	23%	0	0%	0	0%	115	100%
13.7. <i>“Comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou dose de vegetais por dia?”</i>	2	2%	80	70%	32	28%	1	1%	0	0%	115	100%

### Adesão ao exercício físico

Os resultados da análise desta variável (Tabela 6) mostram que uma razoável percentagem dos inquiridos, 32% raramente teve este comportamento, 28% às vezes e somente 3% realizavam atividade física todos os dias. Apenas um dos inquiridos nunca praticou exercício durante esse período de tempo. Perante os resultados obtidos podemos sugerir que a adesão das pessoas a este comportamento fica aquém do desejado, o que poderá estar associado à falta de tempo, uma vez que 51% dos participantes encontravam-se profissionalmente

ativos. Outro motivo poderá estar relacionado com a presença de doenças crónicas, em 45% dos participantes, o que pode implicar algum grau de incapacidade na realização de exercício físico.

Apesar da atividade física ser uma dimensão do tratamento fundamental da HTA verificamos que, a maioria das pessoas portadoras da doença não praticam nenhuma atividade física regularmente, pelo que a adesão a esta componente do tratamento é baixa e está documentado nos estudos (Pierin [et al], 2001; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Sousa, 2005; Jesus [et al], 2008; Contiero [et al], 2009; Barros [et al], 2010; Santa Helena, Nemes & Eluf-Neto, 2010). Do restrito número de pessoas que praticam exercício físico, a grande maioria dos participantes de dois estudos citam a “caminhada” como sendo o exercício preferido (Gomes, 2010; Palota, 2010).

TABELA 6 - Distribuição absoluta e percentual da adesão a cada item do exercício físico

	<i>n</i>	%
Raramente (1 - 2 dias)	37	32%
Nunca (0 dias)	1	1%
Às vezes (3 -4 dias)	32	28%
Habitualmente (5 -6 dias)	42	37%
Sempre (7 dias)	3	3%
Total	115	100%

#### **Adesão à restrição de bebidas alcoólicas**

Relativamente a esta variável, é de salientar que 56% dos participantes ingeriram às vezes “*mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição*” e 23% referiram raramente ter este comportamento. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas por dia, 49% dos inquiridos referiram que consumiam às vezes mais do que o recomendado diariamente e 28% raramente o faziam.

É de realçar que 51% dos participantes nunca consumiram “*bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex: cerveja, brandy, bagaço, whisky...)*”.

A média de adesão ao uso do álcool foi de 3,87 com um desvio padrão de 0,71, sendo o mínimo de 2,33 e o máximo de 5. Estes resultados denotam que o consumo de álcool é uma prática corrente e integrante na vida das pessoas e por isso não aderem totalmente às recomendações relacionadas com a redução na ingestão de bebidas alcoólicas.

Um elevado consumo de bebidas alcoólicas está associado a um aumento no risco cardiovascular (Carrageta, 2008) daí que a sua redução é fundamental, tendo sido encontrados estudos em que a maioria dos participantes adotaram essa recomendação, ou seja, o consumo de álcool é baixo cujos valores nos estudos são 3%, 9,4%, 3%, 10,9% e 15,6%, respetivamente (Pierin *[et al]*, 2001; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Oshiro, 2007; Renner *[et al]*, 2008; Palota, 2010). Paradoxalmente encontramos um estudo em que 61,5% dos participantes ingeriam álcool (Cavalari, 2010).

#### **Adesão à abstenção do tabaco**

As pessoas portadoras de hábitos tabágicos na amostra são 76, o que corresponde a uma percentagem de 66%. Entre estes, a média de cigarros fumados por dia é de 2,38 com um desvio padrão de 1,79. O consumo mínimo diário foi de 5 cigarros e o máximo foi de 40 cigarros. A mediana foi de um, o que sugere que o uso de tabaco é um aspeto do tratamento onde não se verifica uma elevada adesão, pois este comportamento está enraizado na sociedade. Neste estudo, decidimos denominar a amostra de fumadores em: fumadores ocasionais (13% fumam 5-10 cigarros/dia em média) e grandes fumadores (50% fumam até 20 cigarros/dia; 33% fumam 21-30 cigarros/dia e somente 4% fumam mais do que 30 cigarros/dia).

Os estudos que encontramos referem que a maioria dos participantes não fuma, apresentando uma prevalência de 74,2%, 84,4%, 84,4% e 87,8%, respetivamente (Pessuto & Carvalho, 1998; Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Oshiro, 2007; Palota, 2010). Neste último estudo, os participantes que fumam (36,40%) consomem um maço de cigarros por dia.

#### **Adesão à medicação**

Dos 115 participantes do estudo, 86 responderam que se encontravam a efetuar tratamento com antihipertensores (75%). O tempo de início do tratamento oscilou entre 1 ano e 40 anos, sendo a média 24 anos e o desvio padrão de 10.

Nos últimos sete dias, todos os participantes que se encontravam a efetuar o referido tratamento referiram ter tomado a medicação sempre consoante recomendado. A mediana tem o valor de 5 o que traduz que a medicação é um aspeto do tratamento onde se verifica uma elevada adesão.

De todos os parâmetros referentes ao tratamento instituído para uma pessoa com HTA, a medicação foi item no qual os participantes revelaram menores dificuldades o que resultou numa maior adesão.

Este resultado está de acordo com alguns estudos desenvolvidos nesta área como Sales & Tamaki (2007), Diniz, Tavares & Rodrigues (2009), Lima *[et al]* (2010) e Palota (2010) em que o comportamento que as pessoas mais aderiram foi o tratamento medicamentoso. Por outro lado, outros estudos referentes à HTA estão em desacordo pois, apresentam valores de adesão inferiores. No estudo de Santa Helena, Nemes & Eluf-Neto (2010), a taxa de adesão à medicação foi de 47%. Em outro estudo, Dosse e seus colaboradores (2009) concluíram que 87% dos participantes foram considerados não aderentes à medicação.

Provavelmente uma das razões para a adesão à medicação ser elevada, neste estudo e em outros estudos, poderá estar relacionada com as próprias crenças das pessoas, nomeadamente com uma maior valorização da medicação no tratamento da doença em detrimento da necessidade de mudança de estilos de vida (Carrageta, 2008).

Este aspeto poderá ainda ser reflexo de uma maior divulgação do tratamento farmacológico como o tratamento mais frequente. Ao mesmo tempo, estes resultados podem ser justificados pelo facto de todas as pessoas não sentirem dificuldade em tomar a medicação, enquanto em outras dimensões do tratamento, especificamente naquelas que requerem alterações de hábitos de vida muitas vezes enraizados, a dificuldade em aderir é manifesta (Polónia *[et al]*, 2006; Macedo *[et al]*, 2008).

Outra das razões para a elevada adesão da medicação neste estudo poderá estar relacionada com a faixa etária da amostra ser jovem: 43% dos participantes apresentam idades inferiores a 45 anos e 76% apresentam idades inferiores a 65 anos. Estes dados estão de acordo com estudos (YiannaKopoulou *[et al]*, 2005; Ho *[et al]*, 2006; Cavalari, 2010), em que nos mais jovens foram encontradas taxas de adesão maiores na terapêutica medicamentosa.

#### **Adesão ao regime terapêutico**

O grau de adesão ao regime terapêutico, medido em termos da média dos scores obtidos nas diferentes dimensões da escala, foi de 3,59 com um desvio padrão de 0,37. O valor mínimo encontrado foi de 2,82 e o máximo de 4,42.

### **Razões da não adesão ao regime terapêutico**

A não adesão ao regime terapêutico é considerada como o principal fator responsável pela dificuldade em controlar a HTA e suas implicações (WHO, 2003b).

A identificação dos fatores relacionados com a não adesão e um conhecimento mais profundo sobre os mesmos poderão ajudar, na implementação de intervenções, que promovam a adesão contribuindo para um maior controlo dos valores de PA.

Este estudo pretende avaliar a adesão ao regime terapêutico prescrito e as razões que determinaram a não adesão, pelo que iremos analisar os resultados obtidos.

### **Razões da não adesão à alimentação**

Dos 115 inquiridos (Tabela 7), todos referiram o “*prazer de comer*”. Porém, apesar de assumirem esse prazer a quase totalidade dos inquiridos (98%) afirma que a alteração da dieta irá melhorar a sua saúde. Mantendo o sentido de coerência, a maioria dos inquiridos respondeu que uma dieta hipossalina não deixa de ser apetitosa.

De realçar que ninguém considerou que a “*dieta recomendada é cara*” e que era “*difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar*” como razões justificativas para não seguir as recomendações do profissional de saúde. Estes resultados levam-nos a inferir que os inquiridos possuem conhecimentos, não querendo isto dizer que é fácil transpôr esses conhecimentos para a vida quotidiana. Lembremos que a nossa amostra é constituída por um grupo de pessoas seguidas numa consulta de HTA de um hospital central. Efetivamente, alterar os hábitos alimentares é difícil de conseguir, sendo ainda mais difícil adquirir e manter mudanças entretanto realizadas no quotidiano.

Durante a vida, as pessoas alimentam-se conforme a sua cultura alimentar, o acesso aos alimentos, as condições socioeconómicas além da falta de informação sobre a alimentação correta. Outras características como o paladar, o aspeto, a facilidade de preparação e a publicidade condicionam mais as escolhas alimentares que efetuamos (Pinto, 2008).

Este conjunto de fatores vão formando uma memória gustativa e estilos alimentares, os quais para além da função nutricional também estão relacionados com a satisfação e busca de prazer no comer e interações e confraternizações entre as pessoas (Massie, 2001; Ramos & Oliveira, 2002; Calderon, 2003; Durose [et al], 2004; Pinto, 2008; Baldissera, Carvalho & Pelloso, 2009).

TABELA 7: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à alimentação

Itens	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
14.1. <i>“Comer dá-lhe prazer”</i>	115	100%	0	0%	115	100%
14.2. <i>“Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde”</i>	2	2%	113	98%	115	100%
14.3. <i>“Faz refeições fora de casa”</i>	55	48%	60	52%	115	100%
14.4. <i>“A comida com pouco sal não fica apetitosa”</i>	1	1%	114	99%	115	100%
14.5. <i>“Não é responsável pela confeção dos alimentos, pelo que se limita aos alimentos que lhe dão”</i>	9	8%	106	92%	115	100%
14.6. <i>“A dieta recomendada é cara”</i>	0	0%	115	100%	115	100%
14.7. <i>“Acha que é difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar”</i>	0	0%	115	100%	115	100%
14.8. <i>“Cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes”</i>	2	2%	113	98%	115	100%

### Razões da não adesão ao exercício físico

As razões mais evocadas como causas de não adesão ao exercício físico (Tabela 8) foram *“não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício sozinho”* (83%), seguida de *“não gostar de fazer exercício físico”*, no entanto, percebem os benefícios (75%). Contudo, é de realçar que 99% dos participantes que não executam atividade física regular consideram este hábito saudável, mas não aderem a este componente do tratamento.

Talvez uma medida a implementar junto dos participantes para promover a sua prática seria a sua realização com familiares e/ou amigos.

O exercício físico deve ser constituído por atividades que proporcionem prazer (Graham [et al], 2007) o que contribui para a saúde e qualidade de vida das pessoas (Pinto, 2008).

TABELA 8: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao exercício físico

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
16.1. “Não gosta de fazer exercício físico”	86	75%	29	25%	115	100%
16.2. “Tem algum problema de saúde que o impede de fazer exercício físico”	1	1%	114	99%	115	100%
16.3. “Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício sozinho”	96	83%	19	17%	115	100%
16.4. “Acha que fazer exercício não vai melhorar a sua saúde”	1	1%	114	99%	115	100%
16.5. “Sente-se cansado”	1	1%	114	99%	115	100%

### Razões da não adesão ao consumo de álcool

Podemos constatar que um dos motivos para o consumo de álcool é “gostar de beber bebidas alcoólicas” (68%), seguido de ser parte integrante do “convívio com os amigos” (57%). De referir que 4 participantes da amostra não consumiam bebidas alcoólicas. Estes dados são apresentados na tabela seguinte (Tabela 9).

TABELA 9: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao álcool

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18.1. “Gosta de beber bebidas alcoólicas”	76	68%	35	32%	111	100%
18.2. “Acha que beber menos quantidade de álcool não vai melhorar a sua saúde”	1	1%	110	99%	111	100%
18.3. “Acha que o álcool lhe dá mais força”	0	0%	111	100%	111	100%
18.4. “Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas”	5	5%	106	95%	111	100%
18.5. “Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas”	64	57%	47	43%	111	100%

### Razões da não adesão ao uso de tabaco

Dos 76 participantes que fumam (Tabela 10), 99% apontaram como razão para o uso de tabaco o facto de “gostarem de fumar” e ser “difícil deixar de fumar”.

Outro dos motivos mencionado por 82% dos participantes é que “fumar faz parte do convívio com os amigos”.

De salientar que todos os inquiridos (100%) consideram que a suspensão do hábito repercute-se numa melhoria do estado de saúde. Isto evidencia que o conhecimento “*per si*” é uma condição necessária, mas não suficiente para a mudança de comportamentos.

TABELA 10: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao uso do tabaco

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
21.1. “ <i>Gosta de fumar</i> ”	75	99%	1	1%	76	100%
21.2. “ <i>Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde</i> ”	0	0%	76	100%	76	100%
21.3. “ <i>É difícil deixar de fumar</i> ”	75	99%	1	1%	76	100%
21.4. “ <i>Fumar faz parte do convívio com os amigos</i> ”	62	82%	14	18%	76	100%

#### Razões da não adesão à medicação

Podemos constatar que dos 115 participantes, 86 encontravam-se a tomar medicação para baixar a PA.

Apesar de quando questionados sobre a adesão à terapêutica na última semana, todos os respondentes terem dado uma resposta afirmativa no que se refere ao cumprimento da terapêutica, todavia não se pode inferir que seja sempre assim: quando inquiridos sobre as causas de não adesão à terapêutica (Tabela 11) enunciam o “*deixar acabar os medicamentos*” (87%), “*o esquecimento*” (59%) e “*não gostar de tomar comprimidos*” (36%). A medicação “*provoca-lhe efeitos secundários*”, *julga que “não é necessário tomar todas as vezes”* e o facto de serem “*muito os medicamentos para tomar*” foram os motivos menos referenciados. Por sua vez, ninguém apontou como razão que a medicação não estaria a ser eficaz bem como o horário das tomas ser inconveniente. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Mascarenhas, Oliveira & Souza (2006), Oshiro (2007) e Palota (2010) em que os motivos enumerados pelos participantes foram ausência de sintomas, esquecimento e efeitos secundários relacionados com a medicação. De salientar que no estudo de Jesus [et al] (2008), para 23,9% dos inquiridos o facto de os remédios terem custos monetários elevados contribuiu para a não adesão.

TABELA 11: Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à medicação

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
25.1. “Esquece-se”	51	59%	35	41%	86	100%
25.2. “Pensa que não é necessário tomar todas as vezes”	12	14%	74	86%	86	100%
25.3. “Não gosta de tomar comprimidos”	31	36%	55	64%	86	100%
25.4. “Pensa que a medicação não está a dar bons resultados”	0	0%	86	100%	86	100%
25.5. “A medicação provoca-lhe efeitos secundários”	12	14%	74	86%	86	100%
25.6. “Os medicamentos são muito caros”	42	49%	44	51%	86	100%
25.7. “O horário das tomas é inconveniente”	0	0%	86	100%	86	100%
25.8. “Não gosta de ser dependente de medicamentos”	12	14%	74	86%	86	100%
25.9. “São muitos os medicamentos que tem para tomar”	5	6%	81	94%	86	100%
25.10. “Deixa acabar os medicamentos”	75	87%	11	13%	86	100%

### Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Ao analisarmos as dificuldades sentidas pelos indivíduos da nossa amostra (Tabela 12) constatamos que a maior dificuldade se centrava na cessação de hábitos tabágicos, seguida pela diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas, a realização de exercício físico e, por último, a alimentação.

