

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Mestre não é aquele que aprendeu a ensinar,
mas aquele que ensina a aprender.”

Marcelo Soriano

Agradecimentos

À Professora Doutora Cláudia Chaves, na qualidade de orientadora, a minha gratidão pela disponibilidade, empenho, incentivo, paciência, ensinamentos preciosos, orientação, rigor crítico e sobretudo por ter acreditado que eu seria capaz de realizar este estudo.

Ao Professor Doutor João Duarte pela coorientação nesta dissertação. Agradeço a pertinência das críticas e, em especial, o imenso tempo despendido na análise dos dados.

À Câmara Municipal de Castro Daire, pela autorização da recolha de dados e, também pela reestruturação do horário de funcionamento da Unidade Móvel de Saúde, permitindo a minha frequência no curso de mestrado.

A todos os utentes da Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire que acederem participar neste estudo.

À minha família, em especial o meu marido (Joel Condeço), pais (Fortunato Marques e Maria da Luz Marques) e sogra (Ida Condeço) pelo seu contributo e apoio incondicional; e pela ausência ao longo destes dois anos, o meu muito obrigada!

Um agradecimento especial à minha amiga e colega de curso Rosa Gomes pela colaboração, pelo incentivo e pelas palavras de coragem, nomeadamente nos momentos em que o desânimo ameaçava.

A todos, e mais uma vez ... o meu muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A gestão da doença, designadamente da hipertensão arterial (HTA) através do apoio à auto-gestão, aconselhamento motivacional, acesso à informação resultam em maior adesão terapêutica.

Objetivos: Identificar os fatores que determinam a adesão ao tratamento na pessoa com HTA numa amostra comunitária.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo-correlacional, com amostra de 235 hipertensos (63,8% do género feminino), idade média $75 \pm 8,14$ anos, 62,6% casados e a maioria com o 1.º ciclo de escolaridade. Recorremos ao questionário com variáveis sociodemográficas, dietéticas, clínicas, motivacionais, relacionadas com os profissionais e serviços de saúde, Escala de Apgar Familiar, Questionário de Dependência Alcoólica, Questionário Internacional de Atividade Física, Questionário de Determinação da Saúde Nutricional, Escala de Autocuidado com a Hipertensão, Questionário de Crenças Sobre a Doença, Escala de Crenças Acerca dos Medicamentos, Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde, Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, Questionário de Autorregulação, Escala de Competência Percebida e Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos para colheita de dados.

Resultados: A pressão arterial estava controlada em 34,5% da amostra, 28,2% homens e 38% mulheres. A MAT revelou um mínimo de 3,86 e um máximo de 6 com uma média de $5,66 \pm 0,49$. As variáveis preditoras da adesão foram: controlo pessoal ($p=0,005$), identidade ($p=0,000$), ambiente terapêutico ($p=0,001$), alimentação geral ($p=0,041$), atividade física ($p=0,007$) e toma de medicamentos ($p=0,000$).

Conclusões: Compreender os fatores envolvidos na gestão do tratamento permite perceber como podem os enfermeiros contribuir para melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, gestão da doença crónica, adesão ao tratamento e adultos.

Abstract

Background: The management of the disease, including high blood pressure (HTA) by supporting self-management, motivational counseling, access to information results in increased adherence.

Objectives: To identify the factors that determine adherence to treatment in people with hypertension in a community sample.

Methods: Cross-sectional study, descriptive and correlational, with a sample of 235 hypertensive patients (63.8% of females), mean age 75 ± 8.14 years, 62.6% were married and most with the 1st cycle of schooling. We used the questionnaire with sociodemographic, dietary, clinical, motivational, related professionals and health services, Apgar Family Scale Dependence Questionnaire Alcohol, International Physical Activity Questionnaire, Determination Questionnaire of Nutritional Health, Self Care Scale with hypertension, Beliefs Questionnaire About Illness Beliefs Scale About Drugs, the Users Satisfaction Scale with Nursing Care in Mobile Health Unit, abbreviated Questionnaire Customer Perception of Therapeutic Environment, Self-Regulation Questionnaire, Skill Range perceived and Adhesion Measurement Scale to treatments for data collection.

Results: Blood pressure was controlled in 34.5% of the sample, 28.2% men and 38% women. The MAT revealed a minimum of 3.86 and a maximum of 6 with an average of 5.66 ± 0.49 . Predictors of adherence were: personal control ($p=0.005$), identity ($p=0.000$), therapeutic environment ($p=0.001$), general supply ($p=0.041$), physical activity ($p=0.007$) and take drugs ($p=0.000$).

Conclusions: Understanding the factors involved in treatment management allows us to see how can nurses help to improve adherence to treatment regimen.

Key-words: Arterial hypertension, chronic disease management, adherence to treatment and adults.

Índice

Pensamento	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Índice	XI
Índice de quadros	XIII
Índice de figuras	XV
Índice de tabelas	XVII
Siglas	XIX
Abreviaturas	XXI

Índice

1. Nota Introdutória	23
2. Metodologia	29
2.1. Métodos.....	29
2.2. Participantes.....	34
2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	35
2.3. Instrumentos.....	37
2.3.1. Variáveis sócio-demográficas e de contexto familiar	37
2.3.2. Variáveis relacionadas com os estilos de vida	38
2.3.3. Variáveis clínicas e contextuais à doença	40
2.3.4. Variáveis relacionadas com os profissionais e serviços de saúde	46
2.3.5. Variáveis contextuais à medicação	48
2.3.6. Variáveis motivacionais	52
2.3.7. Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos	64
2.4. Procedimentos.....	66
2.5. Análise de dados.....	66
3. Artigos	69
3.1. Artigo 1 - Características sociodemográficas e familiares na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade.....	71
3.2. Artigo 2 - Estilos de vida e adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão em contexto comunitário.....	87
3.3. Artigo 3 - Contexto clínico e adesão ao tratamento em hipertensos.....	105
3.4. Artigo 4 - Influência dos profissionais e serviços de saúde na adesão ao tratamento em hipertensos.....	127
3.5. Artigo 5 - Fatores motivacionais na adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão arterial	143
4 – Conclusões gerais	155
Referências Bibliográficas	159
Anexo I: Protocolo de Instrumentos de Avaliação	
Anexo II: Solicitação de Autorização para uso dos instrumentos de colheita de dados	
Anexo III: Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados	
Anexo IV: Autorização para efetuar colheita de dados na Câmara Municipal de Castro Daire (Unidade Móvel de Saúde)	

Índice de Quadros

Quadro 1-	Cálculo do gasto energético	39
-----------	-----------------------------------	----

Índice de Figuras

Figura 1 –	Desenho de investigação	33
Figura 2 –	Classificação da hipertensão arterial.....	42
Figura 3 -	Modelo inicial com todos os itens da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos..	51
Figura 4 -	Modelo final simplificado da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos.....	52
Figura 5 -	Modelo inicial do Questionário abreviado da Percepção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico.....	54
Figura 6 -	Modelo com índices de modificação do Questionário abreviado da Percepção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico.....	55
Figura 7 -	Modelo final ajustado do Questionário abreviado da Percepção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico.....	56
Figura 8 -	Modelo inicial com os 15 itens do Questionário de Autorregulação.....	59
Figura 9 -	Modelo final do Questionário de Autorregulação.....	60
Figura 10 -	Modelo final da Escala de Competência Percebida.....	64
Figura 11 -	Modelo final da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos.....	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 –	Estatísticas relativas à idade.....	35
Tabela 2 –	Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	37
Tabela 3 –	Classificação do IMC.....	41
Tabela 4 –	Risco metabólico associado ao perímetro de cintura.....	41
Tabela 5 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global do Questionário de Crenças Sobre a Doença.....	46
Tabela 6 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde.....	48
Tabela 7 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global Escala de Crenças acerca dos Medicamentos.....	50
Tabela 8 –	Trajatórias, rácios críticos e coeficientes lambda da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos.....	50
Tabela 9 –	Validade convergente /divergente da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos....	52
Tabela 10 –	Estatísticas e consistência interna dos itens relativos ao Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico.....	53
Tabela 11 –	Trajatórias, rácios críticos e coeficientes lambda do questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico.....	54
Tabela 12 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global do Questionário de Autorregulação.....	57
Tabela 13 –	Trajatórias, rácios críticos e coeficientes lambda do Questionário de Autorregulação...	58
Tabela 14 –	Fiabilidade compósita e Variância extraída Média do Questionário de Autorregulação..	60
Tabela 15 –	Consistência interna do Questionário de Autorregulação.....	61
Tabela 16 –	Ordenações dos itens por fator do Questionário de Autorregulação.....	61
Tabela 17 -	Matriz de correlação de Pearson entre os factores do Questionário de Autorregulação e o valor global.....	62
Tabela 18 –	Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da Escala de Competência Percebida.....	63
Tabela 19 –	Trajatórias, rácios críticos e coeficientes lambda da Escala de Competência Percebida.....	63
Tabela 20 –	Consistência interna da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos	65

Siglas

AMOS - Analysis of Moment Structures

ANOVA - Análise de variância a um fator

CAGE - Questionário de Dependência Alcoólica

DGS – Direção Geral de Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

KW – Teste de Kruskall Wallis

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PC- Perímetro de cintura

PHYSA - Portuguese Hypertension and Salt Study

QCF - Escala de crenças acerca dos medicamentos

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Cuidados de Saúde Personalizados

UMS - Unidade Móvel de Saúde

UMW - Teste de U Mann Whitney

USF - Unidade de Saúde Familiar

Abreviaturas

% - Percentagem

AFC - Análise fatorial confirmatória

AFE - Análise fatorial exploratória

C.R. – Rácios críticos

C.V. – Coeficiente de variação

cf. – Confronte com, confira

CFI - Comparative Fit Index

cm – centímetro

D.P. – Desvio Padrão

FC- Fiabilidade compósita

Fem. - Feminino

g – gramas

GFI - Goodness of Fit Índice

K - Kurtosis

K/S - Kolmogorod-Smirnov

Kg – quilograma

M – Média

m - metro

m²- metro quadrado

Masc. – Masculino

Máx. – Máximo

MET - Metabolic Equivalent of Task

Min. – Mínimo

Min. - Minuto

MLE - Maximum-Likelihood Estimation

N – Número de elementos

p – nível de significância

R² – Correlação de Pearson

RMR - Root mean square residual

RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation

Sem. – Semana

Sk – Skewness

SRMR - Standardized root mean square residual

VD - Validade discriminante

VEM - Variância extraída média

vs. - Versus

α – Alfa

δ - Fiabilidade individual

λ - Lambda

χ^2/gl - Razão entre qui quadrado e graus de liberdade

1. Nota Introdutória

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. O pensamento crítico em enfermagem tendo por base a evidência científica potencia novas estratégias conduzindo a um domínio de uma prática clínica de elevada qualidade (Benner, Hughes, & Sutphen, 2008). A Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Investigação em enfermagem é um interrogar constante com o objectivo de acrescentar novos conhecimentos favorecendo indivíduos, famílias e comunidades. No processo de investigação em enfermagem aplicam-se metodologias científicas com o intuito de adquirir conhecimento próprio, responder a inquietações ou resolver problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2006; International Council of Nurses, 2009; Webb, 2011).

Sendo tão pertinente a investigação em enfermagem, o tema escolhido para esta dissertação de Mestrado é “A gestão da pessoa com hipertensão arterial na Unidade Móvel de Saúde (UMS)”. A hipertensão arterial (HTA), no contexto atual, é considerada como uma crise de saúde pública mundial, sendo uma doença que mata em silêncio, devendo ser estudada e analisada, e por isto, um tema de extrema importância (World Health Organization, 2013). A gestão da doença crónica foca-se na participação e capacitação dos clientes, conducentes à promoção da auto-gestão e auto-cuidado, alteração dos estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos. A gestão da doença nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e acesso à informação, grupos de apoio e de auto-ajuda, assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do cliente e ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2015). O gestor de caso funciona como o elemento que coopera para o desenvolvimento e eficácia do processo de cuidados, com a finalidade de mais e melhores resultados. Os enfermeiros como gestores de caso valorizam o desenvolvimento de relações de confiança mútua, através da compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promovem o autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis de modo a maximizar a qualidade em cuidados de saúde (Almeida & Amendoeira, 2015).

A inovação desta investigação é o estudo da pessoa hipertensa em consulta de enfermagem na unidade móvel de saúde num concelho do distrito de Viseu. Existem inúmeras publicações sobre o tema, em cuidados de saúde primários (Ferreira, Graça & Calvinho, 2016; Polónia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014; Macedo & Ferreira, 2013; Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2009; Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007) mas não na comunidade, especificamente com intervenção de enfermagem no âmbito da unidade móvel de saúde. Neste caso é o serviço de saúde (UMS) no máximo exponencial de acessibilidade: encontra os clientes no seu contexto geodemográfico, cultural, social e familiar e não os clientes que recorrem aos serviços de saúde. A intervenção de enfermagem na comunidade centra-se na pessoa com todas as dimensões utilizando estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença nos seus diferentes níveis. Segundo o Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (p. 8667) a enfermagem comunitária e de saúde pública:

Desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. (...) A emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde (...) Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. (...) Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados (...) Assim, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.”

Compreender os fatores envolvidos na gestão do tratamento permite perceber como podem os enfermeiros contribuir para melhorar a adesão ao regime terapêutico. A natureza da relação do cuidar constitui um momento ímpar dos enfermeiros, para monitorizar a adesão e desenvolver estratégias que permitam às pessoas integrar cuidados promotores da saúde na vida diária, contribuindo para o desenvolvimento, manutenção e ganho em qualidade vida. Apenas conhecendo a

realidade podemos intervir de forma mais proficiente, de modo a garantir os melhores cuidados e esperando uma melhor resposta.

A HTA é caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, relacionados com alterações hormonais e do metabolismo, sendo ao mesmo tempo uma doença crónica e um fator de risco para as doenças cardiovasculares (Figueiredo & Asakura, 2010). As doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte responsável por 32% do total dos óbitos (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013). Assim, a elevada incidência/prevalência e mortalidade por doença cardiovascular prevê a urgente necessidade de alterar a intervenção dos profissionais de saúde, designadamente dos enfermeiros, sustentada pelas alterações demográficas, pelo envelhecimento da população e pela alteração da dinâmica familiar.

Neste contexto, a patologia cardiovascular é uma das áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. A elevada prevalência de fatores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a HTA e a hipercolesterolemia relacionada com o tabagismo, o sedentarismo e alimentação, impõem que seja dada especial atenção à prevenção, bem como à adoção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair essas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

A HTA necessita de terapêutica e vigilância continuada, sendo importante não esquecer que a descontinuação da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013). Segundo a OMS, HTA define-se com valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e de pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg em adultos (≥ 18 anos) (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, Böhm, & Zannad, 2013; World Health Organization, 2013).

Em Portugal, um estudo realizado entre 2011 e 2012, designado de *Portuguese Hypertension and Salt Study* (PHYSA) com uma amostra de 3720 indivíduos portugueses mostrou uma prevalência de HTA de 42,2%, superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014). No ano de 2014 a OMS estimou, para Portugal, uma prevalência de HTA de 29,0%, sendo esta de 31,8% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino (World Health Organization, 2014).

O grande obstáculo para o controlo da pressão arterial é a não adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública (World Health Organization, 2013). A adesão corresponde, deste modo, ao grau de concordância entre as recomendações do

profissional de saúde ou prestador de cuidados e o comportamento do indivíduo frente ao regime terapêutico. As mudanças de comportamento necessárias para o controlo da pressão arterial são um desafio para as pessoas com HTA e serviços de saúde (Giroto, Andrade, Cabrera & Matsuo, 2013). São vários os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, referidos por Lima, Meiners e Soler (2010): os intrínsecos ao cliente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); os relacionados com a doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); as crenças de saúde (perceção da gravidade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima), os relacionados com o tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos secundários, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados com os serviços de saúde (políticas de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera ou tempo de atendimento) e o relacionamento com a equipa de saúde (confiança, relação empática, privacidade e sigilo). Melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e situações agudas da doença, proporcionando melhor qualidade de vida.

A HTA não tem cura, contudo, e como doença crónica, na maioria dos casos é controlável. A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e a deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doenças cardiovasculares (Ribeiro, 2013). Assim, o controlo da HTA tem como base a intervenção farmacológica, a adoção de cuidados dietéticos e a prática de atividade física; sendo que a escolha inicial deve incidir sobre a alteração de comportamentos de risco (Ferreira, Graça & Calvino, 2016). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) as medidas de estilo de vida recomendadas e que mostraram ser eficazes na redução da pressão arterial são: a restrição de sal com uma redução para cerca de 5 gramas (g)/dia; a moderação do consumo de álcool - o consumo diário não deve exceder as 20-30g para os homens e as 10-20g para as mulheres; o elevado consumo de legumes e frutas (300-400 g/dia), consumo de produtos láteos com baixo teor de gordura, fibras alimentares solúveis dietéticas, grãos integrais, proteínas de fontes vegetais, frutos frescos, a dieta mediterrânica e o consumo de peixe pelo menos duas vezes por semana; a redução de peso nas pessoas obesas e com excesso de peso ou a manutenção de um peso corporal saudável, índice de massa corporal (IMC) $<25 \text{ kg/m}^2$ e circunferência da cintura inferior a 102 centímetros (cm) para homens e inferior a 88 cm para mulheres; O exercício físico regular, prática de pelo menos 30 minutos de exercício aeróbico dinâmico de intensidade moderada (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) em cinco a sete dias por semana; Assim como a insistência na interrupção do hábito de fumar, com o objetivo de minimizar o risco cardiovascular. Na escolha da terapêutica

farmacológica anti-hipertensora deve ter-se em conta a implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas; a idade; lesões coexistentes nos órgãos-alvo; fatores de risco cardiovasculares concomitantes; doenças e condições clínicas associadas; indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos; condicionalismos da adesão à terapêutica e fatores económicos associados (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013).

As múltiplas dimensões envolvidas na adesão ao regime terapêutico permitem reconhecer que o acompanhamento regular das pessoas com HTA, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, constituem um dos grandes desafios para a equipa de saúde e, principalmente para a enfermagem. A consulta de enfermagem representa um importante momento de estímulo para a adesão ao tratamento, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações e os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança. Ao compreender estas razões, o enfermeiro pode ajudar a descobrir os potenciais benefícios da mudança de estilo de vida sob o ponto de vista do cliente, o que possibilita um compromisso com o cliente de metas e planos de como seguir o tratamento (Fava, Teraoka, Oliveira, Calixto, Eid & Veiga, 2014). Deste modo, o enfermeiro é detentor de um reportório de competências científicas, técnicas e humanas, que se articulam entre si, permitindo-lhe capacitar e empoderar os indivíduos para o tratamento da HTA.

Relativamente à comunidade em estudo, referir que o concelho de Castro Daire se situa na região Centro, no distrito de Viseu, inserido na sub-região Dão-Lafões. Do ponto de vista demográfico, de acordo com os Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE), Castro Daire possui 15.339 habitantes, dos quais, 48,05% são homens e 51,95% mulheres. Relativamente à distribuição por grupos etários, dos 0 – 14 anos: 13,24%; 15 – 24 anos: 10,65%; 25 – 64 anos: 48,95% e com 65 ou mais anos: 27,16% (INE, 2012). Tendo em conta o Diagnóstico Social do Município de Castro Daire (2014) existem alguns aspetos sociodemográficos a reter, nomeadamente diminuição populacional constante e conseqüente desertificação populacional de algumas aldeias, principalmente as mais isoladas; manutenção da tendência para a diminuição da população do concelho; duplo envelhecimento da população concelha, com o aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade; o número de famílias a residir no concelho cada vez com agregados familiares mais reduzidos. No que concerne às unidades de saúde o concelho de Castro Daire, dispõe atualmente de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e duas Extensões de Saúde. A equipa de saúde é

constituída por nove médicos e onze enfermeiros. O Centro de Saúde, no ano de 2014, tinha inscritos na consulta de HTA 3.572 utentes, o que representa 23,29% da população residente. Outro recurso existente na área da saúde é a Unidade Móvel de Saúde (UMS), uma iniciativa da Autarquia que surgiu em 2004, financiada pelo *Programa Leader*, que alia a saúde e a ação social. A UMS dispõe de um profissional de enfermagem que presta serviços no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na área da promoção da saúde e prevenção da doença. Tem por base um serviço de proximidade, deslocando-se às localidades, com o objetivo de colmatar as dificuldades sentidas pela população, principalmente no que concerne à escassez de recursos e ao envelhecimento populacional acentuado, com o intuito de aumentar o grau de satisfação e acessibilidade dos munícipes aos cuidados de saúde (Município de Castro Daire, 2016). A UMS, no ano de 2015, tinha 2.847 utentes inscritos, dos quais 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino, distribuídos pelos grupos etários dos adultos (32%) e idosos (68%) (Município de Castro Daire, 2016). A população com HTA na UMS corresponde a 60% da totalidade inscrita.

A consulta de enfermagem na UMS trata-se de uma prática assistencial, centrada no cliente integrado na sua área geodemográfica, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade. A enfermagem sustenta a sua intervenção em práticas baseadas na evidência, correspondendo às necessidades reais diagnosticadas, com capacidade para integrar a promoção da saúde e a prevenção da doença, trabalhando com parceiros comunitários, de modo a promover a participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde.

Na presente investigação propomo-nos estudar a adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão arterial na unidade móvel de saúde e ainda analisar os seus fatores determinantes.

Assim, após esta nota introdutória é feita uma explanação da metodologia desenvolvida no estudo, seguindo-se a análise das temáticas de suporte à investigação através da apresentação de um conjunto de cinco artigos. A dissertação encerra com uma conclusão geral que comporta o modelo final de adesão ao tratamento e uma junção das diferentes conclusões dos estudos, seguida do capítulo dos anexos, do qual constam: o protocolo de instrumentos de avaliação, os pedidos de autorização aos autores dos instrumentos de colheita de dados, à Comissão Nacional de Proteção de Dados e Câmara Municipal de Castro Daire, por fim são apresentadas as referências bibliográficas.

2. Metodologia

Nesta secção, descreve-se e explicita-se um conjunto de princípios inerentes à investigação em curso, métodos (conceitualização do estudo, objetivos, questões, tipo e desenho da investigação), participantes (tipo e caracterização da amostra), instrumentos (descrição, caracterização psicométrica e análise fatorial confirmatória), procedimentos (na recolha de dados e éticos) e análise de dados (estatística descritiva e inferencial).

2.1. Métodos

A adesão ao regime terapêutico na pessoa com HTA, no contexto cultural português, é pertinente e oportuna ser estudada e analisada, procurando conhecer os fatores preditores de comportamentos de adesão, de modo a promover a adesão ao regime recomendado. Compreender os fatores envolvidos na adoção de comportamentos de adesão/não adesão para esta população permite perceber como podem os enfermeiros contribuir para melhorar os comportamentos de adesão. A natureza da relação de cuidados constitui um momento ímpar dos enfermeiros, para monitorizar a adesão e desenvolver estratégias que permitam às pessoas integrar comportamentos de adesão na sua vida diária.

A incidência e prevalência da doença cardiovascular, prevê a urgente necessidade de alterar a intervenção dos profissionais de saúde, sustentada pelas alterações demográficas, pelo envelhecimento da população e pela alteração da dinâmica familiar. Neste contexto, a patologia cardiovascular é uma das áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020, em que a elevada prevalência dos fatores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia associadas ao tabagismo, ao sedentarismo, obrigam a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção, bem como à adoção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair essas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

Assim, é mais do que oportuno haver uma nova visão da HTA em Portugal, com enfoque nas estratégias na gestão da mudança, de forma sustentada e integrada. A hipertensão arterial é o fator de risco cardiovascular corrigível mais

frequente, o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas e reconhece-se a importância da aquisição de hábitos saudáveis, no entanto é uma doença crónica de difícil controlo.

As inovações no regime medicamentoso da hipertensão arterial têm conduzido à modificação dos padrões de tratamento, contudo a HTA é responsável por cerca de 45% de mortes por doença cardíaca e 51% de mortes devido a acidente vascular cerebral (World Health Organization, 2013). Estima-se que em 2010, a nível mundial, a HTA tenha causado 9,4 milhões de mortes. Em 2014 a sua prevalência padronizada para a idade em adultos foi estimada em 22,2%; 24% no sexo masculino e 20,5% no sexo feminino (World Health Organization, 2014). A nível europeu este valor ascendeu aos 23,3% sendo no sexo masculino de 27,1% e no sexo feminino de 19,7% (World Health Organization, 2014).