TABELA 12: Distribuição absoluta e percentual das dificuldades sentidas no cumprimento do regime terapêutico

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento	Sim		Não		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
26.1. Alimentação	19	17%	96	83%	115	100%
26.2. Exercício Físico	56	49%	59	51%	115	100%
26.3. Medicação	0	0%	115	100%	115	100%
26.4. Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas	62	54%	53	46%	115	100%
26.5. Suspensão do hábito de fumar	75	65%	40	35%	115	100%

### **Conhecimento sobre as recomendações terapêuticas para o controlo da hipertensão arterial**

Da análise dos dados, todos os participantes da amostra foram informados acerca dos cuidados a ter para a gestão da sua doença pelos profissionais de saúde.

### **Conhecimento sobre a hipertensão arterial**

Analisando os dados relativos aos conhecimentos sobre HTA demonstrados pelos participantes deste estudo verificamos que, no que concerne à dimensão etiológica, 49% pensa que na maior parte das situações o fator causal da doença não é conhecido.

Em relação aos conhecimentos relacionados com a cronicidade, cariz assintomático, fatores de risco, tratamento e as consequências da doença, 99% dos participantes possuem conhecimentos corretos acerca da HTA. Tal como foi referido anteriormente, encontramos estudos que apresentavam elevado grau de conhecimentos acerca da patologia (Simonetti, Batista & Carvalho, 2002; Jesus *[et al]*, 2008; Mantovani *[et al]*, 2008). Em oposição encontramos dois estudos em que o nível de conhecimentos era deficitário (Contiero *[et al]*, 2008; Lima *[et al]*, 2010).

Os resultados deste estudo demonstraram que, apesar das pessoas terem bons níveis de conhecimentos sobre a doença, o nível de adesão não é satisfatório; a não integração das diferentes componentes do regime terapêutico no dia a dia pode resultar de um baixo nível de consciencialização de impacto, a médio e a longo prazo, que o mau controlo da doença provocará na sua saúde e qualidade de vida. Este baixo nível de consciencialização favorece o baixo envolvimento na mudança dos hábitos de vida.

## **3.1. Relações Entre Variáveis Sociodemográficas E Adesão Terapêutica**

Na tentativa de relacionar as características sociodemográficas da pessoa com a adesão ao regime terapêutico utilizamos técnicas estatísticas, consoante a

natureza das variáveis, de forma a obter informação sobre a existência ou não de relações entre estas. A seguir, descrevemos os resultados encontrados com significância estatística.

→ **Idade**

Os resultados da aplicação do teste *H de Kruskal-Wallis* demonstraram que o *score* de adesão à alimentação é mais elevado no grupo etário 46-55 e superior a 65 anos de idade, ambos com Mean Rank ( $M$ ) = 3,71 ( $p$  = 0,731), o que evidencia que embora pareça haver uma maior preocupação com a alimentação na meia-idade (quando surge a percepção de risco) e no aproximar da velhice (com aumento da suscetibilidade e complicações) não existem diferenças estatísticas significativas quanto à adesão da alimentação.

Para o *score* de adesão à abstenção ao tabaco, a adesão é elevada no grupo etário dos 35-45 anos ( $M$  = 2) ( $p$  = 0,090) sugerindo que existem diferenças estatísticas significativas quanto à adesão da cessação tabágica, eventualmente relacionadas com a idade dos participantes ser relativamente jovem e estar associada ao convívio com amigos e ainda ser considerado um ato social.

A partir dos 65 anos de idade, a adesão às recomendações de restrição ao consumo de álcool é elevada ( $M$  = 4) ( $p$  = 0,013) o que traduz que existem diferenças estatísticas significativas eventualmente relacionadas com uma maior consciencialização da patologia por parte deste grupo etário.

Em relação ao exercício físico, no grupo etário entre 35-45 anos ( $M$  = 4) ( $p$  = 0,001) a adesão é elevada pelo que existem diferenças estatísticas significativas quanto à adesão ao exercício físico, o que poderá estar relacionado com o facto da amostra do estudo ser jovem e estar motivada para a realização de exercício físico.

Com efeito, os resultados indicam que os participantes com idades inferiores a 45 anos revelam preocupação com comportamentos promotores de saúde, tais como não fumar e praticar exercício físico. Com o avançar da idade, estas preocupações parecem tender a diminuir, centrando-se mais na componente alimentação, de forma pouco evidente. Os participantes com mais de 65 anos de idade evidenciam uma maior preocupação na abstenção do uso de álcool.

Relativamente à variável idade, os resultados obtidos são estatisticamente significativos para a adesão à restrição de álcool, à abstenção de tabaco e ao exercício físico. O fator idade influencia a adesão dos indivíduos ao tratamento. Existem estudos em que referem que o aumento da idade a partir dos 65 anos

contribui para a não adesão, devido ao envelhecimento e à deterioração do seu estado de saúde (Sarafino, 2002; Solera [et al], 2004; Feijão [et al], 2005; Polónia [et al], 2006; Ownby, 2006; Cortez-Dias [et al], 2009; Dosse [et al], 2009; Martins, 2009; Lima [et al], 2010). Por outro lado, outros estudos sugerem que as pessoas idosas preocupam-se mais com a sua saúde do que as pessoas mais jovens, pelo que a adesão é maior (Horne, 2001; Sarafino, 2002; Hughes, 2004; Vik, Maxwell & Hogan, 2004; Araújo & Garcia, 2006; Oliveira, 2007).

#### → **Sexo**

Foi utilizado o teste estatístico *U de Mann Whitney*, cujos resultados revelaram que a adesão à alimentação é ligeiramente mais elevada no sexo feminino ( $M = 3,71$ ) do que no sexo masculino ( $M = 3,57$ ) ( $p = 0,602$ ) não existindo diferenças estatísticas significativas.

O efeito da variável sexo foi significativo para a abstenção do uso de tabaco, a restrição do álcool e a prática do exercício físico em que se verificou um nível de adesão superior nas mulheres relativamente aos homens ( $p < 0,001$ ) ( $M = 5$  versus  $M = 1$ ;  $M = 4,33$  versus  $M = 3,33$ ;  $M = 4$  versus  $M = 2$ , sendo o primeiro valor de mulheres e o segundo de homens, respetivamente). Tal significa que as mulheres têm uma maior preocupação com a saúde, não bebendo, não fumando e praticando exercício físico. O menor consumo de álcool e tabaco tem uma explicação cultural, em que estes comportamentos eram socialmente menos apreciados nas mulheres, contudo esta tendência tem vindo a modificar-se na nossa sociedade, pelo que pode vir a inverter-se esta tendência. Já quanto à prática de exercício físico a evolução do socialmente adequado foi favorável à formação de grupos, formais ou informais, para caminhadas, uso de ginásios e piscinas, que expandiram nos últimos anos e adequaram as atividades a pessoas de diferentes idades, como por exemplo, com a prática de hidroginástica.

Estes resultados vão de encontro à literatura consultada em que se confirma que as mulheres aderem melhor a alguns componentes do tratamento para pessoas hipertensas (Brannon & Feist, 1996; Medel, 1997; Sarquis [et al], 1998; Freitas [et al], 2001; Pierin [et al], 2001; Araújo, 2002; Araújo & Garcia, 2006; Taveira & Pierin, 2007; Cavalari, 2010).

#### → **Habilitações**

Os resultados da aplicação do teste *H de Kruskal-Wallis* demonstraram que, a adesão à alimentação é superior nos indivíduos com 4 ( $M = 3,86$ ) e 12 anos de

escolaridade ( $M = 3,86$ ) ( $p = 0,181$ ) pelo que não existe significado estatístico entre a variável habilitações e a adesão à alimentação.

Este resultado tem que ser considerado tendo em conta a elevada frequência de pessoas com 4 anos de escolaridade e o reduzido número de participantes com mais escolaridade.

Os indivíduos com 6-9 anos ( $M=5$ ) e com 12 anos de escolaridade ( $M= 5$ ) apresentaram uma adesão superior, às recomendações para a cessação do hábito de fumar ( $p = 0,196$ ) não existindo diferenças estatísticas significativas.

Os resultados do referido teste estatístico evidenciaram que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,447$ ) entre a adesão à restrição do álcool e habilitações.

Por outro lado, os resultados obtidos sugerem que a relação entre adesão ao exercício físico e a variável habilitações é significativamente estatística ( $p=0,093$ ).

De acordo com a literatura consultada, as pessoas com HTA que apresentam um elevado nível de escolaridade, compreendem melhor a importância do tratamento incluindo a mudança nos comportamentos no quotidiano, e, por conseguinte, aderem mais ao tratamento (Araújo & Garcia, 2006; Oshiro, 2007).

#### → Situação profissional

A adesão à alimentação é superior nos indivíduos reformados ( $M = 3,71$ ) ( $p = 0,018$ ) existindo diferenças estatísticas significativas entre situação profissional e adesão à alimentação.

Os resultados obtidos do teste H de *Kruskal-Wallis* revelaram que, os indivíduos que não trabalham nem são reformados apresentam uma adesão à cessação do tabaco superior ( $M=5$ ) ( $p=0,005$ ) existindo diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis.

Os reformados apresentam uma adesão superior ( $M = 4$ ) ( $p = 0,041$ ) pelo que existem diferenças estatísticas significativas entre a situação profissional e a adesão à restrição do álcool. Este comportamento pode ser explicado devido à idade que apresentam, têm mais de 65 anos (preocupam-se mais com a saúde), como pode ser porque se ingere álcool socialmente quando se exerce uma atividade profissional.

Os indivíduos que não são trabalhadores ativos ou reformados, apresentam uma adesão superior à prática de exercício físico ( $M = 4$ ) ( $p = 0,014$ ) existindo diferenças estatísticas relevantes.

### 3.2. Adesão Global Ao Regime Terapêutico E Suas Dimensões

Com o intuito de determinar a força e o sentido das associações entre as variáveis: adesão ao regime terapêutico e a adesão às diferentes dimensões do tratamento, aplicamos o coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados do teste (Tabela 13) indicaram que a variável adesão global está positiva e significativamente correlacionada com a adesão à alimentação, com a adesão à cessação do tabaco, com a adesão à restrição do álcool e com a adesão ao exercício físico. Isto significa que todas estas componentes contribuem para um resultado global que é a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com HTA.

TABELA 13: Correlação de *Spearman* entre *score* global da adesão ao regime terapêutico e cada uma das dimensões (componentes do regime terapêutico)

Items	Adesão ao regime terapêutico
Adesão à alimentação	0,733 <sup>1</sup>
Adesão ao tabaco	0,730 <sup>1</sup>
Adesão ao álcool	0,795 <sup>1</sup>
Adesão ao exercício físico	0,590 <sup>1</sup>

A correlação é estatisticamente significativa a um nível de significância de 0,01.

#### 3.2.1. Relação Entre A Adesão Ao Regime Terapêutico E Razões Da Não Adesão

Com o intuito de identificar que fatores comprometem a não adesão ao regime terapêutico, aplicamos um conjunto de testes estatísticos na análise dos dados.

A seguir apresentamos os dados referentes à adesão à alimentação, ao exercício físico, à restrição do álcool, ao controlo dos hábitos tabágicos e ao cumprimento da terapêutica.

Mas tendo em conta a rarificação entre os subgrupos (por exemplo, só um dos inquiridos é que referiu que a comida com pouco sal não fica apetitosa) somente apresentamos dados referentes a subgrupos cujos resultados são possíveis de uma leitura interpretativa para além da estatística.

Os resultados da aplicação do teste U de *Mann Whitney* na população que não adere sempre às recomendações alimentares (Tabela 14), indicaram que o nível de adesão foi mais baixo para as pessoas que fazem “*refeições fora de casa*” (M= 3, 57 versus M= 3,71, p= 0,009), o que permite aceitar que existem diferenças estatísticas significativas. Esta é a única variável que distingue os grupos de pessoas e que tem como implicações a necessidade de ensinar as pessoas que necessitam de comer fora, de forma a adequar as suas escolhas integrando o facto de terem HTA.

TABELA 14: Resultados do teste de U de *Mann Whitney* entre *score* de adesão ao regime de alimentação e razões de não adesão

Razões de não adesão	n	Mean Rank	p (valor)
<b>14.2. Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde</b>			
<i>Sim</i>	2	3,71	0,467
<i>Não</i>	113	3,57	
<b>14.3. Faz refeições fora de casa</b>			
<i>Sim</i>	55	3,57	0,009
<i>Não</i>	60	3,71	
<b>14.4. A comida com pouco sal não fica apetitosa</b>			
<i>Sim</i>	1	3,86	0,227
<i>Não</i>	114	3,57	
<b>14.5. Não é responsável pela confeção dos alimentos pelo que se limita aos alimentos que lhe dão</b>			
<i>Sim</i>	9	3,71	0,135
<i>Não</i>	106	3,57	

Na população que não pratica sempre exercício físico, os resultados do teste U de *Mann Whitney* (Tabela 15) demonstraram uma relação significativa entre o grau de adesão a estas recomendações e “*não gostar de fazer exercício físico*” (p <0,001) e também o “*não ter companhia e não ter motivação para fazer exercício físico*” (p < 0,001), o que implica menor adesão ao exercício físico.

TABELA 15: Resultados do teste U de *Mann Whitney* entre *score* de adesão às recomendações da prática de exercício físico e as razões de não adesão

Razões de não adesão	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>p</i> (valor)
<b>16.1. Não gosta de fazer exercício físico</b>			
<i>Sim</i>	85	3	< 0,001
<i>Não</i>	29	4	
<b>16.3. Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício físico</b>			
<i>Sim</i>	95	3	< 0,001
<i>Não</i>	19	4	

Na população das pessoas que referiram ingerir álcool mais do que a quantidade recomendada, a não adesão às recomendações para o seu consumo parece estar relacionada com o facto de “*gostarem de beber bebidas alcoólicas*” (Tabela 16). É de salientar que o nível médio de adesão é menor nos participantes que afirmaram “*gostar de beber bebidas alcoólicas*” ( $M = 3,33$ ) do que nos inquiridos que não referenciaram este prazer ( $M = 4,67$ ), a diferença encontrada é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Os participantes que consideraram que beber álcool “*faz parte do convívio com os amigos*” ( $M = 3,33$ ) aderem menos, às recomendações para diminuir o seu consumo do que os não apontam que faz parte do convívio com os amigos ( $M = 4,33$ ), sendo o valor de  $p < 0,001$ , o que sugere diferenças estatísticas significativas entre as variáveis. A associação da análise das duas variáveis supra mencionadas induz-nos a pensar que há quem beba mesmo sem sentir prazer, apenas por ser um ato social.

TABELA 16: Resultados do teste U de *Mann Whitney* entre o *score* de adesão às recomendações face ao consumo de álcool e razões da não adesão

Razões de não adesão	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>p</i> (valor)
<b>18.1. Gosta de beber bebidas alcoólicas</b>			
<i>Sim</i>	76	3,33	<0,001
<i>Não</i>	35	4,67	
<b>18.5. Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas</b>			
<i>Sim</i>	63	3,33	0,001
<i>Não</i>	47	4,33	

Para 62 participantes fumar “faz parte do convívio com os amigos” sendo o nível médio de adesão ao tabaco inferior ( $M = 1$ ) em comparação com os que referem que fumar não faz parte do convívio com os amigos ( $M = 4,5$ ) (Tabela 17), havendo diferenças estatísticas significativas. Ou seja, os participantes fumam porque gostam, porque faz parte do convívio social e porque é difícil deixar de fumar. No entanto, é de salientar que 76 participantes consideram que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde, o que constitui uma falsa crença.

TABELA 17: Resultados do teste *U de Mann Whitney* entre o score às recomendações da cessação do tabaco e as razões de não adesão

Razões de não adesão	<i>n</i>	Mean Rank	<i>p</i> (valor)
<b>21.1. Gosta de fumar</b>			
<i>Sim</i>	75	1	<0,001
<i>Não</i>	1	5	
<b>21.3. É difícil deixar de fumar</b>			
<i>Sim</i>	75	1	<0,001
<i>Não</i>	1	5	
<b>21.4. Fumar faz parte do convívio com os amigos</b>			
<i>Sim</i>	62	1	<0,001
<i>Não</i>	14	4,5	

Apesar do elevado nível de adesão à medicação, verificamos que as pessoas quando não tomam a medicação fazem-no porque deixam “acabar os medicamentos”, são “muitos medicamentos para tomar” e, com menor significância, porque se “esquecem” ou experienciam “efeitos secundários” (Tabela 18).

Os participantes que “deixam acabar os medicamentos” aderem menos ( $M= 3,42$ ) do que os que não deixam ( $M= 4,08$ ). O valor de *p* ( $p= 0,048$ ) permite afirmar que a diferença é estatisticamente significativa.

Outras das razões evocadas pelos participantes é o “esquecimento”. Os participantes que se esquecem mais aderem menos ( $M= 3,42$ ) do que os que não se esquecem ( $M= 3,58$ ). A diferença não é estatisticamente significativa devido ao valor de *p* ( $p=0,0.60$ ).

Para 74 participantes a medicação não “provoca efeitos secundários” no entanto aderem menos ( $M= 3,42$ ) do que os participantes que tomam medicação e que lhe “provoca efeitos secundários”, ( $M= 3,88$ ), não existindo diferenças significativamente estatísticas ( $p= 0,064$ ).

TABELA 18: Resultados do teste *U de Mann Whitney* entre *score* às recomendações da medicação e as razões de não adesão

Razões de não adesão	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>p</i> (valor)
<b>25.1. Esquece-se</b>			
<i>Sim</i>	51	3,42	0,060
<i>Não</i>	35	3,58	
<b>25.2. Pensa que não é necessário tomar todas as vezes (sente-se bem não tomando)</b>			
<i>Sim</i>	12	3,33	0,722
<i>Não</i>	74	3,50	
<b>25.3. Não gosta de tomar comprimidos</b>			
<i>Sim</i>	31	3,50	0,220
<i>Não</i>	55	3,50	
<b>25.6. Os medicamentos são muito caros</b>			
<i>Sim</i>	42	3,58	0,078
<i>Não</i>	44	3,38	
<b>25.8. Não gosta de ser dependente de medicamentos</b>			
<i>Sim</i>	12	3,54	0,703
<i>Não</i>	74	3,46	
<b>25.10. Deixa acabar os medicamentos</b>			
<i>Sim</i>	75	3,42	0,048
<i>Não</i>	11	4,08	

### 3.2.2 Relação Entre A Adesão Ao Regime Terapêutico E As Dificuldades Sentidas No Cumprimento Das Recomendações

Quando analisamos as associações entre dificuldade em seguir o regime terapêutico recomendado e a adesão aos diferentes componentes desse mesmo regime (Tabela 19), constatamos que, efetivamente, somente 19 participantes referiram ter dificuldade em seguir o plano alimentar, o que significa que a maioria dos inquiridos cumpriu as recomendações a nível alimentar, e conseguiu integrá-las no seu dia a dia.

Quanto ao exercício físico, 59 participantes não tiveram dificuldade em aderir à prática de exercício físico, apesar de na realidade não se verificar isso, porque uma elevada percentagem dos indivíduos não gosta de fazer exercício físico (75%) e não têm motivação para a sua prática uma vez que não têm

companhia (83%). Ainda que os indivíduos consideram este comportamento saudável não aderem à sua realização.

Da mesma forma, verificamos que mais de 50% dos inquiridos não tiveram dificuldade em diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, contudo está em oposição com os dados que sugerem que os indivíduos gostam de ingerir álcool, pelo que é um dos motivos enunciados pelos inquiridos para não aderir.

Relativamente à suspensão do hábito de fumar, 40 inquiridos referiram que não tiveram dificuldades em seguir o regime instituído. No entanto, 99% dos inquiridos indicaram que gostam de fumar e que é difícil deixar de fumar.

TABELA 19: Resultados do teste *U de Mann Whitney* entre *score* médio de adesão da alimentação, do exercício físico, da medicação, da diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e da suspensão do hábito de fumar e a dificuldade de aderir a estas recomendações

Dificuldade em seguir o regime terapêutico	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>p</i> (valor)
<b>26.1. Alimentação</b>			
<i>Sim</i>	19	3,17	<0,001
<i>Não</i>	96	3,61	
<b>26.2. Exercício físico</b>			
<i>Sim</i>	56	3,33	<0,001
<i>Não</i>	59	3,82	
<b>26.3. Medicação</b>			
<i>Sim</i>	—	—	—
<i>Não</i>	115	3,58	
<b>26.4. Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas</b>			
<i>Sim</i>	62	3,33	<0,001
<i>Não</i>	53	3,92	
<b>26.5. Suspensão do hábito de fumar</b>			
<i>Sim</i>	75	3,33	<0,001
<i>Não</i>	40	4,00	

## CONCLUSÃO

Ao longo do trabalho, procuramos apresentar o percurso efetuado que se iniciou com a escolha da área temática de interesse para a Enfermagem, passando pela identificação de um problema de investigação, de seguida para a construção de um quadro de referência teórico e clarificação das opções metodológicas e, por último, a apresentação e discussão dos resultados. Neste momento, urge fazer uma síntese dos resultados obtidos do estudo.

Contudo, parece-nos pertinente sublinhar que, apesar da adesão ao regime terapêutico ser pretexto de diversos trabalhos de investigação e se traduzir numa área para a qual ainda não emergiram muitas respostas, também se pode afirmar que é um dos maiores desafios que os profissionais de saúde enfrentam assim como se induz num foco de atenção que carece necessariamente de mais pesquisa. É necessário abordar esta problemática em todas as suas vertentes, para que os enfermeiros possam implementar intervenções, baseadas na evidência que, desta forma, visem satisfazer as necessidades de cuidados específicos de cada pessoa.

A HTA constitui um problema de saúde pública de elevada magnitude, decorrente da sua alta prevalência, cronicidade da doença, dificuldade de diagnóstico precoce e início do tratamento, devido ao seu carácter assintomático e silencioso, e em que as suas consequências se encontram nas principais causas de morte em todo o mundo.

Para controlar a HTA, a pessoa é aconselhada desde logo a incluir na sua rotina diária um conjunto de atividades que vão desde a modificação de hábitos alimentares, passando pela prática de exercício físico e toma regular de medicamentos, entre outros comportamentos a adotar, até à procura de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde.

A ausência de manifestações clínicas da doença pode ser responsável por a pessoa subestimá-la e, por conseguinte, assumir que a doença está controlada. Este dado pode ser preocupante, porque é difícil convencer a pessoa de que está doente e que esta sua nova condição implica uma mudança de comportamentos

nos hábitos de vida influenciando, desta forma, negativamente a adesão ao tratamento.

A não adesão ao regime terapêutico está identificada como sendo a principal responsável pela não obtenção de resultados terapêuticos desejáveis com o tratamento e por custos elevados nos sistemas de saúde utilizados no seguimento e tratamento das pessoas com HTA.

Seguir um determinado regime de tratamento pode ser para a pessoa difícil de conseguir e manter por envolver a perda de hábitos envoltos em prazer. Para tal, a primeira condição para que alguém altere ou adote novos comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. A informação é uma ferramenta importante que permite à pessoa ter conhecimentos sobre a sua doença e sobre o regime terapêutico instituído o que contribui para a mesma lidar convenientemente com a sua condição, minimizando ou prevenindo outros potenciais riscos para a sua saúde. É necessário que os profissionais de saúde informem os seus doentes e se certifiquem de que essa informação foi compreendida, corrigindo os conceitos errados, pois se a pessoa estiver bem informada pode decidir conscientemente sobre o caminho que pretende seguir, de acordo com as características pessoais, os seus objetivos de vida e as suas crenças. Estas têm “*per si*” uma responsabilidade na promoção dos estilos de vida saudáveis, tendo em conta que poderão de certa forma incutir algumas ideias préconcebidas e que influenciam direta ou indiretamente o seu comportamento face ao fenómeno de adesão ao regime terapêutico.

No entanto, e não descurando o papel da informação, parece-nos ser primordial considerar que o conhecimento, por si só, não é suficiente para que ocorra a mudança comportamental. Neste sentido, é necessário redirecionar as estratégias educativas dos profissionais de saúde concretamente dos enfermeiros com vista à promoção da adesão. Na realidade, para combater a não adesão ao regime terapêutico, parece-nos cada vez mais necessário que as intervenções do enfermeiro, devido à proximidade que tem com a pessoa, sejam orientadas para além do domínio informar, que se invista mais na identificação das dificuldades que a pessoa enfrenta, na compreensão de que forma o regime terapêutico vai afetar a vida da pessoa e na identificação de intervenções de enfermagem que possam ser um fator promotor de comportamentos de adesão.

Consideramos que o enfermeiro deverá estabelecer uma relação mais igualitária, de parceria com a pessoa de modo a envolver e a incentivar a sua

participação no controlo da PA e autoresponsabilizar a pessoa pelo tratamento e autocuidado. Deverá promover a autonomia da pessoa no tratamento de forma a que esta se encontre empenhada e motivada e, por último, negociar objetivos exequíveis a alcançar em conjunto.

Os resultados que emergiram deste estudo conduziram às seguintes conclusões: a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino, com idade inferior a 45 anos, um nível de instrução baixo, com uma situação profissional ativa e viviam acompanhados. As mulheres revelam maior preocupação com a saúde não bebendo, não fumando e praticando exercício físico. Os participantes com idades inferiores a 45 anos têm comportamentos promotores de saúde como não fumar e praticar exercício físico. Os participantes com elevado nível de escolaridade inevitavelmente aderem mais a comportamentos de saúde. Os inquiridos reformados aderem mais à restrição do álcool o que estará relacionado com a ingestão de bebida quando se exerce uma atividade profissional. A maior dificuldade sentida pelos participantes no seguimento do tratamento diz respeito à cessação de hábitos tabágicos, seguida pela diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, a realização de exercício físico e, por último, a alimentação.

As conclusões que emergiram deste percurso de investigação serão apenas um pequeno e singelo contributo para uma melhor compreensão do problema em análise.

Dada a complexidade do processo de adesão ao regime terapêutico e a importância do enfermeiro no êxito do tratamento, julgamos ser relevante e necessário futuras investigações neste âmbito. Desta forma, podemos perspetivar uma eventual questão de investigação: *“Que competências deve desenvolver o enfermeiro para promover a adesão da pessoa ao regime terapêutico?”*. Esta questão sugere uma melhor compreensão do fenómeno de adesão, para assim podermos, enquanto enfermeiros, desenvolver conhecimentos nesta área e sermos promotores da adesão ao regime terapêutico junto à pessoa.

Por último, consideramos que na realização deste estudo de investigação, a experiência do investigador se torna num fator importante para o seu desenvolvimento. Por conseguinte, temos plena perceção que a inexperiência se tornou numa limitação por ser a primeira vez que o investigador realiza um trabalho de investigação desta dimensão.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACVPR - *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. 4th Edition. IL. Human Kinetics. 2004.
- ACSM ACSM's - *Guidelines for exercise testing and prescription*. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
- AHA/AACVPR - Journal Cardiopulmonar Reability Prevention. Journal Update 27. 2007. p. 121-129.
- ALDERMAN, M.H. - *Hypertension control and kidney disease*. JAMA. 288 (19). 2002. p. 2466-2467.
- ALMEIDA, H.O. [et al] - *Adesão a tratamentos entre idosos*. Comunicação Ciências Saúde. 18 (1). 2007. p. 57-67.
- ALVARENGA, C. - *Hipertensão arterial na diabetes mellitus tipo 2: evidência para a abordagem terapêutica*. Revista Portuguesa Clínica Geral. 21. 2005. p. 597-604.
- AMARAL, A. - Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus. In: RIBEIRO, J.L. - *Atas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1997. p. 105-118.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION - *Diagnosis and management of the metabolic syndrome*. An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute/Institute Statement. Circulation. 112. 2005. p. 2735-2752.
- ANDERSON, B. - *Empowerment*. Conferência apresentada no 7º Congresso Português de Diabetes. 2006.
- ANDERSON, R. - *Obesity: a etiology, assessment, treatment and prevention*. Champaign: Human Kinetics. 2003.
- ANDRADE, J.P. [et al] - *Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 79. Nº 4. 2002. p. 380-384.

- APPEL, L.J. [et al] - *Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement*. American Heart Association. Hypertension. 47. 2006. p.296-308.
- ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. - *Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual*. Revista Eletrônica de Enfermagem [Em linha]. Vol. 08. Nº 2. 2006. p. 259-272. [Consult. 25 Nov. 2010] Disponível em WWW: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm).
- ARAÚJO, R.C. - Interações medicamentosas no idoso. In: SILVA, P.- *Farmacologia*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. p. 162-165.
- ASHWORTH, M. [et al] - *Effect on social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework*. British Medical Journal. 2008. p. 337.
- BAGLIETTO, L. [et al] - *Average volume of alcohol consumed type of beverage, drinking pattern and the risk of death from all causes*. Alcohol and Alcoholism. 41 (6). 2006. p. 664-671.
- BAIGENT, C. [et al] - *Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials of statins*. Lancet. October. 366(9493). 2005. p. 1267-1278.
- BALDISSERA, V.D.A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. - *Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola*. Revista Gaúcha Enfermagem. 30(1). Março. 2009. p. 27-32.
- BARBOSA, R.G.B. - *Estudo da adesão ao tratamento e do controle da pressão arterial em idosos hipertensos*. Dissertação de Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007.
- BARROS, E.C. [et al] - *Prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino - MT*. Coletânea de Artigo do Curso de Enfermagem/UNED. Diamantino. 1 (1). Agosto. 2010. p.1-44.
- BASSUK, S.S. [et al] - *Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease*. Journal of Physiology.1999. p. 1193-1204.
- BASTOS, F.S. - *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de candidatura

ao grau de mestre em Saúde Pública. Área de Epidemiologia. Faculdade de Medicina do Porto. 2004.

- BEN- SIRA, D. ; OLIVEIRA, J.M.F. - *Hypertension in aging. Physical activity as primary prevention*. European Review Aging Physical Act. 4. 2007. p. 85-89.
- BENNETT, P. - *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 2002.
- BENNETT, P.; MURPHY, S. - *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 1999.
- BERGER, B. [et al] - *Diabetes and exercises*. Simposium Diabetes Care. 15 (11). 2004. p. 1675-1678.
- BERLANT, N.; PRUITT, S. - Adherence to medical recommendations. In: COHEN, L. [et al] - *The health psychology handbook: practical issues for the behavioral medicine specialist*. United States of America: Sage Publications. 2003.
- BIBBINS-DOMINGO, K. [et al] - *Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease*. New England Journal of Medicine. 362. 2010. p. 590-599.
- BILOLO, A. [et al] - *Determinants of adiponectin levels in patients with chronic systolic heart failure*. American Journal of Cardiology. 105(8). April 15. 2010. p. 1147-1152.
- BISHOP, G. D. - *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Ally and Bacon. 1994. p.218-229.
- BITTAR, N. - *Maintaining long term control of blood pressure: the role of improved compliance*. Clinical Cardiology. New York. 18(6). Supplement 3. 1995. p.12-16.
- BOSSAY, D. [et al] - *Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial*. Sistema de Información Científica. Rede de Revistas Científicas de América Latina. El Caribe, España y Portugal, Ensaio e Ciência. Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal. Brasil. 10 (3). Diciembre. 2006. p. 73-82.
- BOVET, P. [et al] - *Monitoring one-year compliance to antihypertension medication*. The Seychelles Bulletin of World Health Organization. 80 (1). 2002. p. 33-39.