O grande obstáculo para o controlo da pressão arterial é a não adesão ao tratamento da pessoa com HTA, assim a não adesão é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Para a World Health Organization (2013), as baixas taxas de adesão à terapêutica constituem, atualmente, um dos grandes problemas de saúde no Mundo face a elevada prevalência de doenças crónicas. Assim, importa conceituar os termos adesão ao regime terapêutico e hipertensão arterial. A adesão corresponde ao grau de correspondência entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, podendo também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, & Castro, 2011). De acordo com a World Health Organization (2013) a pressão arterial normal no adulto define-se como uma pressão arterial sistólica (PAS) de 120 mm/Hg e uma pressão arterial diastólica (PAD) de 80 mm/Hg. A hipertensão define-se como uma PAS igual ou superior a 140 mm/Hg e uma PAD igual ou superior a 90 mm/Hg. Os níveis normais de ambas, sistólica e diastólica, são particularmente importantes para o funcionamento eficiente de órgãos vitais como o coração, o cérebro, os rins e para a saúde e o bem-estar em geral. Há necessidade de avaliar a pressão arterial durante alguns dias antes de estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Também, segundo a Direção Geral de Saúde (2013) o diagnóstico de HTA define-se, na avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da PAS igual ou superior a 140 mm/Hg e/ou da PAD igual ou superior a 90 mm/Hg, esta definição de HTA é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, que não sujeitas a tratamento farmacológico anti-hipertensor.

Relativamente à comunidade em estudo, o concelho de Castro Daire situa-se na sub-região Dão-Lafões. Do ponto de vista demográfico, de acordo com o INE (2012), Castro Daire possui 15.339 habitantes, dos quais, 48,05% são homens e 51,95% mulheres. Existem alguns aspetos sociodemográficos a reter relativamente a este concelho, nomeadamente diminuição populacional constante e conseqüente desertificação populacional de algumas aldeias, principalmente as mais isoladas; manutenção da tendência para a diminuição da população do concelho; duplo envelhecimento da população concelhia, com o aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade; o número de famílias a residir no concelho cada vez com agregados familiares mais reduzidos. O Centro de Saúde é constituído por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e duas Extensões de Saúde; e uma equipa de nove médicos e onze enfermeiros. No ano de 2014, a consulta de HTA tinha inscritos 3.572 utentes, o que representa 23,29% da população residente. Outro recurso existente na área da saúde é a Unidade Móvel de Saúde (UMS), uma iniciativa da Autarquia disponível desde 2004. A UMS dispõe de um profissional de enfermagem que presta serviços no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na área da promoção da saúde e prevenção da doença. Tem por base um serviço de proximidade, deslocando-se às localidades, com o objetivo de colmatar as dificuldades sentidas pela população no intuito de aumentar o grau de satisfação e acessibilidade dos munícipes aos cuidados de saúde (Município de Castro Daire, 2016). A UMS, no ano de 2015, tinha 2.847 utentes inscritos, dos quais 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino, (Município de Castro Daire, 2016). A população com HTA na UMS corresponde a 60% da totalidade inscrita.

Perante este problema formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as variáveis (sociodemográficas, familiares, comportamentais, clínicas, motivacionais, relacionadas com os profissionais e serviços de saúde) que determinam a adesão ao tratamento na pessoa com HTA em contexto comunitário?
- Que variáveis sociodemográficas e familiares interferem na adesão ao tratamento em hipertensos em contexto comunitário?
- Qual a influência dos estilos de vida (hábitos alcoólicos, tabágicos, exercício físico e alimentação) na adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial?
- Quais as características clínicas das pessoas com hipertensão arterial?
- Qual o efeito do contexto clínico na adesão ao tratamento?

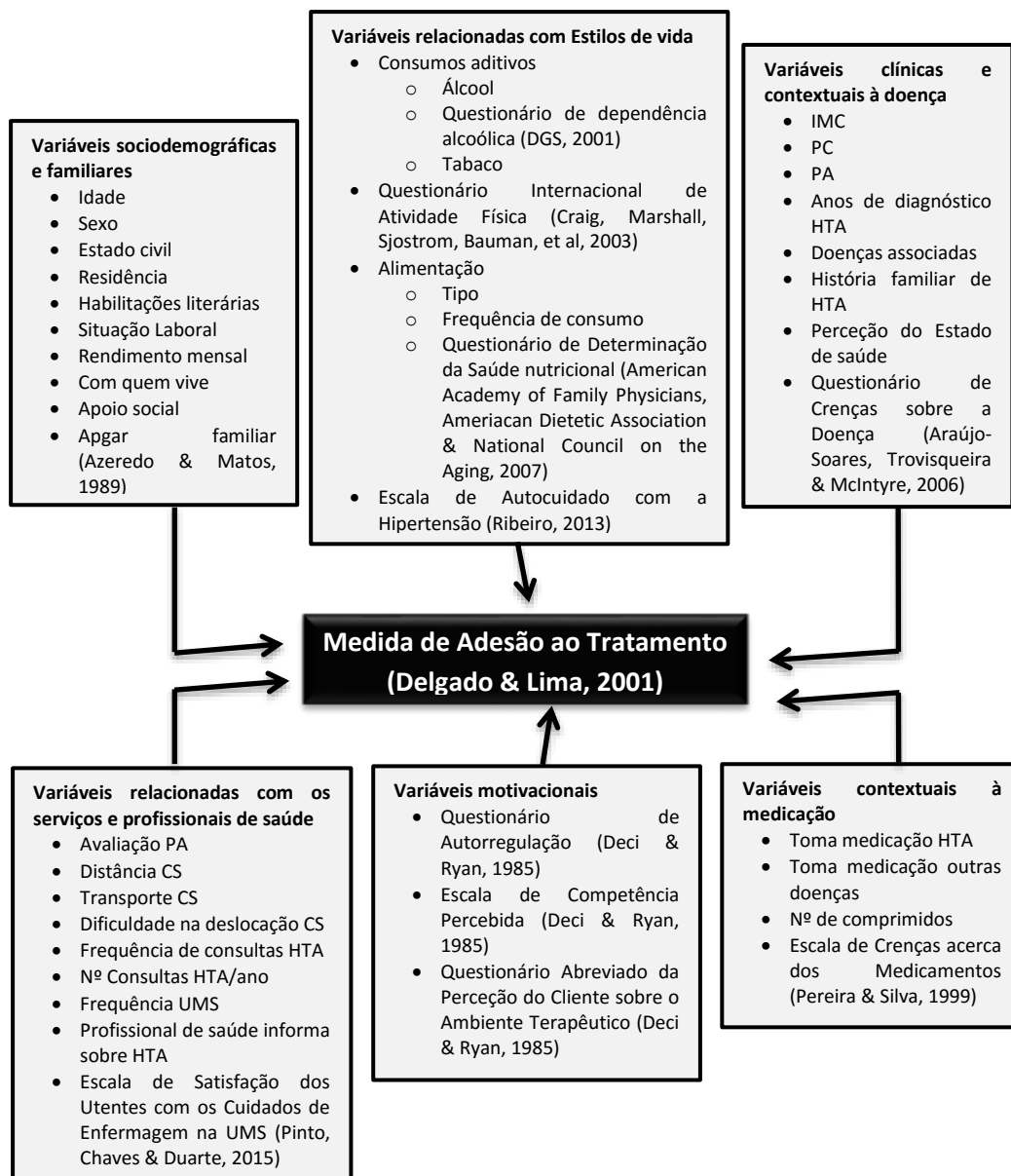
- Qual o efeito das variáveis relacionadas com os serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento?
- Qual o tipo de motivação em pessoas com hipertensão arterial?
- Qual a relação entre os fatores motivacionais (motivação autónoma, motivação controlada, amotivação, ambiente terapêutico e competência percebida) e a adesão ao regime terapêutico?

Para dar resposta às questões acima formuladas delinearam-se os seguintes objetivos:

- Identificar as variáveis (sociodemográficas, familiares, comportamentais, clínicas, motivacionais, relacionadas com os profissionais e serviços de saúde) que determinam os comportamentos de adesão ao tratamento na HTA em contexto comunitário.
- Identificar as variáveis sociodemográficas e familiares que interferem na adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão arterial na comunidade.
- Analisar a influência dos estilos de vida (hábitos alcoólicos, tabágicos, exercício físico e alimentação) na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade.
- Descrever o contexto clínico da pessoa com hipertensão arterial.
- Analisar o efeito do contexto clínico na adesão ao tratamento.
- Analisar o efeito das variáveis relacionadas com os serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento.
- Identificar o tipo de motivação nas pessoas com HTA.
- Avaliar a relação entre os fatores motivacionais (motivação autónoma, motivação controlada, amotivação, ambiente terapêutico e competência percebida) e a adesão ao tratamento.

No intuito de dar resposta às questões e objetivos formulados elaboramos o esquema conceptual de base que procura de forma pictórica estabelecer a relação entre as variáveis.

Figura 1. Desenho de investigação



Realizámos um estudo quantitativo, descritivo correlacional e explicativo realizado em corte transversal. A colheita de dados decorreu no período de 28 de setembro a 27 de novembro de 2015.

O presente estudo pode ser caracterizado segundo diferentes parâmetros. Em relação ao tempo, o estudo é transversal, isto porque examina dados num determinado ponto do tempo, ou seja, os dados são colhidos apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em diversos pontos do tempo.

É um estudo descritivo pois são descritos os padrões de ocorrência de doenças, ou de agravamento da saúde, numa amostra, de acordo com certas características, particularmente em relação à pessoa, lugar e tempo. As

características da pessoa incluem fatores demográficos, assim como variáveis relacionadas com o estilo de vida. Este tipo de estudo permite verificar associações estatísticas que conduzem à formulação de hipóteses referentes a fatores ou causas de doenças.

É quantitativo na medida em que a explicação dos fenómenos segue uma lógica dedutiva, e não-experimental dado que as variáveis em estudo não são manipuladas, pretende-se portanto explorar acontecimentos, pessoas e situações à medida que elas ocorrem naturalmente. Desta forma, a variável independente já ocorreu, ou seja, o investigador não pode controlá-la diretamente por manipulação.

Este estudo pode também ser considerado um estudo correlacional, dado que o investigador usa um desenho correlacional para examinar a relação entre duas ou mais variáveis.

2.2. Participantes

Na investigação a população é finita, uma vez que o número de elementos que a constituem é conhecido. A população com HTA da UMS de Castro Daire é de 1.708 indivíduos. Neste estudo, considerámos a amostra como não probabilística, por conveniência visto que os elementos são escolhidos de forma não aleatória (Fonseca, 2008). A amostra é constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire, correspondendo a 13,76% da população inscrita na UMS com diagnóstico de HTA.

Consideramos como critérios de inclusão:

- Residência no concelho de Castro Daire;
- Diagnóstico clínico de hipertensão arterial, de acordo com a norma nº020/2011 atualizada em 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS);
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Inscritos na Unidade Móvel de Saúde;
- Inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire;
- Aceitar voluntariamente participar no estudo.

Consideramos como critérios de exclusão:

- Pessoas com demência;
- Pessoas com dificuldades de comunicação.

2.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A idade da amostra varia entre os 43 anos e os 91 anos, com uma média de idade de $75 \pm 8,14$ anos. Para o género masculino que representa 36,2% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 50 anos e máxima de 89 anos, enquanto para o feminino com uma representatividade de 63,8%, a idade mínima é de 43 anos e a máxima de 91 anos. Os homens são em média mais velhos ($M=77$ anos $\pm 7,41$ D.P.) que as mulheres ($M=73$ anos $\pm 8,42$ D.P.). Pelos valores de assimetria e curtose verifica-se que a amostra não apresenta uma distribuição normal, revelando curvas leptocúrticas e enviesadas à direita para os dois géneros e para a totalidade da amostra. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) revela diferenças significativas para o sexo masculino ($p=0,035$) e para a totalidade da amostra ($p=0,022$). Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Feminino	150	43	91	73	8,42	11,53	-2,89	2,68	0,200
Masculino	85	50	89	77	7,41	9,63	-2,92	1,63	0,035
Total	235	43	91	75	8,14	10,85	-4,11	3,13	0,022