- BRANDÃO, A.P. [et al] - Hipertensão no Idoso. In: FREITAS, E.V. [et al] - *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. p. 459-473.
- BRANNON, L.; FEIST, J. - *Adhering to medical advice health psychology: an introduction to behavior and health*. 3th edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company. 1996.
- BRANNON, L.; FEIST, J. - *Health Psychology: an introduction to behaviour and health*. Pacific Grove. CA: Brooks & Cole. 1997.
- BRANNON, L.; FEIST, J. - Seeking health care. In: *Health psychology: an introduction to behaviour and health*. California: Brooks & Cole. 1997a. p. 46-58.
- BRAWLEY, L.; CULOS-REED, N. - *Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations*. Controll Clinical Trials. New York. 21(5). 2000. p. 156-163.
- BRIDGES, W. - *Managing transitions: making the most of change*. 2nd Edition. Philadelphia, Pennsylvania: DaCapo Press. 2003. ISBN: 0738208248.
- BROWN, M.J. - *Hypertension and ethnic group*. British Medical Journal. 332. April. 2006. p.833-836.
- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. - *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2004.
- BURNS, D.M. - *Epidemiology of smoking induced cardiovascular disease*. Program Cardiovascular Disease. 46(1). July- August. 2003. p.11-29.
- CABRAL, M.V.; SILVA, P.A. - *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Centro Cultural de Belém. Março. 2010.
- CALDERON, P. - *Alimentação na melhor idade*. Revista Qualidade em Alimentação - Nutrição. Nº 15. Ano IV. Abril. 2003. p. 9-17.
- CALISTA, A.B.; VASCONCELOS, A.S.S.; OLIVEIRA, M.R.L. - *Hipertensão arterial sistêmica: fatores contribuintes para a adesão ao tratamento*. Revista Tem@. Campina Grande. 7 (10/11). 2008. p. 101-110.
- CAMARNEIRO, A.P.F. - *Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos*. Coimbra: Revista Referência. Nº 9. Novembro. 2002. p. 25-30.
- CAMPOS, M.J.A. - *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacte da ação do enfermeiro no processo de transição*.

Dissertação de Mestrado [cedido pelo autor]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. 2008.

- CAPPUCCIO, F.P. - *Salt and cardiovascular disease*. British Medical Journal. 334(7599). 2007. p. 859-860.
- CARMO, T.A. - *Melhoria na adesão ao tratamento medicamentoso por meio da atenção farmacêutica*. In: 9º Seminário de extensão da Universidade Metodista de Piracicaba no contexto da 5ª amostra acadêmica. 2007.
- CARRADO, D. [et al] - *Cardiovascular preparticipation screening of young competitive athletes for preventions of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus statement of the study group of sport cardiology of the working group of cardiac rehabilitation and exercise physiology and the working group of myocardial and pericardial diseases of the European Society of Cardiology*. European Heart Journal. Nº 26. 2005. p. 516-524.
- CARRAGETA, M. - *Clube Rei Coração: a hipertensão arterial*. Associação Portuguesa de Cardiologia. Nº 5. 2005.
- CARRAGETA, M. - *Clube Rei Coração. Mensageiro do Coração. Boletim Informativo do Clube Rei Coração da Fundação Portuguesa de Cardiologia*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Fevereiro. 2008.
- CARRAGETA, M. - *Risco cardiovascular global*. The British Journal of Cardiology. 2(1). 2006. p. 7-9.
- CARRARA, K.M. - *Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes*. Dissertação (Pós-Graduação). Escola de Saúde Pública do Paraná. Mandaguacú. 2003.
- CAUDARELLA, R. [et al] - *Salt intake, hypertension and osteoporosis*. Journal Endocrinology. 32 (4). 2009. p. 15-20.
- CAVALARI, E. - *Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorio*. Dissertação ao título de Mestre em Ciências. Universidade de S. Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2010.
- CHAN, Y.M.; MOLASSIOTIS, A. - *The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing. 30(2). 1999. p. 431-438.

- CHENG, J.W.M.; KALLIS, M.M.; FEIFER, S. - *Patient reported adherence to guidelines of Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure*. *Pharmacotherapy*. 21(7). July. 2001. p. 828-841.
- CHICK, N.; MELEIS, A. - *Transitions: a nursing concern*. In : CHINN, P.L.- *Nursing Research Methodology: issues and implementation*. Aspen: Rockville. 1986.
- CHOBANIAN, A.V. [et al] - *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. *Hypertension*. 42(6). 2003. p. 1206-1252.
- CHOCKALINGAM, A. [et al] - *Adherence to management of high blood pressure. Recommendations of the Canadian coalition for high blood pressure prevention and control*. *Canadian Journal of Public Health*. 89(5). 1998. p. 15-111.
- COELHO, E.B.; NOBRE, F. - *Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento antihipertensivo*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1). 2006. p. 51-54.
- COELHO, E.B. [et al] - *Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos*. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 85. 2005. p. 157-161.
- CONTIERO, A.P. [et al] - *Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família*. *Revista Gaúcha Enfermagem Porto Alegre*. 30(1). Março. 2009. p. 62-70.
- CONTRACTOR, A.S.; GORDON, N.F. - *Clinical Exercise Physiology*. 2nd Edition. Champaign. IL. Human Kinetics. 2009. p. 233-245.
- COOK, N.R. [et al] - *Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow up of the trials of hypertension prevention (TOHP)*. *British Medical Journal*. 334 (7599). Abril. 2007.p. 885-892.
- CORREIA, M. [et al] - *Prospective community-based study of stroke in northern Portugal. Incidence and case fatality in rural and urban populations*. *Stroke*. 53. 2004. p. 2048-2053.
- CORTEZ-DIAS, N. [et al] - *Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM (42)*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 28(5). 2009. p. 499-523.

- COSTA, J. [et al] - *Incidência e prevalência da hipercolesterolemia em Portugal: uma revisão sistêmica da literatura, Parte III*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 22 (6). 2003c. p. 829-836.
- COUTINHO, J.V. - *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata*. [Em linha] Psicologia, Saúde e Doenças. Ano 2. 2 (1). 2001. [Consult. 22 Jan. 2011] Disponível em WWW: <http://redalyc.vaemex.mx/pdf/362/36220108.pdf>.
- CULIC, V. [et al] - *Meta-analysis of possible external triggers of acute myocardial infarction*. Internal Journal of Cardiology. 99. 2005. p. 1-8.
- CUNNINGHAM, S. - Hipertensão Arterial. In: WOODS, S.L. [et al] - *Enfermagem em Cardiologia*. 4ª edição. São Paulo: Manole. 2005.
- DAHL, L.K. - *Possible role of salt intake in the development of essential hypertension*. International Journal of Epidemiology. 34(5). 2005. p. 967-972.
- DAI, S. [et al] - *Blood lipids in children: age related patterns and association with body fat indices, project heart beat*. American Journal Prevention Medicine. 37 (15). 2009. p.s56-s64.
- DASILVA, J. M.; GIL, V.M. - *Prevenção cardiovascular: recomendações para a abordagem do risco vascular associado às dislipidemias*. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Revista Portuguesa de Cardiologia. 21 (10). 2002. p. 1201-1209.
- DAVIES, A.R. [et al] - *Hypertension among adults in a deprived urban area of Peru - undiagnosed and uncontrolled?*. British Medical Clinical. Research Notes. 1. 2008. p.2.
- DAVIES, S. - *Meleis's theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry*. Journal of Advanced Nursing. 52(6). 2005.
- DEGEEST, S. [et al] - *Development of the longterm medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development*. Journal of Advanced Nursing. Nº 19. 1994. p. 233-238.
- DEZIL, C.M. - *Medication noncompliance: what is the problem?*. Managed care (Suppl.). 9(9). 2000b. p. S7-S12.
- DIMATTEO, R. [et al] - *Patient adherences and medical treatment outcomes: a meta-analysis* Philadelphia: Medical Care. Nº40. 2002. p. 794-811.

- DINIZ, M.A.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L.R. - *Caraterísticas sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial*. Revista Ciências Cuidados de Saúde. 8 (4). Outubro/Dezembro. 2009. p. 607-614.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Elementos estatísticos*. Informação geral: Saúde 2006. Lisboa: DGS. 2008.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Circular Normativa nº 2/DGCG de 31 de Março de 2004 - Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Lisboa: DGS. 2004<sup>a</sup>.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Circular Normativa nº 3/DSPCS de 6 de Fevereiro de 2006 - Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS. 2006.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, 2008b - Morbilidade hospitalar - Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: DGS. 2006.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Circular Normativa nº 15 DGCG 5 de Setembro de 2003 - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS. 2003.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Programa Nacional de Combate à Obesidade, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas*. Lisboa: DGS. 2005.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010. Orientações Estratégicas*. Lisboa: DGS. 2004.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, 2008a - Elementos estatísticos. Informação geral: saúde*. Lisboa: DGS. 2006.
- DJOUSSÉ, L. [et al] - *Alcohol consumption and risk of ischemic stroke, The Framingham study*. Stroke. 33. 2002. p. 907.
- DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; GEISSLER, A.C. - *Plano de cuidados de Enfermagem*. 5<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003. ISBN: 85-277-0775.
- DONOVAN, J.; BLAKE, D. - *Patient non compliance: deviance or reasoned decision-making?*. Social Science and Medicine. 5(34). 1992. p. 507-513.
- DÓRIA, E.L.; LOTUFO P.A. - *Epidemiologia da hipertensão arterial sistémica*. Revista de Hipertensão. 7(3). 2004. p.86-89.
- DOSSE, C. [et al] - *Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial*. [Em linha] Revista Latino Americana

de Enfermagem. 17(2). Março - Abril. 2009. [Consult. 13 Jan. 2011]  
Disponível em WWW: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

- DOWELL, J.; HUDSON, H. - *A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care*. Family Practice. 14. 1997. p. 369-375.
- DREISBACH, A.W.; SHARMA, S. - *Hypertension and Kidney*. [Em linha] Emedicine. 2010. [Consult. 10 Fev. 2011] Disponível em WWW: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview>.
- DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. - *Treatment adherence in chronic disease*. Journal Clinical Epidemiology. 54. 2001. p.857-860.
- DUROSE, C. [et al] - *Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of non compliance by patients on haemodialysis are not predictive of dietary compliance*. Journal of the American Diabetic Association. 104(1). January. 2004. p. 35-41.
- DURRINGTON, P. - *Dyslipidaemia*. Lancet. 362(9385). August 30. 2003. p. 717-731.
- ELLIOT, P. [et al] - *Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations*. British Medical Journal. 312 (7041). May. 1996. p. 1249-1253.
- ENRIQUEZ, M. [et al] - *Successful adherence after multiple HIV treatment failures*. Journal of Advanced Nursing. 45. 2004. p. 438-446.
- ESKRIDGE, M.S. - *Hypertension and chronic Kidney disease: the role of lifestyle modification and medication management*. Journal of the American Nephrology Nurses` Associations. 37(1). January-February. 2010. p. 55-60.
- EUROPEAN HEART NETWORK - *European cardiovascular disease statistics*. Bruxelas: European Heart Network. 2008.
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY - *European Guidelines of Cardiovascular Prevention in clinical practice*. European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation. 14(2). 2007. p. E1-E40.
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY / EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION - *Guidelines for the management of arterial hypertension*. Journal of Hypertension. 21 (6). 2003. p. 1011-1053.
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION - *Guidelines for the management of arterial hypertension*. Journal of Hypertension. 25. 2007. p. 1105-1187.

- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY / EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION - *Guidelines on Hypertension European Society Hypertension: 2009 Update*. Department of Internal Medicine University of Milano - Bicocca. 2010.
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY / EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION - *Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management*. European Heart Journal. 28 (12). June. 2007. p. 1462-1536.
- FAERGEMAN, O. [et al] - *Plasma triglycerides and cardiovascular events in treating to new targets and incremental decrease in end pants through aggressive lipid lowering trials of statins in patients with coronary artery disease*. American Journal Cardiology. 104(4). 2009. p. 459-463.
- FAGARD, R.H. [et al] - *ESC Study Group of Sports Cardiology recommendations for participation in leisuretime physical activities and competitive sports for patients with hypertension*. European Journal Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 12. 2005. p. 326-331.
- FAUCI, A.S. [et al] - *Harrison's principles of internal medicine*. 17th Edition. New York: McGraw Hill. 2007.
- FEIJÃO, A.M.M. [et al] - *Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial em população urbana de baixa renda*. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 84 (1). 2005. p. 29-36.
- FLETCHER, G. F. [et al] - *Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals*. American Heart Association. Circulation. 104. 2001. p. 1694-1740.
- FORTIN, M.F. - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 1999. ISBN: 972-8383 - 10-X.
- FORTIN, M.F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata. 2009.
- FRANCO, V.; OPARIL, S. - *Salt sensitivity, a determinant of blood pressure, cardiovascular disease and survival*. Journal of the American College of Nutrition. 25(3). 2006. p. 2475-2483.
- FREITAS, O.C. [et al] - *Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva in the state of São Paulo*. São Paulo: Arquivo Brasileiro Cardiologia. 77 (1). 2001. p. 16-21.

- GAETANO, G. [et al] - *A meta-analysis of studies on wine and beer and cardiovascular disease*. Pathophysiol Haemost Thromb. 32 (5-6). September-December. 2002. p. 353-355.
- GALÁN, M. V. H. - *Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes?*. Revista Rol de Enfermagem. 27(1). 2004. p. 57-60.
- GALLE, J. [et al] - *Impact of oxidized low density lipoprotein on vascular cells*. Atherosclerosis. 185. 2006. p. 219-226.
- GASCÓN, J. [et al] - *Why hypertensive patients do not comply with the treatment*. Family Practice. 21(2). 2004. p. 125-130.
- GASPERIN, D.; FENSTERSEIFER, L.M. - *As modificações do estilo de vida para hipertensos*. Revista Gaúcha Enfermagem. 27 (3). Setembro. 2006. p. 372-378.
- GELEIJNSE, J.M. [et al] - *Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomized trials*. Journal Human of Hypertension. 17(7). 2003. p. 471-480.
- GIANINI, M. - *Câncer e gênero: enfrentamento da doença por Horne, R. - Compliance, adherence and concordance*. In: TAYLOR, K.; HARDING, G.. Pharmacy Practice. London: Taylor & Francis. 2001. p. 168-184.
- GIROD, A. [et al] - *Women and squamous cells carcinomas of the oral cavity and oropharynx: is there something new?*. Journal Oral Maxillofacial Surgery. 67. 2009. p. 1914-1920.
- GLASSPOOL, J. - *Adherence: a mayor unmet need. Success zone programe*. European Heart Journal: Supplements. 9(B). 2007. p. 37-41.
- GOLDBERG, A. [et al] - *Physician assessments of patient compliance within medical treatment*. Social Science and Medicine. 47 (11). 1998. p. 1873-1876.
- GOMES, C. - *Fatores que interferem na adesão ao tratamento antihipertensivo*. Revista Brasileira de Hipertensão. 20 (5). 2006. p. 184-188.
- GOMES, R.C.A. - *Mudança dos hábitos de vida das pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial*. Universidade Fernando Pessoa Unidade de Ponte de Lima. 2010.
- GONZÁLEZ, M.A. [et al] - *Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica*. Revista Cubana de Enfermagem. 21(3). 2005.