De acordo com a análise da tabela 2, o grupo etário o que tem maior representatividade é o das pessoas com idade ≥ 76 anos (45,1%), seguindo-se o dos 65-75 anos (44,3%) e por último os com idade ≤ 64 anos (10,6%), sendo notória uma maior percentagem de pessoas idosas. Os homens têm uma maior representatividade no grupo dos ≥ 76 anos de idade (56,5%) enquanto as mulheres são em maior número no grupo etário dos 65-75 anos (48,7%). A maioria das pessoas com HTA é casada ou encontra-se em união de facto (62,6%), 31,9% são viúvas, 4,7% solteiras e 0,9% divorciadas/separadas. Entre o género os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra. Quanto à área de residência todos os participantes residem na aldeia. Relativamente à situação académica, maioritariamente as pessoas possuem habilitações literárias situadas ao nível do 1.º ciclo (58,3%) representando globalmente para os homens e mulheres 68,2% e 52,7% respetivamente. No que se refere ao analfabetismo, este também é representativo na amostra (26,0%), sendo a sua prevalência mais significativa nas mulheres (32,0%) comparativamente aos homens (15,3%). Segue-se as pessoas que apenas sabem ler/escrever mas não possuem qualquer nível de ensino (12,8%), sendo neste a

diferença entre géneros quase nula. Relativamente ao 2.º ciclo este representa 2,6%. Apenas uma ínfima percentagem detém o ensino secundário (0,4%). Quanto à situação laboral a maioria dos inquiridos está reformada (87,7%), verificando-se esta constante para ambos os sexos. Segue-se os desempregados com 9,8%, sendo o desemprego mais frequente no sexo feminino (11,3%). Ainda 1,3% da amostra está empregado ou apresenta outra situação laboral. Verificámos que mais de metade das pessoas (66,8%) auferem rendimentos mensais entre os 250 e 500 euros, com valores percentuais semelhantes tanto no sexo masculino como feminino (65,9% vs. 67,3%, respetivamente). Com valores percentuais menos significativos encontramos os que auferem rendimentos inferiores a 250 euros (26,4%), a menor percentagem recai nos que obtêm rendimentos superiores a 500 euros (6,8%). Consta-se ainda que os menores rendimentos recaem sobre as mulheres (30,0%), enquanto rendimentos mais elevados são na sua maioria auferidos pelos homens (14,1%). Questionados os inquiridos sobre com quem vive, mais de metade (53,2%), vive com conjugue, contribuindo para esta percentagem os 64,7% dos homens e os 46,7% das mulheres. Realça-se entretanto, que 27,7% da amostra vive sozinha sendo a percentagem mais elevada entre as mulheres (34,0%). Dos 8,5% que habitam com os filhos a maior percentagem é também constituída por mulheres (10,0%) e dos 6,8% que vivem com o conjugue e filhos, prevalecem em maior número os homens. Acrescenta-se ainda que somente uma pequena percentagem de pessoas (3,8%) vive com a família alargada. Mais de metade da amostra vive apenas com uma pessoa (55,7%), segue-se as pessoas que vivem sozinhas (27,7%) e por último as que habitam com ≥ 2 pessoas (16,6%). Estas tendências também se verificam em ambos os géneros. Terminamos a caracterização sociodemográfica da amostra por fazer referência ao apoio social. Como se nota, a grande maioria da população não possui apoio social (92,3%). O apoio social pondera mais no género masculino com 11,8%, relativamente ao género feminino com 5,3%.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Grupo etário									
≤ 64		6	7,1	19	12,7	25	10,6	-1,3	1,3
65-75		31	36,5	73	48,7	104	44,3	-1,8	1,8
≥ 76		48	56,5	58	38,7	106	45,1	2,6	-2,6
Estado civil									
Solteiro		3	3,5	8	5,3	11	4,7	-0,6	0,6
Casado/União de facto		67	78,8	80	53,3	147	62,6	3,9	-3,9
Divorciado/Separado		-	0,0	2	1,3	2	0,9	-1,1	1,1
Viúvo		15	17,6	60	40,0	75	31,9	-3,5	3,5
Residência									
Vila		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Aldeia		85	100,0	150	100,0	235	100,0		
Habilitações literárias									
Não sabe ler/escrever		13	15,3	48	32,0	61	26,0	-2,8	2,8
Sabe ler/escrever		11	12,9	19	12,7	30	12,8	0,1	-0,1
1.º Ciclo		58	68,2	79	52,7	137	58,3	2,3	-2,3
2.º Ciclo		3	3,5	3	2,0	6	2,6	0,7	-0,7
3.º Ciclo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Ensino secundário		-	0,0	1	0,7	1	0,4	-0,8	0,8
Situação laboral									
Empregado		2	2,4	1	0,7	3	1,3	1,1	-1,1
Desempregado		6	7,1	17	11,3	23	9,8	-1,1	1,1
Reformado		77	90,6	129	86,0	206	87,7	1,0	-1,0
Outro		-	0,0	3	2,0	3	1,3	-1,3	1,3
Rendimentos									
<250		17	20,0	45	30,0	62	26,4	-1,7	1,7
250-500		56	65,9	101	67,3	157	66,8	-0,2	0,2
> 500		12	14,1	4	2,7	16	6,8	3,3	-3,3
Com quem vive									
Sozinho		14	16,5	51	34,0	65	27,7	-2,9	2,9
Conjuge		55	64,7	70	46,7	125	53,2	2,7	-2,7
Conjuge e filhos		8	9,4	8	5,3	16	6,8	1,2	-1,2
Filhos		5	5,9	15	10,0	20	8,5	-1,1	1,1
Família alargada		3	3,5	6	2,6	9	3,8	-0,2	0,2
Nº de pessoas com quem vive									
0		14	16,5	51	34,0	65	27,7	-2,9	2,9
1		58	68,2	73	48,7	131	55,7	2,9	-2,9
≥ 2		13	15,3	26	17,3	39	16,6	-0,4	0,4
Apoio social									
Não		75	88,2	142	94,7	217	92,3	-1,8	1,8
Sim		10	11,8	8	5,3	18	7,7	1,8	-1,8

2.3. Instrumentos

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, encontrando-se dividido em seis partes. O questionário é definido como um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis.

2.3.1. Variáveis sócio-demográficas e de contexto familiar - são compostas por questões que permitem identificar as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral, rendimento mensal, com quem vive, apoio social e funcionalidade familiar.

Para avaliar a funcionalidade familiar foi utilizada a **Escala de Apgar Familiar**

de Smilkstein (1978), Versão Portuguesa de Azeredo e Matos (1989). É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família. Cada questão permite três tipos de resposta: “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar em: família altamente funcional - 7 a 10 pontos, família com disfunção leve - 4 a 6 pontos e família com disfunção severa - 0 a 3 pontos (Azeredo & Matos, 1989).

2.3.2. Variáveis relacionadas com os estilos de vida – contém questões dietéticas (percepção do tipo de alimentação, utilização de sal e ervas aromáticas e o consumo de alimentos com elevado teor de sal), o Questionário de Determinação da Saúde Nutricional (American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association & National Council on the Aging, 2007), o Questionário de Dependência Alcoólica (CAGE - Ewing, 1984), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-Versão Curta, Craig, Marshall, Michael Sjöström, Bauman, Booth, Ainsworth, Pratt, Ekelund, Yngve, Sallis & Oja, 2004) e Escala de Autocuidado com a hipertensão (Ribeiro, 2013), que se descrevem de seguida.

O **Questionário de dependência alcoólica – CAGE** (Ewing, 1984), validado para a população portuguesa pela Direção Geral de Saúde (2001) é constituído por quatro questões que visam avaliar os sintomas principais da dependência alcoólica (*Cut, Annoyed, Guilty* e *Eye-opener*). Caracteriza-se pela brevidade e simplicidade de resposta. Scores de duas ou mais respostas positivas sugerem dependência alcoólica.

O exercício físico foi avaliado com recurso ao **Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Versão Curta)** encontrando-se dividido em sete questões. As questões são referentes às atividades realizadas nos últimos sete dias anteriores à aplicação do mesmo. Este questionário foi validado para 12 países, incluindo Portugal, pelos autores Craig, Marshall, Sjöström, Bauman, Booth, Ainsworth, Pratt, Ekelund, Yngve, Sallis e Oja, em 2003, com um valor de validade de 0.30 e de consistência interna de 0,80. A estimativa do gasto energético segue as *Guidelines* para o processamento de dados e análise do IPAQ (IPAQ Research Committee, 2004). Os dados obtidos pelo IPAQ são convertidos em *Metabolic Equivalent of Task* - METs - minuto/semana (equivalente metabólico), ao calcular os minutos assinalados por semana em cada categoria de atividades pelo equivalente metabólico específico, de acordo com as fórmulas apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Cálculo do gasto energético

Níveis MET Fórmula	Fórmula
Caminhar = 3,3 METs Intensidade moderada = 4,0 METs Intensidade vigorosa = 8,0 METs	Nível MET x min atividade/dia x dias sem
Total MET-min/sem =	
Caminhar (MET x min x dias) + Moderada (MET x min x dias) + Vigorosa (MET x min x dias)	
MET = 3,5 ml/kg/min	

Fonte: IPAQ *Research Committee*, 2004

Segundo o IPAQ *Research Committee* (2004) após a realização dos cálculos e obtidos os resultados finais, o nível de atividade física de cada indivíduo é classificado de acordo com as diretrizes do IPAQ, que divide e designa as categorias de atividade física em Categoria 1 – Baixa: este é o nível de atividade física mais baixo. Os indivíduos que não preenchem os critérios para as categorias 2 e 3 são considerados inativos. Categoria 2 – Moderada: indivíduos que cumpram um dos seguintes critérios: a) 3 ou mais dias de atividade de intensidade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia; b) 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada e/ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia; c) 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou vigorosa, que atinjam um mínimo de atividade física total de pelo menos 600 MET- minutos/semana. Categoria 3 – Elevada: os indivíduos devem cumprir um dos seguintes critérios: a) atividade de intensidade vigorosa pelo menos durante 3 dias, atingindo no mínimo um total de atividade física de 1500 MET-minutos/semana; b) 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividades de intensidade moderada ou vigorosa, que atinjam um mínimo de atividade física total de pelo menos 3000 MET-minutos/semana. A questão referente ao tempo sentado é apenas um indicador variável do tempo gasto em atividades sedentárias e não é incluído como parte do resumo de pontuação de atividade física.

O **Questionário de Determinação da Saúde Nutricional (*Determine Your Nutritional Health*)** desenvolvido pela *American Academy of Family Physicians*, *American Dietetic Association* e *National Council on the Aging* (2007) tem como objetivo determinar o estado de saúde nutricional. É um questionário constituído por dez questões e o risco nutricional é calculado através do somatório das respostas positivas. Para cada resposta positiva existe um score diferente. O sim corresponde nas questões 1, 3, 4, 5, 9 e 10 a dois pontos, na questão 2 a três pontos, na questão 6

a quatro pontos e nas questões 7 e 8 a um ponto. O total das pontuações permite classificar a saúde nutricional: 0 a 2 pontos sugerem boa saúde nutricional; 3 a 5 pontos risco nutricional moderado; 6 ou mais pontos sugerem alto risco nutricional.

Para avaliar o autocuidado com a hipertensão foi utilizada a **Escala de Autocuidado com a hipertensão** de Ribeiro (2013) que é uma adaptação à população hipertensa da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Bastos, Severo e Lopes (2007). A adaptação foi realizada com o objetivo de avaliar a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com HTA tendo em conta os vários aspetos do tratamento da HTA, isto é, a sua multidimensionalidade. A escala é parametrizada em dias por semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. A subescala Alimentação Geral refere-se a hábitos alimentares não específicos a nenhuma patologia. Esta é constituída por três itens e o resultado é obtido, pela média destes, expressos em dias por semana. A Subescala sobre Alimentação Específica refere-se a hábitos alimentares que tendem a elevar os valores de pressão arterial, esta é constituída por 8 itens, em que a pontuação é cotada de forma inversa, ou seja, é invertida a pontuação (0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0), o resultado é obtido pela média destes e são expressos em dias por semana. A subescala sobre Atividade Física é constituída por dois itens e o resultado é obtido pela média destes expressos em dias por semana. A subescala hábitos tabágicos é constituída por três itens. Neste estudo foi ainda incluída a subescala medicamentos, que surge na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Bastos, Severo & Lopes; 2007), esta inclui dois itens sobre a toma de medicação antihipertensiva, o resultado é obtido pela média destes e são expressos em dias por semana. De um modo geral, o nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

2.3.3. Variáveis clínicas e contextuais à doença: incluem questões que permitem identificar os anos de diagnóstico de HTA, história familiar de HTA, doenças associadas, o estado de saúde da amostra e parâmetros antropométricos que identificam o índice de massa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC) e pressão arterial (PA). Estes dados foram colhidos pela enfermeira da UMS aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados. Para a determinação destes parâmetros, foram tidas em conta a Orientação da DGS nº 017/2013 de 05/12/2013 sobre a Avaliação Antropométrica no Adulto e a Norma da DGS nº 020/2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013 sobre Hipertensão Arterial: definição e classificação.

Para calcular o IMC utilizou-se a fórmula: peso (Kg) sobre a estatura² (m). A classificação adotada está descrita na tabela seguinte.

Tabela 3. Classificação do IMC

IMC (Kg/m ²)	Classe
<18,5	Baixo peso
18,5-24,9	Peso normal
25,0-29,9	Pré-obesidade / Excesso de peso
≥30,0	Obesidade

Fonte: Orientação da DGS nº 017/2013 de 05/12/2013

O PC refere-se à avaliação efetuada sobre a pele abdominal, sem qualquer roupa e sem nenhuma força sobre a zona a avaliar. A medição é efetuada na zona mais estreita do abdómen, conhecida por cintura natural, com a fita métrica colocada em plano paralelo ao pavimento, sempre no final do ciclo respiratório e sem que a fita métrica exerça qualquer compressão sobre a pele mas que fique ajustada. A unidade de medida utilizada é o centímetro (cm). O risco de complicações metabólicas é descrito na tabela 4.