- GOUVEIA, M. [et al] - *Carga da doença atribuível à hipercolesterolemia em Portugal*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 23 (7-8). 2004. p. 1037-1054.
- GOUVEIA, M. [et al] - *Carga da doença atribuível à hipercolesterolemia em Portugal*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 23 (2). 2004<sup>a</sup>. p. 255-270.
- GRAHAM, I. [et al] - *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Fourth Joint European Societies` Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice*. European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation. 2. 2007. p.S1-S113.
- GRAVINA, C.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. - *Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso*. Revista Brasileira de Hipertensão. 14(1). 2007. p. 33-36.
- GRONBAEK, M. [et al] - *Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease and cancer*. Annals of Internal Medicine. 133. 2000. p. 6411-6419.
- GUERRA, M.M.F. - *Causas da não adesão ao tratamento para hipertensão arterial*. Dissertação Pós Graduação. Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2003.
- GUS, I. [et al] - *Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 83(5). 2004. p. 424-428.
- GUSMÃO, J.L. [et al] - *Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica elevada*. Revista Brasileira Hipertensão. 16(1). 2009. p. 38-43.
- HAMER, M.; STAMATAKIS, E. - *Physical activity and risk of cardiovascular disease events: inflammatory and metabolic mechanisms*. Medicine and Science in Sports and Exercise. 41(6). 2009. p. 1206-1211.
- HAUSER, S.T. [et al] - *Adherence among children and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus over a four year longitudinal follow-up: immediate and long term linkages with the family Milieu*. Journal Pediatric Psychology. 15(4). 1990. p. 527-542.
- HAYNES, R.B. [et al] - *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. Cochrane Review. In: The Cochrane Library. Oxford. Update Software. 2004.
- HAYNES, R.; MCKIBBON, K.; KANANI, R. - *Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications*. Lancet. 6. 1996. p.348-383.

- HE, F.J. [et al] - *Effects of potassium chloride and potassium bicarbonate on endothelial function, cardiovascular risk factors and bone turnover in mild hypertensives*. *Hypertension*. 55(3). March. 2010. p. 681-688.
- HE, F.J.; MACGREGOR, G.A.- *A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes*. *Journal Human of Hypertension*. 23. 2009. p. 363-384.
- HE, F.J.; MACGREGOR, G.A. - *Effect of longerterm modest salt reduction on blood pressure: Cochrane database systematic review*. Nº 3. CD004937. 2004.
- HELENA, E.T.S. - *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.
- HESBEEN, W. - *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. 2001.
- HIGGINS, N.; REGAN, C. - *A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimen*. *Age and Ageing*. 33. 2004. p. 224-229.
- HO, P.M. [et al] - *Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction*. *Archival Internal Medicine*. 166. 2006. p. 1842-1847.
- HORNE, R. - Representations of medication and treatment: advances in theory and treatment. In: PETRIE, K.; WEINMAN, J. - *Perceptions of health and illness*. [Em linha] Current research and applications. London: Harwood Academic Publishers. 1997. p. 155-189. [Consult.12 Nov. 2010] Disponível em WWW: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AO369.pdf>>.
- HORNE, R. - Compliance, adherence and concordance. In: *Gard, P.- Behavioural approach to pharmacy practice*. London: Blackwell. 2000.
- HORNE, R.; WEINMAN, J. - Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models. In: MYERS, L.; MIDENCE, K. - *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 1998.
- HUGHES, C. M. - *Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem?*. *Drugs Aging*. 21 (12). 2004. p. 793-811.
- INGRID, R. [et al] - *AVC embólicos versus AVC não embólicos: características e prognósticos*. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. Nº 17. Maio/Junho. 2010. p. 29.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Anuário Estatístico de Portugal 2006*. Lisboa: INE. 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Anuário Estatístico de Portugal 2007*. Lisboa: INE. 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. 2007.
- INSTITUTO NACIONAL DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO. Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde - Estatística do Medicamento. Lisboa: INFARMED. 2009
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2.0. Trad. Ordem dos Enfermeiros. USINE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010.
- INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP - *INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion*. British Medical Journal. 297 (6644). 1988. p. 319-328.
- JESUS, E.S. [et al] - *Perfil de um grupo de hipertensos: aspetos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento*. Ata Paulista Enfermagem. São Paulo. 21(1). Janeiro-Março. 2008. p.59-65.
- JNC 7 - *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure*. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health USA. 2003. NIH 03-5233.
- JOFFRES, M.R. [et al] - *Awareness, treatment and control of hypertension in Canada*. American Journal of Hypertension. 10 (10). 1997. p. 1097-1102.
- JOHNELL, K. [et al] - *Low adherence with antihypertensives in actual practice: the association with social participation - a multilevel analysis*. British Medical Publisher Health. 2005. p. 5-17.
- JOYCE - MONIZ, L.; BARROS, L. - *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa. 2005.
- KANNEL, W.B. [et al] - *Factors of risk in the development of coronary heart disease-six year follow-up experience The Framingham Study*. Ann Internal Medical. 55. 1961. p. 33-50.
- KAKKINOS, P.F. [et al] - *Physical activity in the prevention and management of high blood pressure*. Hellenic Journal Cardiology. 50. 2009. p. 52-59.

- KAWANO, Y. [et al] - *Report of the working group for dietary salt reduction of the Japanese Society of Hypertension: assessment of salt intake in the management of hypertension*. Journal of Hypertension. 30. 2007. p. 887-893.
- KEARNEY, P. [et al] - *Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review*. Journal of Hypertension. 22 (1). January. 2004. p. 11-19.
- KEARNEY, P.M. [et al] - *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. Lancet. 365. 2005. p. 217-223.
- KELLEY, G.A. [et al] - *Aerobic exercise and resting blood pressure: a meta-analytic review of randomized controlled trials*. Prevention Cardiology. 4. 2001. p. 73-80.
- KHAN, N.A. [et al] - *The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension Part 2 Therapy*. Canadian Journal of Cardiology. 25(5). May. 2009. p. 287-298.
- KINGAS, H.A.; LAHDENPERA, T.S. - *Compliance of patients with hypertension and associated factors*. Journal of Advanced Nursing. 29 (4). Abril. 1999. p. 832-840.
- KLEIN, J.; GONÇALVES, A. - *A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários*. Psico - USF. 10 (2). 2005. p. 113-120.
- KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. - *Transitions: a literature review*. Journal Compilation. 2006.
- KRASILCIC, S. - *Índices de adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso no Brasil e no mundo*. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. - *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial. Cap.3. 2001. p. 48-55.
- KRINSKI, K. [et al] - *Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica*. Revista Digital de Deportes. Buenos Aires. 10 (93). Fevereiro. 2006.
- LAHDENPERA, T.S.; KINGAS, H.A. - *Compliance and its evaluation in patients with hypertension*. Journal of Clinical Nursing. 9(6). 2000. p. 826-833.
- LARGERIL, M. [et al] - *Wine drinking and risks of cardiovascular complications after recent acute myocardial infarction*. Circulation. 106. 2002. p. 1465-1469.
- LAW, M.R. [et al] - *Use of blood pressure lowering drugs in prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the*

*context of expectations from prospective epidemiological study.* British Medical Journal. 338. 338b. May. 2009. p. 1665.

- LAW, M.R.; WALD, N.J. - *Risk factor thresholds: their existence under scrutiny.* British Medical Journal. 324. 2002. p. 1570-1576.
- LEAL, A. - *A course for coronary patient's spouses: 28 months of follow-up.* European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation. 11(1). 2004. p. 77.
- LEAL, J. [et al] - *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union.* European Heart Journal. 27. 2006. p. 1610-1619.
- LEBRÃO, M.L. - *Condições de Saúde.* In: LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. - *SABE - Saúde, Bem - estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* Brasília: Organização Pan Americana da Saúde. 2003. p. 73-91.
- LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. - *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.* Ciência & Saúde. Coletiva. 8 (3). 2003. p. 775-782.
- LEVI, F. [et al] - *Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world.* Heart. 306. 2002. p. 1903-1913.
- LEVY, R.; FRELD, A. - *Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens.* American Journal of Gastroenterology. 94(7). 1991. p. 1733-1742.
- LEY, P. - *Compliance among patients.* In: BAUN, A. [et al] - *Cambridge handbook of psychology, health and medicine.* Cambridge: Cambridge University Press. 1997. p. 281-285.
- LI, W. [et al] - *Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China.* Journal of Hypertension. 21 (6). June. 2003. p. 1191-1197.
- LICHTENSTEIN, A.H. [et al] - *Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee.* Circulation. 114. 2006. p. 82-96.
- LIMA, F.E.T.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. - *A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial.* Família Saúde Desenvolvimento. Curitiba. 3 (1). Janeiro/Junho. 2001. p. 63-69.

- LIMA, H.P. [et al] - *Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo*. Revista Rene Fortaleza. 11(2). Abril - Junho. 2010. p. 170-178.
- LIMA, S.M.L. [et al] - *Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 25(9). 2009.
- LO, R. - *Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM*. Journal of Advanced Nursing. 30 (2). 1999. p. 418-424.
- LOBÃO, A. [et al] - *Tabagismo e fatores de risco cardiovascular, no Centro de Saúde de Barão do Corvo*. Revista Ata Médica Portuguesa. 23. 2010. p. 159-166.
- LOPES, C. [et al] - *Consumo alimentar no Porto*. Faculdade de Medicina do Porto. Serviço de Higiene e Epidemiologia. 2006.
- LORIENTE - Arin, N.; SERRANO-DEL-ROSAL, R. - *Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del ato médico*. Revista Internacional de Sociologia. 67(2). 2009. p. 309-328.
- LOTTIS, K. - *Experiencing transitions*. In: BROWNING, G. [et al] - *Innovations in Theory Development for the nursing discipline*. 2006. Cap. 6.
- LURBE, E. [et al] - *Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension*. Journal of Hypertension. 27. 2009. p. 1719-1942.
- MACDONALD, H. [et al] - *Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions: scientif review*. JAMA. 288(22). December. 2002. p. 2868-2879.
- MACEDO, A. [et al] - *Perfil da doença oncológica em Portugal*. Ata Médica Portuguesa. Vol. 21. 2008.
- MACEDO, M.E. [et al] - *Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal, estudo PAP (2)*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 26(1). 2007. p. 21-39.
- MACEDO, M.E. [et al] - *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal, the PAP study*. Journal of Hypertension. 23(9). 2005. p. 1661-1666.
- MACEDO, M. E. - *Estudo da prevalência, tratamento e controlo da hipertensão arterial em Portugal*. Anamnesis. 130 (13). 2004. p. 7-8.

- MACEDO, M.E. [et al] - *Estudo da prevalência, tratamento e controlo da hipertensão arterial em Portugal*. Porto: Gazela Artes Gráficas, Lda. 2005.
- MACHADO, H. [et al] - *Prevalência do diagnóstico de hipertensão arterial em pessoas sedentárias e em praticantes de exercício físico, na cidade do Porto*. Revista Ata Médica Portuguesa. 23. 2010. p. 153-158.
- MACHADO, M.; ZAGONEL, I. - *O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno*. [Em linha] Cogitare Enfermagem. 8(2). 2003. [Consult. 22 Nov. 2010] Disponível em WWW: <http://ojs.c3sufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1691/1399>>
- MACHADO, M.P. - *Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação. Especialidade de Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. 2009.
- MACKAY, J.; MENSAH, G. - *Atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization. 2004.
- MACLEAN, N. [et al] - *The concept of patient motivation*. New York: Stroke. V.33. 2002. p.444-448.
- MACWALTER, R. [et al] - *Hypertension in older people*. A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2001.
- MANCIA, G. [et al] - *ESC/ESH Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension 2007: ESC/ESH Task Force on the Management of Arterial Hypertension*. Journal of Hypertension. 25. 2007. p. 1751-1762.
- MANCIA, G. [et al] - *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 Heart Journal. 28(12). June. 2007. p. 1462-1536.
- MANCIA, G. [et al] - *Reappraisal of European Guidelines on Hypertension Management: a European Society of Hypertension Task Force Document*. Blood Press. 18 (6). 2009. p. 308-347.
- MANTOVANI, M. F. [et al] - *O significado e a representação da doença crónica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca da sua enfermidade*. Cogitare Enfermagem. 13 (3). 2008. p. 336-342.
- MARCON, S.S. [et al] - *Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório*. Ciências Enfermagem Concepcion. 1 (1). 1995. p. 33-42.

- MARÍN - REYES, F.; RODRÍGUES-MORÁN, M. - *Family support and drug therapy compliance in essential hypertension*. [Em linha] Salud Publica de México. 43(4). 2001. p. 336-339 [Consult 3 Dez. 2010] Disponível em WWW: <http://www.insp.mx/salud/43/eng/i434-3.pdf>>.
- MARINKER, M.; SHAW, J. - *Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice*. British Medical Journal. 326. 2003. p. 348-349.
- MARKS, D.F. [et al] - *Health psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications. 2000.
- MARTINEZ, C.B. - *Cumplimiento terapéutico y hipertensión arterial*. Atención Primaria. 34 (8). 2004. p. 397-398.
- MARTINS, L. - *Portugal e hipertensão arterial: uma relação fatal*. Revista Saúde Pública. 2010. p. 4-7.
- MARTINS, M.O. - *Risco cardiovascular e intervenção farmacêutica*. Doutorado em Farmácia. Especialidade em Farmacoepidemiologia. Universidade de Lisboa. Faculdade de Farmácia. 2009.
- MARTINS E SILVA, J.; SALDANHA, C. - *Dieta, aterosclerose e complicações aterotrombóticas*. Revista Portuguesa Cardiologia. 26 (3). 2007. p. 277-294.
- MASCARENHAS, C.H.M.; OLIVEIRA, M.M.L.; SOUZA, M.S. - *Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA*. Revista Saúde Comunitária. 2(1). 2006. p. 30-38.
- MASSIE, B.M. - In: LAWERENCE, M. [et al] - *Diagnóstico e tratamento*. Lange. São Paulo: Atheneu. 2001.
- MATOS, Y.R.; ALFONSO, L.M.; VEA, H.B. - *Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos*. Revista Cubana Medicina General Integral. 23(1). Enero-Marzo. Ciudad de La Havana. 2007.
- MATSUZAWA, Y. - *Adiponectin: a key player in obesity related disorders*. Hypertension. April. 2010.
- MCCARRON, D.A. - *The dietary guideline for sodium: should we shake it up? Yes!*. American Journal Clinical Nutrition. 71(5). May. 2000. p. 1013-1019.
- MEDEIROS, A.C. - *Adesão ao tratamento antihipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa*. Dissertação de Mestrado. Paraíba. Universidade Federal de Paraíba. 2006.

- MEDEL, E.S. - *Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influncian*. Ciencia y Enfermeria. V.3. 1997. p. 49-58.
- MELEIS, A. [et al] - *Experience Transitions: an emerging middle-range theory*. Nursing Science. 23(11). 2000.
- MELEIS, A. - *Theoretical Nursing: development and progress*. 3th Edition. London: Lippincott. 2005.
- MELEIS, A. - *Theoretical Nursing: development and progress*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- MENDES, R.; BARATA, J.L.T. - *Envelhecimento e pressão arterial*. Revista Ata Médica Portuguesa. 21. 2008. p. 193-198.
- MENESES, A.P.; GOBBI, D. - *Educação em Saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos*. Revista O Mundo da Saúde. São Paulo. 34(1). 2010. p. 97-102.
- MILSTEIN - MOSCATI [et al] - *Aspetos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica*. In: CASTRO, L.C. - *Fundamentos de fármaco epidemiologia*. AG Editora. 2000. p. 171-179.
- MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO, D.C. - *Physical exercise and blood pressure control*. Revista Brasileira Medicina de Esporte. 10(6). 2004. p. 513-516.
- MORA, S. [et al] - *Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potencial mediating mechanisms*. Circulation. 116. 2007. p. 2110-2118.
- MOREIRA, L. [et al] - *Análise retrospectiva dos doentes seguidos pela especialidade de Medicina Interna numa consulta de Hipertensão Arterial*. Revista da Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial. 19. Setembro/Outubro. 2010. p. 6-8.
- MORENO, A.B. [et al] - *Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado da saúde*. Caderno de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 17 (2). 2009. p. 409-416.
- MORRISON, A.; WERTHEIMER, A. - *Compilation of quantitative overviews of studies of adherence*. [Em linha] Drug Information Journal. Vol. 38. April/June. 2004. [Consult. 27 Nov. 2010] Disponível em WWW: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3899/is\\_200401/ai\\_n9349327/print](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3899/is_200401/ai_n9349327/print)>.