Tabela 4. Risco metabólico associado ao perímetro de cintura

Perímetro de cintura (cm)		Risco de complicações metabólicas
Homens	Mulheres	
> 94	> 80	Aumentado
> 102	> 88	Muito aumentado

Fonte: Orientação da DGS nº 017/2013 de 05/12/2013

Relativamente à avaliação da pressão arterial foram tidas em conta as seguintes premissas: efetuada em ambiente acolhedor; sem pressa; com o cliente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos; com a bexiga vazia; não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior; com o membro superior esquerdo despido; usando braçadeira de tamanho adequado. A pressão arterial foi considerada descontrolada aquando a PAS apresenta valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou a PAD apresenta valores iguais ou superiores a 90 mmHg. Valores de pressão arterial inferiores aos mencionados foram considerados como pressão arterial controlada (Figura 2).

Figura 2. Classificação da hipertensão arterial



Fonte: Norma da DGS nº 020 /2011 de 28/09/2011

As variáveis contextuais à doença incluem questões que permitem identificar os anos de diagnóstico de HTA, a história familiar de HTA, outras doenças associadas, o estado de saúde da amostra; ainda integra esta parte o questionário de crenças sobre a doença.

O **Questionário de Crenças sobre a Doença** (versão breve) é uma tradução de Araújo-Soares, Trovisqueira e McIntyre, do *Illness Perception Questionnaire-Brief* desenvolvido por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006). É um instrumento composto por 8 itens, que avaliam as representações cognitivas e emocionais da doença, cotados numa escala tipo likert pontuados de 0 a 10, e ainda uma questão relativa às causas. As representações cognitivas são avaliadas por 5 itens: consequências (item 1), duração (item 2), controlo pessoal (item 3), controlo através do tratamento (item 4), e identidade (item 5). Dois itens avaliam as representações emocionais: preocupação (item 6) e emoções (item 8). O item 7 avalia a compreensão da doença. A avaliação da representações das causas da doença é feita através de uma pergunta aberta, que permite ao cliente referir, por ordem decrescente, quais os três fatores mais importantes que ele acredita terem causado a doença (item 9). A

interpretação do questionário é simples, um valor elevado num determinado item representa uma elevação linear na dimensão avaliada.

Resultados psicométricos do Questionário de Crenças Sobre a Doença no presente estudo

Todos os instrumentos de medida devem comportar dois requisitos primordiais que se traduzem na confiabilidade e na validade.

A fiabilidade possibilita avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens realizada com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach e coeficiente de Split-Half ou método das metades ou ainda coeficiente de bipartição. O coeficiente de Split Half usa-se para comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, procurando assim substituir o teste reteste. O número de itens subestima o coeficiente de correlação obtido, isto é, há a tendência deste coeficiente ser inferior ao valor global da escala dado que possui menor número de itens.

Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevado o valor obtido. Como valores de referência, Marôco (2014) e Pestana e Gageiro (2014) consideram índices superiores a 0,90 muito bons; entre 0,80 – 0,90 bons; entre 0,70 – 0,80 médios; entre 0,60 – 0,70 razoáveis; entre 0,50 – 0,60 medíocres e inferiores a 0,50 inaceitáveis. Como refere Coutinho (2013) interpretar o alfa de cronbach requer alguns cuidados porquanto um valor de alfa moderado pode não significar baixa fidelidade do teste em si, mas somente a falta de homogeneidade de alguns dos itens, que devem retirar-se. Acresce ainda referir que a confiabilidade é uma condição necessária, todavia não suficiente para garantir a validade do instrumento (Marôco, 2014).

Por sua vez a validade diz respeito à capacidade do instrumento medir o constructo que pretende quantificar. A literatura indica vários tipos de validade: de conteúdo, de critério e de constructo, sendo que esta última subordina as anteriores.

A abordagem estatística efetuada através da análise fatorial exploratória (AFE) é uma das formas de proceder a este tipo de validade, mas dado que as escalas utilizadas neste estudo já sofreram processo de validação, apenas efetuamos a análise fatorial confirmatória (AFC). A análise fatorial exploratória é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os autores para o estudo de validade. Trata-se de uma técnica de análise exploratória de dados cujo objetivo consiste em descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de itens inter-relacionados que confluem para a construção de fatores ou constructos. Para a sua determinação

efetua-se em primeiro lugar uma matriz de correlações que pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis e a segunda consiste na rotação de fatores. Na matriz de correlação o método mais utilizado é o método dos componentes principais que permite obter o que se designa por matriz fatorial e na rotação de fatores a mais usada é a rotação ortogonal, *do tipo varimax*, porque mantém a independência dos fatores. Neste último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada fator são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Uma vez selecionados os fatores procede-se à identificação dos constructos teóricos (Marôco, 2014). Para se conseguir uma boa definição de fator convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações “r” menores que 0,2 com a nota global e pesos fatoriais inferiores a 0,40.

Quanto à dimensão da amostra, embora não haja um consenso sobre a dimensão ideal, alguns autores como Bryman & Cramer (1992) são de opinião que para haver precisão dos fatores resultantes da análise fatorial o “N” da amostra deve ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100 participantes, o que no nosso estudo não é suscetível de causar problemas dado que o tamanho amostral se situa em 235 indivíduos.

A análise fatorial confirmatória (AFC), foi efetuada com recurso ao *software* AMOS 23 (*Analysis of Moment Structures*). É um procedimento estatístico a que se recorre quando se dispõe do conhecimento prévio da estrutura fatorial que se pretende confirmar, ou como refere Marôco (2014) usa-se para verificar se as variáveis latentes (fatores) são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas (itens) específicas.

No estudo da análise fatorial confirmatória considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros uma vez que é o método mais robusto à violação dos pressupostos da normalidade se a assimetria e achatamento (curtose) das distribuições das variáveis manifestas não forem muito grandes.

Na análise dos dados foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos: a distribuição dos itens avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (K) assumindo-se como valores de referência de ≤ 3 e de ≤ 7 respectivamente e a validade do constructo avaliada pelas validades fatorial, convergente e validade discriminante.

Na validade de constructo foram tidos em consideração os indicadores de qualidade de ajustamento global e os indicadores de qualidade do ajustamento local.

Como indicadores de qualidade de ajustamento global usou-se: razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf) - avalia a existência de discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo. Se a razão

(χ^2/df) for inferior a 2,0 o ajustamento considera-se bom, inferior a 5 aceitável e superior a 5 inaceitável. Comparative Fit Index (CFI) índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo e Goodness of Fit Índice (GFI) índice de qualidade de ajuste. Considera-se um ajustamento bom quando os valores de CFI e do GFI se situam acima de 0,90. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) - valores inferiores a 0,06 são reveladores de um bom ajustamento, enquanto um ajustamento aceitável é indicado para um valor entre 0,08 e 0,10. *Root mean square residual* (RMR) quanto menor o RMR, melhor o ajustamento, com o RMR igual a zero a indicar um ajustamento perfeito. *Standardized root mean square residual* (SRMR), um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado aceitável.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada através da validade compósita obtida pela fidelidade individual dos itens, lambda (λ) sendo indicado como valor de referência um peso fatorial superior a 0,50, todavia, em estudos exploratórios pode flexibilizar-se este valor para 0,40 (Marôco 2014); fiabilidade individual dos indicadores (δ), com coeficientes iguais ou superiores a 0,25; fidelidade compósita (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Uma boa consistência interna deve apresentar valores acima de 0,70. A validade convergente avaliada pela variância extraída média (VEM) permite verificar o modo como os itens pertencentes a um fator, saturam nesse fator. Valores superiores a 0,50 são indicativos de boa validade convergente (Marôco, 2014); validade discriminante é considerada quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

Postos estes considerandos, procedemos de imediato ao estudo psicométrico do Questionário de Crenças sobre a Doença. Apresentamos na tabela 5 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global do Questionário de Crenças sobre a Doença. No estudo desta escala as estatísticas dos 8 itens que constituem a escala com exceção do item 5, revelam que os índices médios obtidos estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio (cinco), oscilando entre 5,31 no item 8 “Até que ponto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (ex. fá-lo sentir-se zangado, assustado, triste ou deprimido) ” e os 8,86 no item 2 “Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença”.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo e significativo sendo superior a 0,2 salvo o item 3 cujo valor correlacional é de 0,059, pelo que numa análise mais conservadora deveria optar-se pela sua eliminação. Os valores de alfa de cronbach

são aceitáveis oscilando entre 0,640 nos itens 6 e 8 e 0,745 no item 3 com um alfa global de 0,713, significando uma consistência interna média.

Tabela 5. Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global do Questionário de Crenças Sobre a Doença

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1	Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?	5,85	2,172	0,449	0,365	0,675
2	Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?	8,86	1,685	0,444	0,324	0,678
3	Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?	6,48	1,690	0,059	0,214	0,745
4	Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?	7,99	1,693	0,398	0,296	0,687
5	Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?	4,59	2,246	0,375	0,460	0,693
6	Qual o grau de preocupação com a sua doença?	6,40	2,047	0,599	0,432	0,640
7	Até que ponto sente que compreende a sua doença?	6,28	1,954	0,325	0,333	0,701
8	Até que ponto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (ex. fá-lo sentir-se zangado, assustado, triste ou deprimido)	5,31	2,113	0,592	0,459	0,640

2.3.4. Variáveis relacionadas com os profissionais e serviços de saúde - contem questões que permitem identificar o local de medição da pressão arterial, a acessibilidade ao centro de saúde (distância, transporte e dificuldades na deslocação), o número de consultas de hipertensão efetuadas no centro de saúde, contactos na Unidade Móvel de Saúde e profissional de saúde que transmite informações sobre a hipertensão arterial. Faz parte integrante do instrumento a Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde.

A **Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde** foi construída para o presente estudo com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes da Unidade Móvel de Saúde relativamente aos cuidados de enfermagem. Para a construção da escala foram tidos como pressupostos as competências do enfermeiro de cuidados gerais (Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade; Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico; Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; Contribui para a promoção da saúde; Utiliza o Processo de Enfermagem; Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes; Promove um ambiente seguro; Promove cuidados de saúde interprofissionais; Delega e supervisiona tarefas; Contribui para a valorização profissional; Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e Desenvolve processos de formação contínua) (Ordem dos

Enfermeiros, 2012). Ainda foram tidos em consideração os quatro Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis (Direção Geral de Saúde, 2015). A escala é constituída por 19 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, admitindo respostas: “má”, “razoável”, “boa”, “muito boa” e “excelente”, às quais correspondem cotações de 1, 2, 3, 4 e 5 pontos, respetivamente. O valor total varia entre 19 e 95, valores médios elevados significam maior satisfação.

Resultados psicométricos da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde no presente estudo

Tratando-se de um estudo exploratório decidimos não efetuar análise fatorial exploratória e confirmatória, optando-se apenas pelo estudo da consistência interna cujos resultados se apresentam na tabela 6.

A Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde revela índices médios elevados, oscilando entre 3,45 no item 15 “Ajuda a enfrentar os problemas emocionais?” e os 3,79 no item 19 “Importância da deslocação da Unidade Móvel de Saúde à sua localidade (serviço de proximidade)?”. Por outro lado todos os indicadores apresentam índices correlacionais significativos com valores acima de 0,667 obtido no item 15. Os coeficientes alfa de cronbach são elevados o que também pode denotar alguns problemas de multicolinearidade (tabela 6).

Tabela 6. Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	α sem item
1	Relevância do serviço prestado na Unidade Móvel de Saúde para o controlo do seu estado de saúde/doença?	3,53	0,706	0,916	0,995
2	Pertinência de existir um profissional de Enfermagem?	3,53	0,712	0,925	0,995
3	Disponibilidade do enfermeiro durante a consulta?	3,51	0,706	0,958	0,994
4	Duração da consulta de enfermagem?	3,46	0,687	0,936	0,995
5	Interesse demonstrado pelos seus problemas de saúde?	3,47	0,693	0,964	0,994
6	Confiança sentida no enfermeiro?	3,50	0,712	0,964	0,994
7	Forma como o enfermeiro o/a ouviu?	3,51	0,712	0,963	0,994
8	Confidencialidade da informação?	3,47	0,681	0,972	0,994
9	Preparação do enfermeiro na realização da consulta?	3,50	0,700	0,965	0,994
10	Forma como o enfermeiro executou a consulta?	3,49	0,706	0,971	0,994
11	Atenção dada pelo enfermeiro?	3,50	0,700	0,971	0,994
12	Procedimentos realizados pelo enfermeiro?	3,48	0,681	0,972	0,994
13	Ensinos/aconselhamentos para a promoção da saúde e prevenção da doença?	3,53	0,718	0,960	0,994
14	Explicação das técnicas e procedimentos realizados?	3,49	0,694	0,971	0,994
15	Ajuda a enfrentar os problemas emocionais?	3,45	0,667	0,960	0,994
16	Compreensão da importância de seguir os conselhos do enfermeiro?	3,48	0,694	0,950	0,994
17	Conhecimento do enfermeiro sobre o seu estado de saúde?	3,47	0,675	0,966	0,994
18	Encaminhamento e aconselhamento para outros profissionais de saúde?	3,47	0,681	0,956	0,994
19	Importância da deslocação da Unidade Móvel de Saúde à sua localidade (serviço de proximidade)?	3,71	0,779	0,843	0,995

2.3.5. Variáveis contextuais à medicação - identificam a toma de medicação para a HTA e para outras doenças, o número diário de comprimidos consumidos, faz também parte desta secção a Escala Crenças acerca dos Medicamentos.

A **Escala de crenças acerca dos medicamentos** (QCF) de Pereira e Silva (1999) é a versão portuguesa de *Beliefs About Medicines Questionnaire* de Horne, Weinman e Hankins (1999). Visa avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos medicamentos. Esta escala está subdividida em duas partes, a primeira designada por QCF – Específica, avalia as representações de medicamentos prescritos para uso pessoal e a segunda, designada por QCF – Geral, avalia as crenças acerca dos medicamentos em geral. Neste estudo foi utilizada a

QCF – Específica, aferida para a população portuguesa. A QCF – Específica é constituída por dois fatores de cinco itens cada, que avaliam as crenças dos indivíduos acerca da necessidade da medicação que lhes foi prescrita (questões 1, 3, 4, 7 e 10), e as preocupações relacionadas com a mesma com base em crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (questões 2, 5, 6, 8 e 9). Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=não tenho a certeza; 4=concordo; 5=concordo totalmente), variando o total em cada uma das subescalas, entre 5 e 25 pontos. O valor total varia entre 10 e 50. Na subescala Necessidade da Medicação Prescrita, quanto mais elevada a cotação obtida, mais forte a crença na necessidade de tomar essa medicação. Na subescala Crença acerca do Perigo de Dependência, quanto mais elevada a cotação, maior a crença no perigo de dependência e toxicidade ou efeito secundário a longo prazo.

Resultados psicométricos da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos no presente estudo

Apresentamos na tabela 7 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala. As estatísticas dos 10 itens que constituem a escala revelam que os índices médios obtidos se encontram bem centrados pois situam-se acima do valor médio esperado, excetuando-se os itens 6 “Os meus medicamentos são um mistério para mim” e o 8 “Os meus medicamentos desorganizam a minha vida”, que são os mais problemáticos.

Os resultados da correlação de cada item com a nota global, revela valores correlacionais positivos e significativos a oscilarem entre ($r=0,182$) no item 6 “Os meus medicamentos são um mistério para mim”, com uma percentagem de variância explicada de 28,5% e de ($r=0,581$) no item 4 “Sem os meus medicamentos estaria muito doente” que explica 62,8% de variabilidade. O item 6 numa análise mais conservadora deveria ser excluído dado apresentar um coeficiente de correlação inferior a 0,20, considerado como valor de referência.

Tabela 7. Correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global Escala de Crenças acerca dos Medicamentos

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos.	3,91	0,599	0,476	0,487	0,688
2	Ter de tomar medicamentos preocupa-me.	3,12	1,142	0,397	0,337	0,703
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos.	3,85	0,727	0,470	0,515	0,685
4	Sem os meus medicamentos estaria muito doente.	3,94	0,658	0,581	0,628	0,671
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.	3,08	1,057	0,421	0,344	0,694
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim.	2,34	0,802	0,182	0,285	0,730
7	A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.	3,92	0,604	0,505	0,552	0,685
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.	2,26	0,829	0,242	0,357	0,722
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos.	3,91	0,683	0,462	0,346	0,687
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior.	4,16	0,497	0,260	0,320	0,715

Testamos a solução bifatorial através da análise fatorial confirmatória. As estatísticas indicam que todos os itens do instrumento possuem valores normais de assimetria (sk), e curtose (Ks) variando em valores absolutos de 0,102 a 1,743 e de 0,651 a 5,514 respectivamente, com o coeficiente multivariado de Márdia de 2,021. As trajetórias entre as variáveis manifestas e a variável latente, apresenta rácios críticos estatisticamente significativos com pesos fatoriais lambda a situarem-se no fator 1 acima de 0,50. No fator 2 os itens 6, 8 e 9 mostravam cargas fatoriais inferiores a 0,50 (Tabela 8).

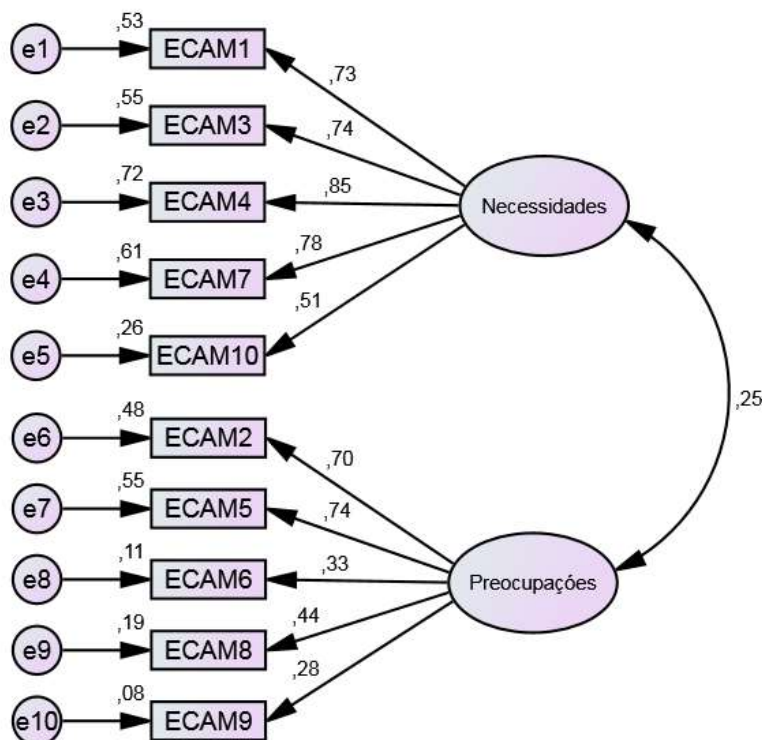
Tabela 8. Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos

	Trajetórias		Estimativas	S.E.	C.R.	P	λ
ECAM1	<---	F1	1,000				0,729
ECAM3	<---	F1	1,235	0,115	10,729	***	0,742
ECAM4	<---	F1	1,280	0,109	11,787	***	0,850
ECAM7	<---	F1	1,085	0,097	11,228	***	0,784
ECAM10	<---	F1	,582	0,080	7,258	***	0,512
ECAM2	<---	F2	1,000				0,696
ECAM5	<---	F2	0,988	0,138	7,166	***	0,743
ECAM6	<---	F2	0,334	0,087	3,818	***	0,331
ECAM8	<---	F2	0,457	0,090	5,078	***	0,438
ECAM9	<---	F2	0,238	0,071	3,344	***	0,277

A figura 3 explana os resultados acima descritos. Configura ainda a fiabilidade individual dos indicadores que nos mesmos itens são inferiores a 0,25. Decidimos por esse facto eliminar os itens 6 e 9 e pelas saturações apresentadas serem inferiores a 0,40.

Quanto aos índices de bondade de ajustamento global na primeira avaliação verificou-se que os índices apresentavam um ajuste pouco satisfatório para o: $\chi^2/g.l.=5,554$; $GFI=0,872$; $CFI=0,798$; $RMSEA=0,140$ e $SRMR=0,139$ e adequados para o $RMR=0,067$.

Figura 3. Modelo inicial com todos os itens da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos

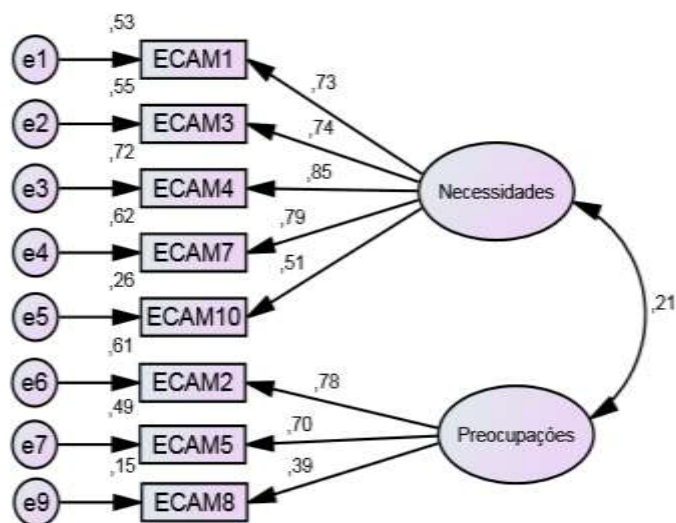


A figura 4 traduz o modelo final ajustado já que a eliminação dos itens referidos não configurou índices de modificação. Os resultados obtidos com os índices de ajustamento global são indicadores de um modelo bem ajustado com valores de $\chi^2/g.l.=2,213$; $GFI=0,960$; $CFI=0,962$; $RMSEA=0,072$; $RMR=0,025$ e $SRMR=0,054$.

A validade fatorial avaliada pelos coeficientes Lambda (λ) revelaram pesos de regressão significativos ($p<0,001$) e superiores a 0,50. Os índices de fiabilidade individual também apresentam valores correlacionais (r) superiores a 0,25. É exceção o item 8 do fator 2.

A fiabilidade compósita no fator 1 ($FC=0,849$) revela boa consistência interna e razoável no fator 2 ($FC=0,665$) com um bom alfa estratificado ($\alpha=0,880$). Por sua vez a variância extraída média é indicador de validade convergente ($VEM=0,536$) no fator 1 mas divergente no fator 2 ($VEM=0,416$), por ostentar valor inferior a 0,50, existindo porém entre as duas dimensões da escala validade discriminante ($VD=0,044$).

Figura 4. Modelo final simplificado da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos



A tabela 9 mostra os resultados da validade convergente/divergente dos itens com os fatores que lhe correspondem e fator global. Denota-se que todos os itens apresentam correlações mais elevadas com os fatores a que pertencem sendo o segundo mais elevado com o fator global da escala, demonstrando assim a existência de validade convergente. Entre as subescalas o valor correlacional é de 0,122 com uma percentagem de variância explicada de 1,48%.

Tabela 9. Validade convergente /divergente da Escala de Crenças acerca dos Medicamentos

	Itens	Necessidades	Preocupações	Fator global
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos.	0,792***	0,101	0,606***
2	Ter de tomar medicamentos preocupa-me.	0,157*	0,841***	0,656***
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos.	0,809***	0,116*	0,627***
4	Sem os meus medicamentos estaria muito doente.	0,865***	0,148*	0,686***
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo.	0,143*	0,815***	0,630***
7	A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos.	0,834***	0,117*	0,644***
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida.	-0,052	0,628***	0,375***
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior.	0,614***	-0,027	0,400***

2.3.6. Variáveis motivacionais: avaliadas por um conjunto de três instrumentos: o Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, o Questionário de Autorregulação e a Escala de Competência Percebida

que fazem parte do *Health-Care, Self-Determination Theory Packet* de Deci e Ryan (1985).

O **Questionário de Percepção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico** (*Health Care Climate Questionnaire*) determina a percepção que os clientes têm sobre os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc.) em termos de apoio, mais vincadamente direcionado para a autonomia ou controlo. Existem duas versões, uma mais longa constituída por 15 itens mas neste estudo é usada a forma abreviada que inclui apenas seis dos 15 itens. A escala de resposta a este questionário varia entre 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). O resultado obtém-se através da média da pontuação obtida em cada um dos 6 itens. Valores médios elevados são sinónimo de autonomia, enquanto valores baixos significam controlo.