- MOSCATI, I.M.; PERSANO, S.; CASTRO, L.L.C. - Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L.L.C. (Org.)- *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. Grupo de Pesquisa em uso racional de medicamentos. 2000. p. 170-180.
- MOURA, J.M.P. - *Consumo de bebidas alcoólicas e o risco cardiovascular*. Revista Fatores de Risco. Nº 18. Ano 5. Julho/Setembro. 2010. p. 10-14. ISSN 1646-4834.
- MOUSINHO, P.M.; MOURA, M.S. - *Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso*. Saúde Coletiva. 5 (25). 2008. p. 212-216.
- MUKAMAL, K. [et al] - *Alcohol consumption and hemostatic factors: Analysis of the Framingham Offspring Cohort*. Circulation. 104. 2001. p. 1367.
- MUKAMAL, K. [et al] - *Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men*. The New England Journal of Medicine. 348. 2003. p. 109-118.
- MURJAL, L. [et al] - *A situação da saúde em Portugal em relação aos outros países europeus (EU 25): Atualização e Estudo comparativo no 5º aniversário da Fundação Professor Fernando de Pádua*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva e Fundação Professor Doutor Fernando Pádua. 2007.
- MURPHY, F. - *Using change in nursing practice: a case study approach*. Nursing Management. 13(2). 2006.
- MYERS, L.B.; MIDENCE, K. - *Adherence to treatment in medical conditions*. Taylor & Francis Books. 1998.
- NAVALHAS, J.C. - *Crise e suporte social. Efeitos potenciais do suporte social*. Revista de Psiquiatria. XI (3). 1998. p. 27-46.
- NAZARÉ, J. - *Conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 29 (12). 2010. p. 1793-1797.
- NEAL, B. [et al] - *Blood pressure lowering trialist's collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists and other blood pressure lowering drugs: results of prospectively overviews of randomized trials*. Lancet. 356. 2000. p. 1955-1964.
- NEMES, M.I.B.; CARVALHO, H.B.; SOUZA, M.F.M. - *Antiretroviral therapy adherence in Brazil*. AIDS. 18(3). Junho. 2004. p. 15-20.

- NETER, J. [et al] - *Influence of weight reduction on blood pressure: a meta- analysis of randomized controlled trials*. Hypertension. 42. 2003. p. 878-884.
- NEVES, M.F.; BURLÁ, A.K.; OIGMAN, W. - *Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica*. Revista Brasileira de Medicina. 62(12). Dezembro. 2005.
- NOBLE, L.M. - Doctor-patient communication and adherence to treatment. In: MYERS, L.B.; MIDENCE, K. - *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. Cap. 3. 1998.
- NOBRE, F.; PIERIN, A.; MION, D.J. - *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial. 2001.
- NOGUEIRA, D. [et al] - *Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde*. Brasil. Revista Panama Salud Publica. 27(2). 2010. p. 103-109.
- NORDESTGAARD, B. G. [et al] - *Nonfasting triglycerides and risk of myocardial infarction, ischemic heart disease and death in men and women*. JAMA. 298. 2007. p. 299-308.
- NUNES, E. - *Consumo de tabaco, efeitos na saúde*. Revista Portuguesa Clínica Geral. 22. 2006. p. 225-244.
- OGDEN, J. - *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 1999.
- OIGMAN, W. - Métodos de avaliação da adesão ao tratamento antihipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. - *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos. 2001. p. 37-46.
- OIGMAN, W.; NEVES, M.T. - *Hypertension in the elderly*. Revista Brasileira de Medicina. 56(1). December. 1999. p. 23-53.
- OLIVEIRA, C.M. [et al] - *Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population*. Baependi Heart Study. BMC Medical Genetical. 9. 2008. p. 32.
- OLIVEIRA, T.E. - *Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico*. Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem - CCS/UFPB. 2007.
- ONO, A.; FUJITA, T. - *Factors relating to inadequate control of blood pressure in hypertensive outpatients*. Hypertension. 26. 2003. p. 219-224.
- ORSOLIN, C. [et al] - *Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal*. Revista Brasileira de Enfermagem. 58 (3). 2005.

- OSHIRO, M.L. - *Fatores para não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso e controle*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Fevereiro. 2007.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. - *Adherence to medication*. New England Journal of Medicine. 353. 2005. p. 487-497.
- OWNBY, R.L. - *Medication adherence and cognition*. Geriatrics. 2006.
- PALOTA, L. - *Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade S.Paulo. 2010.
- PAÚL, C.; FONSECA, A.M. - *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 2001.
- PEARSON, T. [et al] - *AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke, Update, Consensus Panel Guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases*. Circulation. 106. 2002. p.388.
- PENCINA, M.J. [et al] - *Predicting in the 30-year risk of cardiovascular disease: the Framingham heart study*. Circulation. 119 (24). June 23. 2009. p. 3078-3084.
- PEREIRA, A.C.; KRIEGER, J.E. - *Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos?*. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão.
- PEREIRA, M.G.; SILVA, S. - *Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte*. Análise Psicológica. 1(xx). 2002. p. 35-43.
- PEREIRA, S. - *Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso*. Revista Ata Médica Portuguesa. 23. 2010. p. 223-226.
- PESCATELLO, L.S. [et al] - *American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and hypertension*. Medical Science Sports Exercise. 36(3). 2004. p. 533-553.
- PESCATELLO, L.S. [et al] - *Short-term effect of dynamic exercise on arterial blood pressure*. Circulation. 83. 1991.p. 1557-1561.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. - *Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial*. Revista Latino Americana. Ribeirão Preto. 6(1). Janeiro. 1998. p. 33-39.

- PETRONILHO, F. - *Produção de indicadores de qualidade. A Enfermagem que queremos evidenciar*. Revista Sinais Vitais. Nº 82. Janeiro. 2009. p. 35-43.
- PHIPPS, W.J. [et al] - *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 6ª edição. Vol. 1. Lisboa: Lusodidacta. 1995. ISBN: 972-9661006/972-96610-0-6.
- PIERIN, A.M. [et al] - *O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença*. Revista Escolar de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 35 (4). 2001. p. 11-18.
- PIERIN, A.; GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. - *A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial*. Revista Hipertensão. 7(3). 2004. p.100-103.
- PINTO, D.; PISCO, A.M. - *Adesão à terapêutica antihipertensiva em doentes diabéticos*. RFML. Série III. 12(3). 2007. p. 171-179.
- PINTO, I.C.G.P. - *A relação entre doença cardiovascular e seus fatores de risco: um estudo feito no distrito do Porto*. Dissertação de Mestrado em Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2008.
- PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. - *Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial*. Ciências Saúde Coletiva. 13 (2). 2008. p. 2257-2267.
- PLAYLE, J.F.; KEELEY, P. - *Noncompliance and professional power*. Journal of Advanced Nursing. 27(2). 1998. p. 304-311.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B.P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto: Alegre Artmed Editora. 2004.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- POLÓNIA, J. [et al] - *Normas sobre deteção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 25. 2006. p. 649-660.
- POZZAN, R. [et al] - *O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da Hipertensão Arterial*. Revista Brasileira de Hipertensão. 10 (4). 2003. p. 253-259.
- PUDDLEY, I. B.; BEILIN, L.J. - *Alcohol is bad for hypertension*. Clinical Experimental Pharmacology Physiology. 33(9). 2006. p. 847-852.
- QUITÉRIO, S. - *Porquê a hipertensão arterial?...* Revista Portuguesa da Clínica Geral. 24. 2008. p. 385-386.

- QURESHI, A.I. [et al] - *Cigarette smoking among spouses: another risk factor for stroke in women*. Stroke. 36(9). September. 2005. p. 74-76.
- RAHMOUNI, K. [et al] - *Obesity associated hypertension. New insights into mechanisms*. Hypertension. 45. 2005. p. 9-14.
- RAMALHINHO, I. - *Adesão à terapêutica antihipertensiva: contributo para o seu estudo*. Tese de Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 1994.
- RAMALHINHO, I.; CABRITA, J. - *Avaliação do grau de adesão à terapêutica antihipertensiva pelo método de contagem de medicamentos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 16(2). Abril/Junho. 1998. p. 5-12.
- RAMOS, S.C.; OLIVEIRA, M.N.G. - *Obstipação intestinal no idoso - a fibra como tratamento e prevenção*. Revista Nutrição em Pauta. Ano X. 54. 2002. p. 52.
- *Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force Document*. Journal of Hypertension. 27. 2009. p. 2121-2158.
- RÉGUA, L.P.E.S.M. - *A participação das pessoas com doença de Crohn no processo de cuidados*. Dissertação ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2010.
- REINERS, A.A.O.; NOGUEIRA, M.S. - *Consciencialização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento*. Revista Latino Americana Enfermagem. 17(1). Janeiro-Feveireiro. 2009.
- REN, X.S. [et al] - *Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 27. 2002. p. 47-56.
- RENNERT, S.B.A. [et al] - *Associação de hipertensão arterial com fatores de risco cardiovasculares em hipertensos de Ljuí*. RS. RBAC. 40(4). 2008. p. 261-266.
- RIBEIRO, J.L.P. - *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Quarteto. 2005.
- RIBEIRO, J.L.P. - *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição. Porto: Livpsi. 2008. ISBN 989-8148-16-0.
- RIBEIRO, J.L.P. - *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1998.

- ROBERTS, R.J. [et al] - *Maternal age in pregnancy and offspring blood pressure in childhood in the Avon Longitudinal Study of parents and children*. Journal of Human Hypertension. 19(11). November. 2005. p. 893-900.
- ROCHA, E. [et al] - *Níveis de pressão arterial dos estudantes da Universidade de Lisboa*. Clínica & Saúde. I (2). 2003. p. 45-52.
- ROCHA, P. - *Atividade física na prevenção das doenças cardiovasculares*. Revista Fatores de Risco. Nº 12. Ano 3. Janeiro/Março. 2009. p. 52-57. ISSN 1646-4834.
- ROCHA, T.M.R. - *Perfil de risco cardiovascular em amostras de estudantes do ensino secundário da Região de Lisboa: Prevalência de fatores de risco e avaliação do risco*. Tese de Mestrado em Epidemiologia. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. Instituto de Medicina Preventiva. Fevereiro. 2010.
- ROLIM, M.O.; CASTRO, M.E. - *Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle de Hipertensão: uma aproximação aos resultados padronizados de enfermagem*. Brazilian Journal of Nursing. 6 (1). 2007.
- ROSENDO, I. [et al] - *Caracterização dos fumadores e fatores que influenciam a motivação para a cessação tabágica*. Revista Portuguesa de Pneumologia. XV(5). 2009. p. 783-802.
- ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, A.N. - *Epidemiologia e Saúde: Médica e Científica*. 5ª edição. Rio de Janeiro. Editora Médica Científica. Vol. 1. 1999. p.15.
- SACKS, F.M. [et al] - *Rational and design of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH): a multicenter controlled-feeding study of dietary patterns to lower blood pressure*. Annals of Epidemiology. 52(2). 1995. p. 108-118.
- SALES, C.M.; Tamaki, E.M. - *Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistémica: o comportamento do hipertenso*. Cogitare Enfermagem. 12(2). 2007. p. 157-163.
- SAMET, J.M. - *The health benefits of smoking cessation*. Medical Clinical North American. 76(2). March. 1992. p. 399-414.
- SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. - *Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial*. Revista Escolar Enfermagem. Universidade São Paulo. São Paulo. 38(1). 2004. p. 90-98.

- SANTA HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. - *Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família*. Saúde Sociedade São Paulo. 19(3). 2010. p. 614-626.
- SANTANA, P. [et al] - *Anos de Vida Potencial Perdidos, por causas de morte selecionados em Portugal Continental no período de 2003 a 2005*. 2007. In: V Congresso Nacional de Epidemiologia. Novembro. Lisboa. 2007.
- SANTOS, A. [et al] - *Ingestão de água mineral gasocarbônica hipersalina e pressão arterial*. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2009.
- SANTOS, A.C.; LIMA, C.A. - *Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida*. Revista Brasileira Hipertensão. Vol. 16. Suplemento 1. 2009. p. s5-s6.
- SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. - *Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença*. Revista Brasileira PS. 18(5). 2005. p. 145-151.
- SARAFINO, E.P. - *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 4th Edition. New York: John Wiley & Sons. 2002.
- SARQUIS, L.M.M. [et al] - *A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica*. Revista Escolar Enfermagem Universidade São Paulo. São Paulo. 32 (4). 1998. p. 335-353.
- SCHELTENS, T. [et al] - *Awareness, treatment and control of hypertension: the “rule of halves” in an era of risk-based treatment of hypertension*. Journal Human of Hypertension. 21(2). 2007. p. 99-106.
- SCHROETER, G. [et al] - *Terapia antihipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS. Brasil*. Scientia Medica. 17(1). Janeiro/Março. 2007. p. 14-19.
- SEHESTEDT, T. [et al] - *Awareness, treatment and control of hypertension in Denmark. The Inter 99 Study*. Blood Pressure. 16. 2007. p. 312-319.
- SERRA COELHO, A. - *Tabagismo. Risco Cardiovascular Global*. Lisboa: Edições Bayer Portugal S.A.. 2005. p. 147-155.
- SEVERO, D.F. [et al] - *Conhecimento e modificações de comportamento frente ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica: antes e após educação em saúde do profissional enfermeiro*. Cogitare Enfermagem. 14(3). Julho/Setembro. 2009. p. 506-511.
- SHAFHEY, O. [et al] - *Tobacco control country profiles. Cancer Society. The 12th World Conference on tobacco or health*. Atlanta. 2003.

- SHARIMA, A. [et al] - *High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study*. Journal of Hypertension. 22(3). March. 2004. p. 479-486.
- SILVA, J.A. - *Sal na alimentação: estratégias privadas, públicas, virtudes...* Revista Fatores de Risco. Nº 18. Ano 5. Julho/Setembro. 2010. p. 16-17. ISSN 1646-4834.
- SILVA, L.R. - *Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias - uma abordagem sanitária*. Dissertação Mestrado em Ciências Médicas. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade São Paulo. Ribeirão Preto. 2002.
- SILVA, P.M. - *25 perguntas em dislipidemias (parte I)*. Permanyer Portugal. 2006.
- SILVA, P.M. - *Uma pitada de sal na dieta...* Revista Portuguesa de Cardiologia. 29 (2).2010. p. 173-179.
- SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. - *Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos*. Revista Latino Americana em Enfermagem. 10 (3). 2002. p. 415-422.
- SOARES, A.; CRUZ, E.; ROCHA, A. - *Oncologia da próstata: que intervenções?*. Porto, II Jornadas de Urologia do Hospital S. João. [Em linha] 2004. [Consult. 14 Dez. 2010] Disponível em [www:http://www.scribd.com/doc/3541598/Oncologia-da-prostata](http://www.scribd.com/doc/3541598/Oncologia-da-prostata)>.
- SOLERA, J. [et al] - *Cumplen correctamente el tratamiento farmacologico nuestros hipertensos*. [Em linha] 2004. [Consult. 15 Jan. 2011] Disponível em WWW: <http://sescam.jccm.es/web/gaptalavera/atencionprimaria/1-premio MEDICINAHTA.pdf>.
- SOUSA, I.M.C. - *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Outubro. 2005.
- SOUSA, M.R. - *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Tese de Dissertação de Mestrado. Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. 2003.
- SOUSA, M.R.; Peixoto, M.J.; Martins, T. - *Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem. Influência na adesão ao regime terapêutico*. Referência. 2008.

- SOUZA, A.L.J. [et al] - *Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos*. Rio de Janeiro. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo. 47 (6). Dezembro. 2003. p. 195-199.
- STACLET, J.C. [et al] - *Vascular protection by dietary polyphenols*. European Journal of Pharmacology. 500. 2004. p. 299-313.
- STAESSEN, J.A. [et al] - *Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials*. Lancet. 355. March. 2000. p. 865-872.
- STAMBLER, J. [et al] - *Blood pressure, systolic and diastolic and cardiovascular risks: US population data*. Archive - Internal Medical. 153. 1993. p. 598-615.
- STENTZ, C.A. [et al] - *Inactivity, exercise and visceral fat. STRRIDE: a randomized controlled study of exercise intensity and amount*. Journal of Physiology. 99. 2005. p. 1613-1618.
- STROEBE, W.; STROEBE, M.S. - *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget. 1995.
- SVENSSON, S. [et al] - *Reasons for adherence with antihypertensive medication*. International Journal of Cardiology. Amsterdam. Vol. 76. 2000. p. 157-163.
- TAVEIRA, L.F.; Pierin, A.M.G. - *Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients?*. Revista Latino-Americana Enfermagem. 15(5). 2007. p. 929-935.
- TEIXEIRA, A.C.A. - *Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório*. Ceará. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. 1998.
- TEIXEIRA, J.A. - *Comunicação em saúde: relação entre técnicos de saúde-utentes*. Análise psicológica. 22(3). Setembro. 2004. p. 615-620.
- THOMPSON, P.D. [et al] - *Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition. Physical Activity and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology*. Circulation. 115. 2007. p. 2358-2368.
- THRALL, G. [et al] - *Compliance with pharmacological therapy in hypertension: can we do better and how?*. Journal of Human Hypertension. 18(9). September. 2004. p. 595-597.

- TOLJAMO, M.; Hentinen, M. - *Adherence to selfcare and social support*. Journal of Clinical Nursing. 10(5). September. 2001. p. 618-627.
- TOLONEN, H. [et al] - *WHO MONICA Project Prevalence, awareness and treatment of hypercholesterolaemia in 32 populations: results from the WHO MONICA Project*. Internal Journal Epidemiology. 34 (1). February. 2005. p. 181-192.
- TONSTAD, S.; Andrew Johnston, J. - *Cardiovascular risks associated with smoking: a review of clinicians*. European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation. 13(4). August. 2006. p. 507-514.
- TORALES, R.F.M. - *Hipertensión arterial*. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y control de enfermedades. México. 2006.
- TORRES, I.E.F. - *Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. *Avances en Enfermería*. 27(2). Julio-Dicembre. 2009. p. 25-32.
- TRINDADE, I.; Teixeira, J.A.C. - *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores. 2000.
- TURK, D.C.; Meichenbaum, D. - *Adherence to self-care regimens: the patient's perspective*. In: SWEET, J. [et al] - *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press. Cap. 15. 1991.
- UNGARI, A.Q. - *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Universidade de S. Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2007.
- VÁZQUEZ, A. M. [et al] - *Inflammatory markers of atherosclerosis are decreased after moderate consumption of cava (sparkling wine) in men with low cardiovascular risk*. Journal of Nutrition. 137. 2007. p. 2279-2284.
- VENTURA, A. - *Adesão à terapêutica antirretrovírica na infecção VIH/Sida: revisão de artigos publicados*. Arquivos de Medicina. 20 (1-2). 2006. p. 37-49.
- VERMEIRE, E. [et al] - *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 26(5). 2001. p. 331-342.
- VIK, S.; Maxwell, C.; Hogan, D. - *Measurement, correlates and health outcomes of medication adherence among seniors*. Ann Pharmacother. 38(2). 2004. p. 303-312.

- VLAGOPOULOS, P.T. [et al] - *Anemia as a risk factor for cardiovascular disease and allcause mortality in diabetes: the impact of chronic Kidney disease*. Journal of the American Society of Nephrology. 16. 2005. p. 3403-3410.
- VOLLMER, W.M. [et al] - *Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH - sodium trial*. Ann Internacional Medical. 135(12). December 18. 2001. p. 1019-1028.
- XIN, X. [et al] - *Effects of alcohol reduction on blood pressure: a metaanalysis of randomized controlled trials*. Hypertension. 38(5). 2001. p. 1112-1117.
- YARDLEY, L. [et al] - *Developing a dynamic model of treatment perceptions*. Journal of Health Psychology. 6(3). 2001. p. 269-281.
- YIANNAKOPOULOU, E.C. [et al] - *Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control*. European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation. 12. 2005. p. 243-249.
- WALLACE, J.P. [et al] - *The magnitude and duration of ambulatory blood pressure reduction following acute exercise*. Journal of Hypertension. 13(6). 1999. p. 361-366.
- WANG, C.; Abbott, J. - *Development of a community-based diabetes and hypertension preventive program*. Public Health Nursing. Cambridge. 15(6). 1998. p. 406-414.
- WANG, L. [et al] - *Self-care behaviour, hope and social support in taiwanese patients awaiting heart transplantation*. Journal of Psychosomatic Research. 61. 2006. p. 485-491.
- WANG, P. S. [et al] - *Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and phychosocial factors*. Journal General International Medical. 17. 2002. p. 504-511.
- WESSEL, T.R. [et al] - *Relationship of physical fitness versus body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women*. JAMA. 292(10). 2004. p. 1179-1187.
- WHELTON, S.P. [et al] - *Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials*. An International Medical. 136(7). 2002. p. 493-503.
- WILLIAMS, B. [et al] - *British Hypertension Society Guidelines for hypertension management*. British Medical Journal. 328 (7440). March 13. 2004. p. 634-640.

- WILLIAMS, M. [et al] - *Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients with 75 or more years of age)*. An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention. *Circulation*. 105. 2002. p. 1735-1743.
- WOLF- MAYER, K. [et al] - *Hypertension treatment and control in five european countries, Canada and the Unites States*. *Hypertension*. V.43. 2004. p. 10-17.
- WOLF, K.M. [et al] - *Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European Countries, Canada and the United States*. *JAMA*. 289(18). 2003. p. 2363-2369.
- WOLF, P.A. [et al] - *Cigarette smoking as a risk fator for stroke. The Framingham Study*. *JAMA*. 259(7). February. 1988. p. 1025-1029.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITTING GROUP - *World Health Organization/Internacional Society of Hypertension statement on management of Hypertension*. *Journal of Hypertension*. 21. 2003. p. 1983-1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Report on the Global tobacco epidemic: the Mcpower package*. Geneva: WHO. 2008c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Genebra: WHO. 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION -*Reducing risks promoting healthy life*. Geneva: WHO. Switzerland. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Internacional Society of Hypertension Writing Group, Statement on management of hypertension*. *Journal of Hypertension*. 21(11). 2003. p. 1983-1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Obesity Technical Report 894*. Geneva. Switzerland. 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Highlights on health in Portugal 2004*. Denmark. 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO. 2008a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *World Health Report: Primary health care: now more then ever*. Geneve: WHO. 2008b.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION- *Mortality by 67 causes of death, age and sex: supplement to the European Health for all database*. January. 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The world health report 2003: shaping the future*. Geneva: WHO. 2003a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009. ISBN 9789241563871.
- ZAGONEL, I.P.S. - *O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem*. [Em linha] Revista Latino-Americana Enfermagem. 7 (3). Julho. 1999. [Consult 26 Fev. 2011] Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

# **ANEXOS**

# **Anexo I**

Instrumento de colheita de dados

## Formulário

### Parte I – Dados Sócio-Demográficos e Antecedentes Pessoais

1. Idade:  (anos completos)
2. Sexo: Feminino \_0 Masculino \_1
3. Habilitações literárias:  (anos completos de escolaridade)
4. Situação profissional:
  - Trabalhador(a) activo(a) \_0
  - Desempregado(a) \_1
  - Reformado(a) / Inválido(a) \_2
  - Outra \_3
5. Profissão (actual ou anterior): \_\_\_\_\_
6. Componentes do agregado familiar:
  - Vive só \_0
  - Vive com o cônjuge / companheiro(a) \_1
  - Vive com a família restrita (pai, mãe e filhos) \_2
  - Vive com a família alargada \_3
  - Vive num lar \_4
  - Outro \_5
7. Há quantos anos sabe que é hipertenso?
8. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?
  - Sim \_1
  - Não \_0
  - Não sabe \_2
9. Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?
  - Sim \_1
  - Não \_0
  - 9.1. Qual? \_\_\_\_\_
10. Para além da hipertensão, sofre de alguma doença crónica para a qual necessite de tomar medicação regularmente e/ou alterar o seu estilo de vida?
  - Sim \_1
  - Não \_0
  - 10.1. Qual? \_\_\_\_\_
11. No último ano, quantas vezes foi à consulta de hipertensão (médica ou de enfermagem)?
12. No último ano, quantas vezes mediu a tensão arterial?  (por mês / por ano)
  - 12.1 Onde costuma medir a tensão arterial?
    - Centro de saúde \_0
    - Casa \_1
    - Casa + centro de saúde \_2
    - Outro \_3

## Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão

### Alimentação

13. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
13.1 Seguiu uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4	5
13.2 Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	5	4	3	2	1
13.3 Comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?	5	4	3	2	1
13.4 Comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)?	5	4	3	2	1
13.5 Seguiu uma dieta pobre em gorduras?	1	2	3	4	5
13.6 Comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?	5	4	3	2	1
13.7 Comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia?	1	2	3	4	5

14. Quando não seguiu a dieta recomendada pelo profissional de saúde, quais foram as principais razões?

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>
14.1 Comer dá-lhe prazer.		
14.2 Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde.		
14.3 Faz refeições fora de casa.		
14.4 A comida com pouco sal não fica apetitosa.		
14.5 Não é responsável pela confecção dos alimentos, pelo que se limita aos alimentos que lhe dão.		
14.6 A dieta recomendada é cara.		
14.7 Acha que é difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar.		
14.8 Cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes.		
14.9 Outra. Qual?		

### Exercício Físico

15. Durante as últimas quatro semanas:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
Quantas vezes por semana fez pelo menos 30 minutos de exercício físico seguido, como caminhar, correr ou andar de bicicleta?	1	2	3	4	5

16. Quando não fez exercício físico (ex. caminhar), quais foram as principais razões?

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>
16.1 Não gosta de fazer exercício físico.		
16.2 Tem algum problema de saúde que o(a) impede de fazer exercício físico.		
16.3 Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício físico sozinho(a).		

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>
16.4 Acha que fazer exercício não vai melhorar a sua saúde.		
16.5 Sente-se cansado.		
16.6 Outra. Qual?		

### Consumo de Álcool

17. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição?	5	4	3	2	1
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia?	5	4	3	2	1
17.2 Bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex. cerveja, brandy, bagaço, whisky, etc.)?	5	4	3	2	1

18. Quando não seguiu as recomendações do profissional de saúde, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quais foram as principais razões?

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>
18.1 Gosta de beber bebidas alcoólicas.		
18.2 Acha que beber menos quantidade de álcool não vai melhora a sua saúde.		
18.3 Acha que o álcool lhe dá mais força.		
18.4 Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas.		
18.5 Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas.		
18.6 Outra. Qual?		

### Hábitos Tabágicos

19. É fumador?

- Não e nunca fumou regularmente.  <sub>5</sub>
- Já foi fumador(a), mas deixou de fumar.  <sub>4</sub>
- Sim, mas não fuma todos os dias.  <sub>3</sub>
- Sim, regularmente (menos de 11 cigarros/dia)  <sub>2</sub>
- Sim, regularmente (11 ou mais cigarros/dia)  <sub>1</sub>

20. Em média, quantos cigarros fuma por dia? [ ] [ ]

21. Quando fuma, quais são as principais razões?

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>
21.1 Gosta de fumar.		
21.2 Acha que deixar de fumar não vai melhora a sua saúde.		
21.3 É difícil deixar de fumar.		
21.4 Fumar faz parte do convívio com os amigos.		
21.5 Outra. Qual?		



### Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão

27. Como parte do tratamento da hipertensão foi-lhe recomendado por algum profissional de saúde (enfermeiro, médico ou outro):

	Sim <sub>1</sub>	Não <sub>0</sub>	Não Aplicável <sub>2</sub>
27.1 Seguir uma dieta com pouco sal?			
27.2 Seguir uma dieta pobre em gorduras?			
27.3 Comer frutos e vegetais?			
27.4 Fazer exercício físico regularmente?			
27.5 Tomar a medicação prescrita?			
27.6 Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas?			
27.7 Deixar de fumar?			

### Parte IV – Conhecimentos sobre hipertensão

28. Com base nos conhecimentos que possui sobre hipertensão, responda às seguintes questões:

	Sim	Não	Não Sabe
28.1 Na maioria dos doentes, a causa da hipertensão é conhecida?	0	1	2
28.2 A hipertensão é uma doença para toda a vida?	1	0	2
28.3 Pode-se ter a tensão alta sem ter queixas?	1	0	2
28.4 Só se pode saber se a tensão está alta medindo-a?	1	0	2
28.5 O excesso de peso faz subir a tensão?	1	0	2
28.6 O sal faz subir a tensão?	1	0	2
28.7 O álcool faz subir a tensão?	1	0	2
28.8 Se os pais tiverem a tensão alta, os filhos têm mais possibilidades de a ter alta?	1	0	2
28.9 As pessoas com tensão alta devem fazer exercício físico vários dias por semana (ex. caminhar)?	1	0	2
28.10 Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	1	0	2
28.11 Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	1	0	2
28.12 Faz parte do tratamento da hipertensão, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	1	0	2
28.13 As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar?	1	0	2
28.14 Os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão?	0	1	2
28.15 Os medicamentos para a hipertensão devem ser tomados todos os dias?	1	0	2
28.16 Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender o tratamento?	0	1	2
28.17 Tomar os medicamentos para a hipertensão melhora a esperança de vida?	1	0	2
28.18 A hipertensão pode provocar ataque cardíaco?	1	0	2
28.19 A hipertensão pode provocar trombose?	1	0	2
28.20 A hipertensão pode provocar cegueira?	1	0	2
28.21 A hipertensão pode provocar doenças nos rins?	1	0	2

29. Sente que alguém o ajuda no tratamento que faz para a hipertensão?

Sim  <sub>1</sub>

Não  <sub>0</sub>

29.1. Quem? \_\_\_\_\_

## **Anexo II**

Operacionalização das variáveis do  
instrumento de colheita de dados

## **A - Dados sociodemográficos e antecedentes pessoais**

A primeira parte do instrumento foi construída por Sousa (2005) com o intuito de fornecer informação para a caracterização sociodemográfica da amostra, bem como, os antecedentes pessoais dos participantes.

### **→ Idade**

A variável idade foi classificada em 6 intervalos de classe de 10 em 10 anos a partir dos 35 anos.

### **→ Sexo**

Esta variável dicotômica foi classificada com base no sexo: feminino ou masculino.

### **→ Habilitações literárias**

Os participantes foram questionados quanto ao número de anos de escolaridade concluídos à data da entrevista.

### **→ Situação profissional**

A situação profissional foi classificada em 4 grupos: “*trabalhador(a) ativo (a)*” - incluía os sujeitos que se encontrassem a exercer uma atividade profissional remunerada; “*desempregado*” - sujeito que no momento da entrevista não exercia qualquer atividade profissional, apesar de estar habilitado para o trabalho; “*reformado ou inválido*” - sujeito que, por limite de idade ou por incapacidade permanente para o trabalho já não exercia a sua atividade profissional e “*outro*” - como possibilidade de resposta.