Estudo psicométrico para o presente estudo

A tabela 10 aporta as estatísticas as correlações e os coeficientes de cronbach obtidas entre cada item e o valor global do Questionário de Percepção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico. As estatísticas dos 6 itens revelam que os índices médios obtidos num intervalo de 1 a 7 estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio. No que se refere aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicadores apresentam uma correlação positiva sendo que o valor mínimo obtido foi de ($r=0,892$) no item 1 o que explica 85,4% da sua variabilidade e o máximo de ($r=0,947$) no item 4 com uma variabilidade de 97,5%. Os coeficientes alfa de Cronbach são elevados o que pode sugerir problemas de multicolinearidade.

Tabela 10. Estatísticas e consistência interna dos itens relativos ao Questionário abreviado da Percepção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1	Sinto que os profissionais de saúde (enfermeiro/a, médico/a, etc.) me dão várias opções sobre como resolver o(s) meu(s) problemas da hipertensão	6,21	0,945	0,892	0,854	0,978
2	Sinto que os profissionais de saúde compreendem o modo como eu encaro os aspetos relacionados com o(s) meu(s) problema(s) de hipertensão	6,11	1,056	0,940	0,924	0,973
3	Os meus profissionais de saúde confiam na minha capacidade de seguir o tratamento para a hipertensão	6,08	1,063	0,927	0,934	0,975
4	Os profissionais de saúde têm em atenção o modo como eu gostaria de gerir o tratamento da hipertensão	6,06	1,118	0,947	0,945	0,973

5	Os profissionais de saúde encorajam-me a fazer perguntas sobre o(s) meu(s) problema(s) da hipertensão	6,15	1,033	0,935	0,930	0,974
6	Os profissionais de saúde tentam compreender como eu vejo os meu(s) problema(s) de hipertensão antes de sugerir qualquer mudança	6,12	1,055	0,936	0,934	0,974

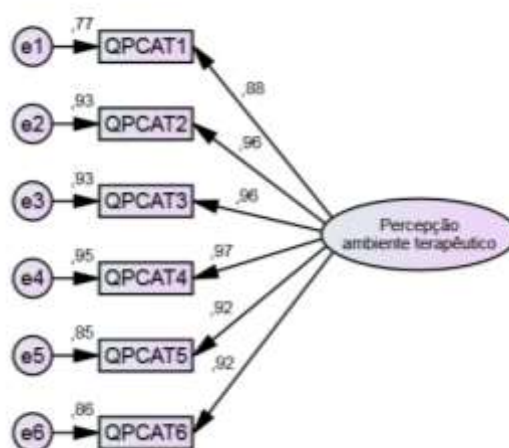
Testamos a estrutura unifatorial através da análise factorial confirmatória. Os resultados das estatísticas revelam índices de assimetria e curtose relativos a cada um dos itens dentro dos índices de referência com um coeficiente multivariado de mardia (1,278) também indiciador de uma distribuição normal. A tabela 11 apresenta as trajetórias, os rácios críticos e os coeficientes lambda, aferindo-se que todos os itens possuem significância estatística com o fator da escala e que as saturações são elevadas.

Tabela 11. Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda do Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico

Trajetórias		C.R.	P	λ
QPCAT1	<--- F1			0,880
QPCAT2	<--- F1	24,591	***	0,962
QPCAT3	<--- F1	24,338	***	0,962
QPCAT4	<--- F1	25,269	***	0,974
QPCAT5	<--- F1	22,123	***	0,920
QPCAT6	<--- F1	22,369	***	0,925

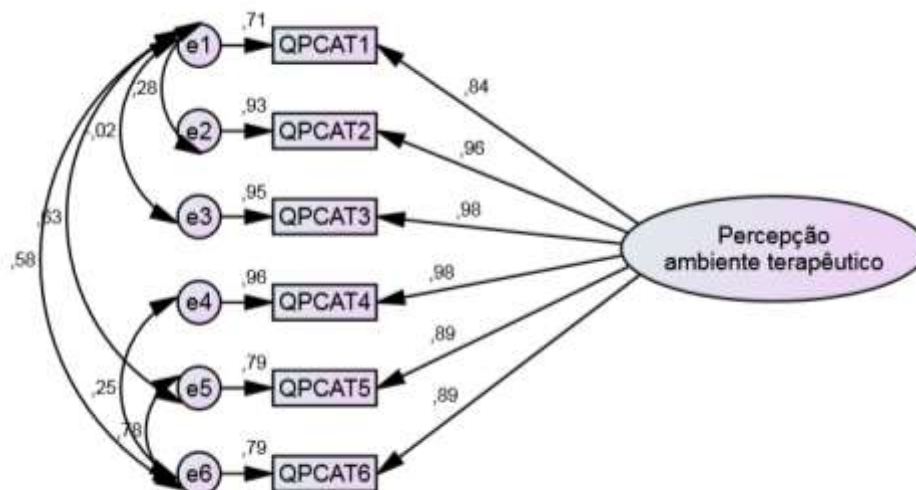
Pela figura 5 notamos que todos os itens possuem um peso fatorial superior a 0,50 com uma fiabilidade individual dos indicadores superiores a 0,25.

Figura 5. Modelo inicial do Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico



A qualidade de ajustamento global revelou-se inadequada para $\chi^2/gf=40,746$; CFI=0,860; GFI=0,640 e RMSEA=0,412 e adequada para o RMR=0,042 e SRMR=0,040. Nesse sentido procedemos ao ajustamento do modelo realizado a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p<0,001$) produzidos pelo AMOS. A figura 6 evidencia os resultados obtidos e como notamos os erros e1 e e6 encontravam-se correlacionados com os diferentes erros dos restantes itens o que é sugestivo de multicolinearidade, pelo que se decidiu efetuar a sua eliminação. Com este procedimento a qualidade de ajustamento global passou a classificar-se de boa para $\chi^2/gf=3,694$; CFI=0,997; GFI=0,986; RMR=0,007 e SRMR=0,006 mas inadequada para RMSEA=0,412.

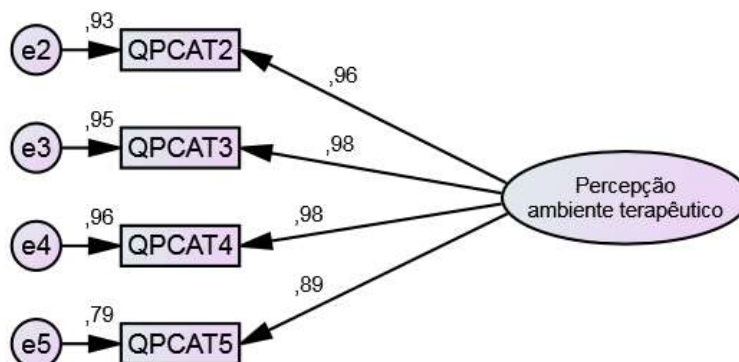
Figura 6. Modelo com índices de modificação do Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico



A figura 7 representa o modelo final ajustado. Aferimos os elevados pesos fatoriais que os itens estabelecem com a percepção do ambiente terapêutico bem como a fiabilidade individual de cada item. Os índices de ajustamento global continuam a manifestar-se bons para $\chi^2/gf=5,183$; CFI=0,997; GFI=0,980; RMR=0,007 e SRMR=0,006 mas inadequada para RMSEA=0,134.

A fiabilidade compósita (FC=0,975) e a VEM (0,907) revelam índices muito adequados.

Figura 7. Modelo final ajustado do Questionário abreviado da Percepção do Cliente sobre a Ambiente Terapêutico



O **Questionário de Autorregulação** (*Treatment Self-Regulation Questionnaire*) avalia se os motivos pelos quais as pessoas têm ou teriam um comportamento saudável são autônomos ou autodeterminados, tal como iniciar ou seguir um regime terapêutico ou mudar um comportamento relacionado com a saúde. Este questionário é constituído por 15 itens agrupados em três subescalas onde o sujeito se posiciona numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). A subescala motivação autónoma refere-se ao grau de motivação interna e está relacionada com a manutenção de comportamentos que conduzem a resultados positivos nos cuidados de saúde, é avaliada por 6 itens (1, 3, 6, 8, 11 e 13). A subescala motivação controlada avalia o modo como o indivíduo é regulado pelo controlo externo, comporta 6 itens (2, 4, 7, 9, 12 e 14). A amotivação contém 3 itens (5, 10 e 15) e avalia o grau de desmotivação. Para determinar a cotação de cada subescala calcula-se a média dos itens referentes a cada uma delas, podendo estas serem usadas de forma independente.

Resultados psicométricos do Questionário de Autorregulação no presente estudo

Procedemos ao estudo das estatísticas dos 15 itens que constituem o questionário de autorregulação verificando-se conforme os resultados da tabela 12 que os índices médios obtidos num intervalo de 1 a 7 se encontram ligeiramente dispersos ao oscilarem entre 3,68 no item 5 “ Eu realmente não penso muito nisso” e 6,44 no item 13 “Porque é muito importante ser o mais saudável possível”.

Por outro lado os resultados da correlação de cada item com a nota global, revelam que os itens 5, 10 e 15 são inferiores a 0,2, pelo que numa análise mais conservadora deveriam ser eliminados. A correlação mais elevada observa-se no item 6 ($r = 0,608$) que explica 90,0% da variabilidade.

Quanto aos coeficientes alfa de Cronbach notamos que são adequados ao registarem valores situados entre ($\alpha=0,703$) no item 12 e ($\alpha=0,786$) no item 15 para um alfa global de 0,738.

Tabela 12. Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global do Questionário de Autorregulação

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1	Porque quero ser responsável pela minha própria saúde	6,39	0,857	0,580	0,852	0,711
2	Porque sentiria culpa ou vergonha se não seguisse o tratamento da hipertensão	5,38	1,731	0,367	0,305	0,722
3	Porque acredito pessoalmente que é a melhor coisa para a minha saúde	6,43	0,815	0,557	0,894	0,714
4	Porque os outros ficariam aborrecidos comigo se eu não seguisse o tratamento da hipertensão	4,97	1,799	0,443	0,437	0,712
5	Eu realmente não penso muito nisso	3,68	1,709	0,057	0,268	0,760
6	Porque acredito que é muito importante para muitos aspetos da minha vida	6,38	0,841	0,608	0,900	0,710
7	Porque me sentiria mal comigo se não seguisse o tratamento da hipertensão	6,10	1,103	0,533	0,501	0,709
8	Porque é uma escolha importante que eu quero realmente fazer	6,31	1,047	0,481	0,633	0,714
9	Porque os outros me pressionam para seguir o tratamento da hipertensão	4,63	1,770	0,271	0,340	0,735
10	Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar sobre o assunto	4,44	1,649	0,166	0,230	0,746
11	Porque está de acordo com os meus objetivos de vida	6,33	0,970	0,541	0,717	0,711
12	Porque quero que os outros aprovem o meu comportamento	5,72	1,493	0,525	0,470	0,703
13	Porque é muito importante ser o mais saudável possível	6,44	0,832	0,574	0,879	0,713
14	Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer	5,99	1,273	0,548	0,443	0,704
15	Realmente não sei bem porquê	2,97	1,805	-0,143	0,312	0,786

Submetemos o modelo trifatorial a análise fatorial confirmatória, uma vez que já conhecíamos a estrutura fatorial do questionário. A avaliação dos pressupostos da normalidade foi efetuada a partir dos valores de S_k e K_u concluindo que não se afastavam excessivamente da distribuição normal, ocorrendo o mesmo com o coeficiente multivariado de mardia (mardia= 2,946).

Na tabela 13 figuram os resultados dos rácios críticos dos itens com o fator correspondente e os pesos fatoriais dados pelos coeficientes lambda. Observamos que todos os rácios críticos são significativos o que leva à manuteno dos itens, mas pelos coeficientes lambda aferimos que o item 9 do fator 2 deverá ser eliminado por apresentar peso fatorial inferior a 0,40 (valor de referência no presente estudo).