### **→ Profissão atual ou anterior**

A variável profissão foi codificada em nove grandes grupos profissionais, segundo a Classificação Nacional das Profissões - versão 1994 (Instituto do Emprego e da Formação Profissional, 2001):

- Grupo 1- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadro superiores de empresa;
- Grupo 2- Especialistas das profissões intelectuais e científicas;
- Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio;
- Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares;
- Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores;
- Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;
- Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares;
- Grupo 8 - Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados;

Para efeitos deste estudo, Sousa (2005) considerou as domésticas como sujeitos que não estavam inseridos em nenhuma atividade profissional.

#### → Componentes do agregado familiar

No que concerne a esta variável, Sousa (2005) classificou a família em vários grupos: unitário, nuclear sem filhos, nuclear com filhos, alargada e outra. Entende-se por família unitária a que é constituída por uma única pessoa “*vive só*”; por família unitária sem filhos, a que é constituída por uma só união entre adultos “*vive com o cônjuge/companheiro*”; por família unitária com filhos, aquela com uma só união entre adultos e um só nível de descendência “*vive com a família restrita, pai, mãe e filhos*”; por família alargada, aquela que é caracterizada pela presença de várias gerações “*vive com a família alargada*”. A autora acrescentou mais duas classes de respostas: “*outra*” e “*vive num lar*” de forma a contemplar todas as possibilidades.

#### → Tempo de doença

Os participantes foram questionados sobre há quantos anos possuíam a doença.

→ **História familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos)**

Os participantes foram questionados sobre se os pais ou irmãos apresentavam a doença. As possibilidades de resposta foram: “*sim*”, “*não*” e “*não sei*”.

→ **Coabitar com pessoas com hipertensão**

Trata-se de uma variável dicotômica, cuja resposta foi “*sim*”, “*não*”, que se pretendeu obter informação sobre se na mesma residência viviam mais pessoas com a doença.

→ **Problemas de saúde crónicos**

Esta variável foi definida com a presença de outros problemas de saúde crónicos no mesmo sujeito.

→ **Número de consultas de HTA no último ano**

Com esta questão interrogamos os participantes acerca do número de vezes que, no último ano, tinham ido ao Centro de Saúde/Hospital para a consulta de hipertensão arterial médica ou de enfermagem.

→ **Periodicidade de monitorização da PA no último ano**

Os participantes foram questionados acerca do número de vezes de monitorização da PA, no último ano.

→ **Local de monitorização da PA**

No que respeita ao local de monitorização da PA, Sousa (2005) classificou a variável em cinco classes: “*centro de saúde*”, “*casa*”, “*farmácia*”, “*hospital*” ou “*outro*”, permitindo mais do que uma possibilidade de resposta.

→ **Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento**

Relativamente a cada dimensão do regime terapêutico, Sousa (2005) elaborou uma questão, com o objetivo de averiguar se o cumprimento do tratamento se constituía como uma dificuldade. As possibilidades de resposta foram “*sim*”, “*não*” e “*não aplicável*”.

→ **Apoio de pessoas significativas**

Trata-se de uma variável dicotômica “sim”, “não”, em que a questão colocada aos participantes foi se sentiam que alguém os ajudava no tratamento que necessitavam de efetuar para o tratamento da doença.

**B - Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão e causas da não adesão**

A segunda parte do instrumento visava avaliar a adesão ao regime terapêutico e as razões da não adesão reportando-se aos comportamentos realizados na última semana (nos últimos sete dias).

Este horizonte temporal foi definido por Sousa (2005) uma vez que períodos de tempo superiores poderiam pôr em causa a precisão das respostas, devido à dificuldade em recordar esses acontecimentos passados (Perry [et al] (1998); Burke (2005), citados por Sousa (2005)).

Com o intuito de explorar a realidade em estudo Sousa (2005) definiu como variáveis principais:

→ **Adesão ao regime terapêutico**

Um dos objetivos do estudo consiste em avaliar a adesão ao regime terapêutico. Para atingir este objetivo, Sousa (2005) reportou-se às recomendações das organizações nacionais e internacionais que preconizam que o regime terapêutico da pessoa com HTA inclui tratamento farmacológico e modificações dos estilos de vida. Neste sentido, esta variável inclui as cinco dimensões do tratamento: alimentação, atividade física, consumo de álcool, hábitos tabágicos e medicação.

Para cada dimensão, de acordo com o instrumento utilizado, foram efetuadas perguntas fechadas para identificar comportamentos na última semana, medidos através de uma escala tipo *Likert* com cinco itens (“nunca”, “raramente”, “às

vezes”, “habitualmente” e “sempre”), cujos scores vão do 1 (nunca) até ao 5 (sempre), em que um é o comportamento menos desejável e o cinco o mais desejável.

O número de questões foi adequado à complexidade da dimensão a avaliar, do que resultaram sete itens na dimensão alimentação, um item na atividade física, dois itens no consumo de álcool, um item nos hábitos tabágicos e um item na medicação. Deste modo, a escala de adesão ao regime terapêutico foi composta por um total de doze itens distribuídos por estas cinco dimensões. O grau de adesão ao regime terapêutico corresponde à média dos scores obtidos no conjunto de itens respondidos.

#### → Adesão à alimentação

Esta variável incluiu sete itens que pretendiam obter informação relativamente a três aspetos dos hábitos alimentares: consumo de sal, consumo de gorduras e consumo de frutas e vegetais. Cada item foi medido através de uma escala tipo *Likert* com cinco pontos. O score da adesão à alimentação é a média dos scores obtidos no conjunto de itens respondidos nesta dimensão.

#### → Adesão ao exercício físico

A adesão ao exercício físico incluiu uma questão acerca da atividade física desenvolvida pelos participantes na última semana. Esta variável foi medida por uma escala tipo *Likert* com 5 pontos. Uma vez que se trata de uma variável ordinal, a adesão a esta componente do tratamento corresponde ao valor da mediana.

#### → Adesão à restrição de álcool

Para avaliar o grau de adesão ao uso de álcool, Sousa (2005) elaborou duas questões acerca do consumo de bebidas alcoólicas às principais refeições e fora das refeições. Contudo, e uma vez que as recomendações diferem consoante o sexo das pessoas, Sousa (2005) enunciou duas questões com a mesma

numeração para o consumo de álcool às principais refeições. Para os participantes do sexo feminino, a questão foi para obter informações quanto à ingestão de álcool por dia enquanto para os participantes do sexo masculino, a mesma questão foi direcionada por refeição. A outra questão enunciada foi a mesma para ambos os sexos quanto aos hábitos alcoólicos fora das refeições. O *score* de adesão a esta componente do tratamento corresponde à média dos valores preenchidos nestas duas variáveis.

→ **Adesão à cessação do tabaco**

No que concerne aos hábitos tabágicos, Sousa (2005) considerou um item, uma vez que as recomendações são no sentido da cessação do seu consumo. A adesão a esta componente do regime terapêutico também foi medida através de uma escala tipo *Likert*, pelo que o grau de adesão corresponde ao valor da mediana.

→ **Adesão à medicação**

Relativamente à medicação, Sousa (2005) contemplou o início da prescrição, o número de tomas diárias, o número de comprimidos em cada toma e a adesão à prescrição. A adesão à medicação foi medida através de uma única questão elaborada com o intuito de se saber se os medicamentos haviam sido tomados conforme indicação médica. Tal como as outras variáveis ordinais, o grau de adesão corresponde ao valor da mediana.

→ **Razões de não adesão ao regime terapêutico**

Para identificar as razões da não adesão ao regime terapêutico, Sousa (2005) enunciou um conjunto de questões referentes a cada uma das dimensões do tratamento: alimentação, exercício físico, uso de álcool, uso de tabaco e medicação. Cada questão foi operacionalizada numa resposta dicotómica: “*sim*”, “*não*”.

Relativamente aos itens enunciados como causas de não adesão a estilos de vida saudáveis, a opção de Sousa (2005) recaiu sobre justificações abordadas na bibliografia consultada e sobre aspetos pertinentes considerados em outros estudos, cujos objetivos se centravam na identificação de determinantes que condicionavam a adesão a estes aspetos do tratamento (Youssef & Moubarak (2002), citado por Sousa (2005)). No que concerne às razões da não adesão ao tratamento farmacológico, Sousa (2005) enunciou vários itens que abrangem aspetos contemplados na literatura acerca dos fatores envolvidos na não adesão, bem como causas estudadas em outros estudos (Andrade [et al], 2002; Silva, 2002; Li [et al], 2003).

Importa realçar que Sousa (2005) utilizou sempre o mesmo critério no preenchimento do formulário, isto é, perante situações em que o *score*, que dá resposta às questões sobre as várias dimensões da adesão, foi inferior a cinco (este valor corresponde ao comportamento mais desejável), os participantes foram questionados sobre as causas desse comportamento. Cada participante foi então sujeito a um conjunto de questões, no sentido de identificar se esse aspeto contribuiu para a não adoção desse comportamento.

Em virtude desta ser uma variável dicotómica, ou seja, o motivo apontado ou foi ou não foi responsável pelo comportamento, as opções de resposta foram “*sim*” e “*não*”. A autora, Sousa (2005), consciente da probabilidade de existirem outros fatores implicados na decisão de não aderir, elaborou uma questão aberta que permitisse aos participantes a possibilidade de outras respostas “*outra - qual?*”.

Este critério foi aplicado em todas as dimensões do domínio a avaliar, à exceção dos hábitos tabágicos devido ao facto da comunidade científica recomendar a cessação do hábito, por isso, as questões relativas às causas da não adesão só se colocaram quando o *score* foi inferior a quatro.

### **C- Recomendações para o tratamento de hipertensão arterial**

A terceira parte do instrumento foi construída por Sousa (2005), com o intuito de saber se na interação estabelecida entre profissional de saúde/doente foram transmitidas informações a este último, relativamente às recomendações para o controlo da HTA. Desta forma, a autora pretendeu verificar possíveis associações entre ter sido informado sobre o regime terapêutico e a adesão ao mesmo. As questões que foram elaboradas acerca das diferentes recomendações terapêuticas para o controlo da sua doença foram codificadas em respostas dicotómicas: “*sim*” e “*não*”.

Considerou como “*não aplicável*” três situações possíveis: ter referido não consumir bebidas alcoólicas, não fumar e não tomar medicação antihipertensora.

### **D- Conhecimentos sobre hipertensão arterial**

Para avaliar o nível de conhecimentos sobre a doença, Sousa (2005) enunciou um conjunto de vinte e uma questões acerca da HTA, divididas em cinco dimensões: duração e etiologia (dois itens); manifestações clínicas (dois itens); fatores de risco (quatro itens); tratamento (nove itens) e consequências (quatro itens).

Para cada pergunta formulada, existirá três possibilidades de resposta: “*sim*”, “*não*” e “*não sei*”. Estas três possibilidades de resposta permitem identificar os conhecimentos corretos, os conceitos errados e os desconhecimentos em aspetos relacionados com a doença. As questões foram codificadas em respostas corretas (2) e respostas erradas (1), tratando-se portanto de uma variável nominal.

## **Anexo III**

Autorização da autora que elaborou o  
instrumento de colheita de dados

## Declaração

Inês Maria da Cruz Sousa, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sendo autora de um Instrumento de Recolha de Dados, desenvolvido em 2005 no âmbito da sua dissertação de mestrado, declara que autoriza que Elizabeth da Conceição Leite da Costa o utilize no seu projecto de investigação em curso, designado "Adesão do regime terapêutico das pessoas com hipertensão arterial".

Porto, 15 de Dezembro de 2010

Inês Maria da Cruz Sousa

## **Anexo IV**

Autorização da Comissão de Ética para a  
Saúde do Hospital S. João

# CES

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Elizabeth da Conceição Leite da Costa,  
na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste  
questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações  
constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989,  
Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à  
experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 31 Dezembro 2010.

28 de Janeiro de 2011

A Comissão de Ética para a Saúde tendo  
aprovado o parecer do Relator, aguarda  
que o Investigador/Promotor esclareça as  
questões nele enunciadas para que possa  
emitir parecer definitivo.

Elizabeth da Conceição Leite da Costa

O Investigador Principal

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

### PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

25 / Jan / 2011

Considerando o parecer do Relator  
e o relatório em anexo  
aprova

A Comissão de Ética para a Saúde  
APROVA por unanimidade o parecer do  
Relator, pelo que nada tem a opor à  
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

## **Anexo V**

Autorização dos diretores de serviço da  
Medicina Interna e consulta de Hipertensão  
Arterial do Hospital S. João

Exm ° Senhor  
Director de Serviço  
de Medicina do  
Hospital de S. João

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Elizabeth da Conceição Leite da Costa

**Título do Projecto de Investigação:** Adesão ao regime terapêutico em pessoas hipertensas

Pretendo realizar na Consulta de Hipertensão do Hospital de S.João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V.Exa., na qualidade de Director de Serviço de Medicina, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexo um exemplar do instrumento de dados que pretendo utilizar durante o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

*Elizabeth da Conceição Leite da Costa*

Porto, 22/ Novembro /2010

*Até hoje a realizar  
no Serviço de Medicina Interna*

*[Handwritten signature]*

*25.11.2010*

Director do Serviço  
de Medicina Interna

## DECLARAÇÃO

Identificação do Investigador Principal:

Elizabeth da Conceição Leite da Costa

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Hospital S.João

Título do Estudo/Projecto de Investigação:

Adesão ao regime terapêutico em pessoas hipertensas

Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projecto de Investigação:

Consulta de Hipertensão do Hospital S.João

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é MARIA JOÃO LIMA, o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 26/ 11/ 2010

Profissional do Serviço

Maria João Lima  
MEDICINA INTERNA  
33323

*M. João Lima*

26.11.2010

Investigador(a) Principal

*Elizabeth da Conceição Leite da Costa*

## **Anexo VI**

Autorização do Conselho de Administração do  
Hospital S. João



Hospital São João  
Paulo Bettencourt  
Adjunto de Direcção Clínica

A Direcção Clínica  
28/2/2011

27/11

*de CT em favor  
partido de DC -*  
*OP*

Exma. Sra.  
Dra. Margarida Tavares  
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

<b>AUTORIZADO</b>		
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		REUNIÃO DE 17 MAR 2011
Prof. Doutor António Ferreira		
<i>AK</i> Presidente do Conselho de Administração		
Dr. João Oliveira	Dra. Margarida Tavares	Enfermeira Euráze Fortes
<i>J</i> Administrador Executivo	<i>L</i> Directora Clínica	<i>MU</i> Enfermeira Directora

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

**Projecto de Investigação** – “Adesão ao regime terapêutico em pessoas hipertensas”

**Investigadora Principal:** Enf.<sup>a</sup> Elisabeth Costa

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 25 de Fevereiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

*Pedro Brito*

Dr. Pedro Brito

# **Anexo VII**

## **Consentimento Informado**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação subordinado ao tema “Adesão ao regime terapêutico em pessoas hipertensas”.

Este trabalho tem como objectivo principal avaliar os factores que interferem na adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial.

O trabalho só é possível com a sua participação. A sua participação é voluntária. A sua recusa em participar não terá qualquer influência no atendimento nesta instituição. Os dados colhidos pela investigadora são confidenciais e anónimos.

Mais se informa que se estiver interessado em conhecer os resultados do presente estudo, deverá contactar a investigadora a partir de Setembro de 2011.

Com os melhores cumprimentos,  
Elizabeth da Conceição Leite da Costa  
[eclcosta@hotmail.com](mailto:eclcosta@hotmail.com)

## **Consentimento informado**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que, após ter lido e compreendido completamente as informações sobre o projecto de pesquisa e após ter sido convenientemente esclarecido pela investigadora sem sofrer nenhum tipo de pressão para isso, concordo em participar nesta pesquisa de maneira voluntária, estando garantido a minha interrupção a qualquer momento que julgar necessário sem nenhuma penalidade ou modificação do atendimento que sempre tive neste hospital.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do doente)