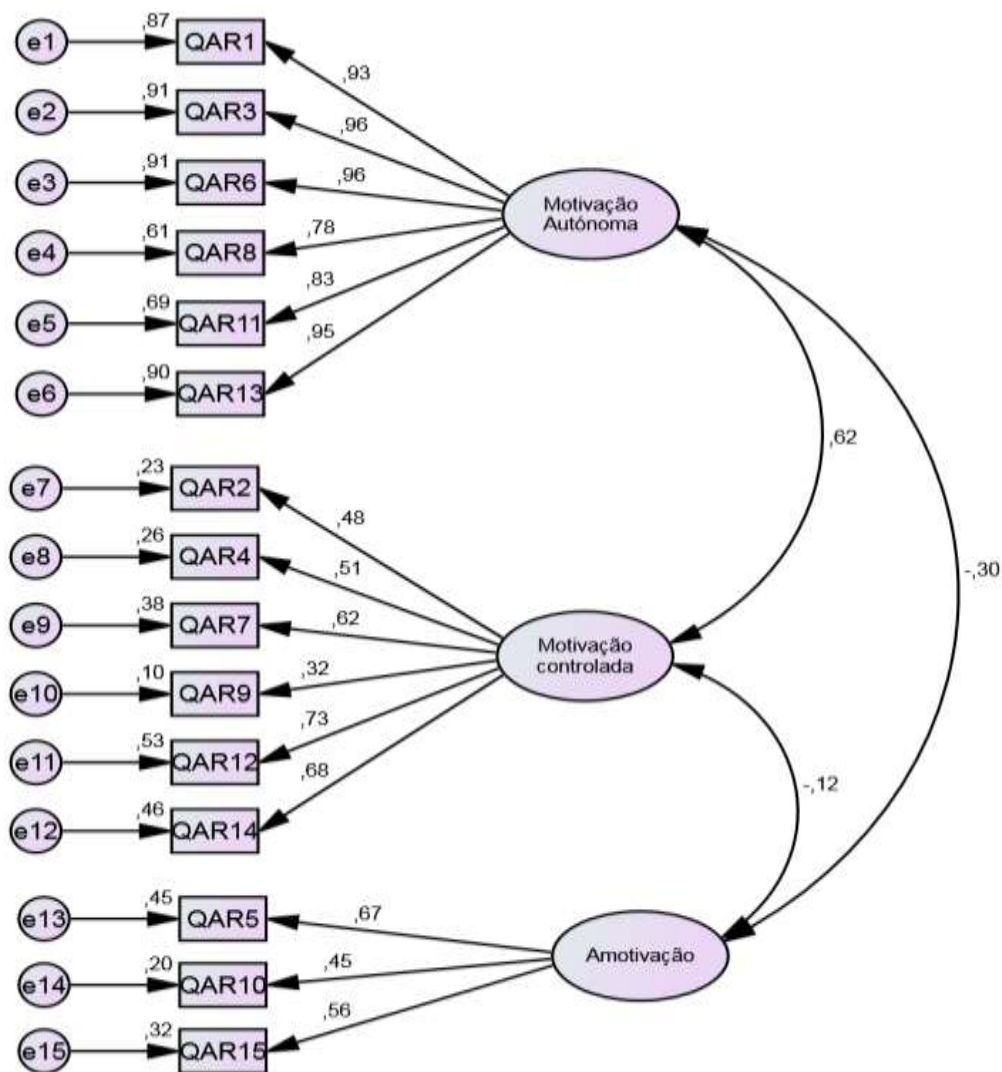
Tabela 13. Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda do Questionário de Autorregulao

Trajetórias			C.R.	P	λ
QAR1	<---	F1			0,931
QAR3	<---	F1	30,127	***	0,956
QAR6	<---	F1	29,845	***	0,955
QAR8	<---	F1	17,050	***	0,784
QAR11	<---	F1	19,409	***	0,832
QAR13	<---	F1	29,153	***	0,949
QAR2	<---	F2			0,477
QAR4	<---	F2	5,516	***	0,510
QAR7	<---	F2	5,242	***	0,619
QAR9	<---	F2	3,773	***	0,318
QAR12	<---	F2	6,380	***	0,729
QAR14	<---	F2	5,834	***	0,679
QAR5	<---	F3			0,672
QAR10	<---	F3	4,106	***	0,446
QAR15	<---	F3	3,781	***	0,565

Traduzimos na figura 8 o modelo inicial que comporta os 15 itens sendo notrio que apenas o item 9 do fator dois tem peso fatorial inferior ao valor de referência. A fiabilidade individual também  baixa já que apresenta um valor correlacional de 0,10.

Neste primeiro modelo os índices de ajustamento global revelam que a validade fatorial proposta é adequada para o $\chi^2/gl=3,875$ e sofrível para os restantes indicadores (GFI=0,829; CFI=0,896; RMR=0,240; RMSEA=0,111 e SRMR=0,120).

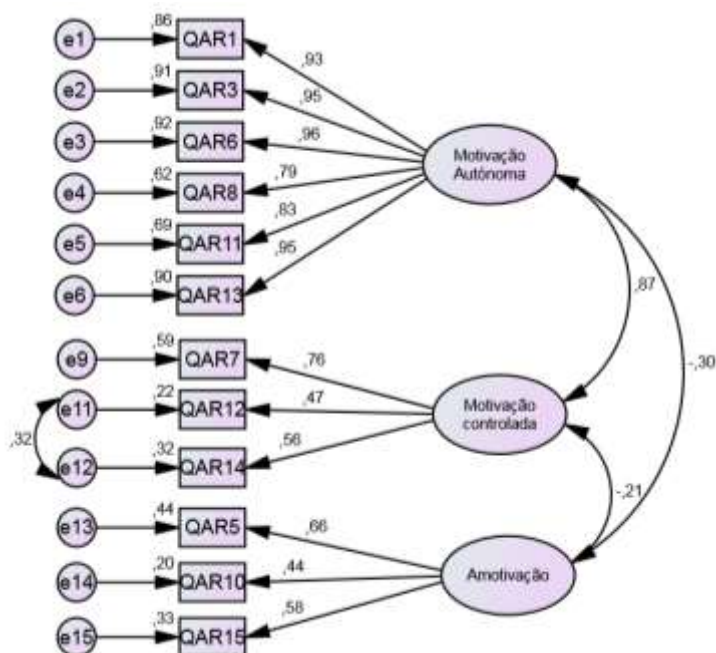
Figura 8. Modelo inicial com os 15 itens do Questionário de Autorregulação



Prosseguimos com a AFC procedendo à eliminação dos itens e efetuando o refinamento do modelo através dos índices de modificação propostos pelo AMOS. A figura 9 traduz o resultado final. Todos os itens apresentam com o fator que lhe corresponde um peso fatorial superior a 0,40, registando-se o mais baixo no item 10 relativo ao fator 3 com uma saturação de 0,44.

A qualidade de ajustamento global registou neste último modelo valores adequados para os índices ($\chi^2/gf=2,496$; $GFI=0,917$; $CFI=0,966$; $RMSEA=0,080$ e $SRMR=0,049$) e inadequado para o $RMR=0,101$.

Figura 9. Modelo final do Questionário de Autorregulação



Na tabela 14 apresentamos os índices de fiabilidade compósita e variância extraída média. Quanto aos primeiros registamos boa consistência dos itens para a motivação autónoma, adequada para a motivação controlada e sofrível para a amotivação. O valor de alfa estratificado pode classificar-se de muito bom ($\alpha=0,940$).

No que se refere à VEM apenas o fator 1 (VEM=0,816) e o VEM global da escala (VEM=0,583) apresentam validade convergente. Já no respeitante à validade discriminante é observada em todos os fatores uma vez que a VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

Tabela 14. Fiabilidade compósita e Variância extraída Média do Questionário de Autorregulação

Fatores	FC	VEM	Validade discriminante		
			1 vs2	1 vs3	2vs3
F1 – Motivação autónoma	0,963	0,816	0,756	0,090	
F2 – Motivação controlada	0,634	0,357			0,044
F3 - Amotivação	0,582	0,322			

Realizada a análise fatorial confirmatória, submetemos os itens finais ao estudo de consistência interna por fator. Observamos pela tabela 15 que os valores correlacionais na motivação autónoma oscilam entre 0,772 no item 8 e 0,929 no item 3 com valores de alfa muito bons a situarem-se entre 0,944 no item 6 e 0,965 no item 8.

Na subescala motivação controlada os índices correlacionais são bastante inferiores registando-se o mais elevado no item 12 ($r=0,554$) com uma variabilidade de 30,9%. Os coeficientes alfa são sofríveis situando-se entre os 0,564 no item 12 e 0,661 no item 7. Para a subescala amotivação é de registar que o item 10 deveria ser eliminado por apresentar valor correlacional inferior a 0,20, mas tal não melhoraria o valor de alfa para esta subescala, pelo que decidimos pela sua manutenção.

Tabela 15. Consistência interna do Questionário de Autorregulação

Itens		R item-total (s/item)	R ²	α sem item
Fator 1 – Motivação autónoma				
1	Porque quero ser responsável pela minha própria saúde	0,901	0,848	0,947
3	Porque acredito pessoalmente que é a melhor coisa para a minha saúde	0,929	0,888	0,945
6	Porque acredito que é muito importante para muitos aspetos da minha vida	0,928	0,882	0,944
8	Porque é uma escolha importante que eu quero realmente fazer	0,772	0,598	0,965
11	Porque está de acordo com os meus objetivos de vida	0,816	0,679	0,957
13	Porque é muito importante ser o mais saudável possível	0,923	0,875	0,945
Fator 2 – Motivação controlada				
7	Porque me sentiria mal comigo se não seguisse o tratamento da hipertensão	0,473	0,224	0,661
12	Porque quero que os outros aproveem o meu comportamento	0,554	0,309	0,564
14	Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer	0,538	0,292	0,575
Fator 3 – Amotivação				
5	Eu realmente não penso muito nisso	0,433	0,190	0,397
10	Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar sobre o assunto	0,330	0,111	0,551
15	Realmente não sei bem porquê	0,392	0,165	0,462

Completamos o estudo deste questionário apresentando na tabela 16 os resultados da validade convergente/divergente dos itens por fator e na tabela 17 os resultados da matriz de correlação de Pearson. No referente à validade convergente/divergente os valores obtidos são indicativos da sua existência porquanto os índices correlacionais mais elevados registam-se entre os itens e os fatores a que pertencem.

Tabela 16. Ordenações dos itens por fator do Questionário de Autorregulação

Itens		Motivação autónoma	Motivação controlada	Amotivação
1	Porque quero ser responsável pela minha própria saúde	0,932***	0,554***	-0,181**
3	Porque acredito pessoalmente que é a melhor coisa para a minha saúde	0,950***	0,568***	-0,248***
5	Eu realmente não penso muito nisso	-0,198**	-0,057	0,761***
6	Porque acredito que é muito importante para muitos aspetos da minha vida	0,950***	0,655***	-0,219**
7	Porque me sentiria mal comigo se não seguisse o tratamento da hipertensão	0,665***	0,727***	-0,113*

8	Porque é uma escolha importante que eu quero realmente fazer	0,851***	0,571***	-0,240***
10	Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar sobre o assunto	-0,092	0,051	0,688***
11	Porque está de acordo com os meus objetivos de vida	0,877***	0,589***	-0,169*
12	Porque quero que os outros aprovem o meu comportamento	0,389***	0,843***	-0,127*
13	Porque é muito importante ser o mais saudável possível	0,946***	0,568***	-0,207**
14	Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer	0,512***	0,798***	-0,063
15	Realmente não sei bem porquê	-0,212**	-0,263***	0,755***

Quanto aos resultados obtidos com a matriz de correlação observamos pela tabela 17 que as correlações entre as três subescalas se classificam entre o fraco e o bom uma vez que se situam entre ($r=-0,128$) na amotivação vs motivação controlada e ($r=0,639$) na motivação autónoma vs motivação controlada explicando estas variáveis 40,8% da variabilidade. Pelos resultados obtidos pode inferir-se que a uma maior motivação autónoma corresponde uma maior motivação controlada e em ambos os casos menor amotivação.

Tabela 17. Matriz de correlação de *Pearson* entre os factores do Questionário de Autorregulação e o valor global

Fatores	Motivação autónoma	Motivação controlada
Motivação autónoma	—	
Motivação controlada	0,639**	—
Amotivação	-0,230**	-0,128*

A **Escala de Competência Percebida** (*Perceived Competence Scale*) é um breve questionário constituído por 4 itens. Avalia o grau de confiança dos indivíduos em iniciar ou manter uma mudança em direção a um comportamento saudável, em participar num plano de cuidados de saúde, ou em realizar um tratamento. Esta escala pode ser adaptada conforme a necessidade de se estudar determinados comportamentos. As questões são cotadas numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). Os resultados obtêm-se a partir da média da pontuação dos 4 itens.

Resultados psicométricos da Escala de Competência Percebida no presente estudo

Efetuamos para a presente escala o estudo de consistência interna apresentando-se na tabela 18 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala. No respeitante aos índices médios aferimos a existência de

scores superiores a seis nos quatro itens inferindo-se assim a existência de centralidade. Por outro lado os resultados da correlação de cada item com a nota global, afere elevada correlação com percentagem de variância explicada nos itens acima dos 85,0%. Quanto aos coeficientes alfa de Cronbach denota-se muito boa consistência interna com valores a oscilarem entre 0,972 no item 4 “Consigo fazer o que é necessário para o tratamento da hipertensão arterial” e 0,983 no item 1” Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir o tratamento da hipertensão arterial” para um alfa global de 0,982.

Tabela 18. Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da Escala de Competência Percebida

	Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1	Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir o tratamento da hipertensão arterial.	6,28	0,814	0,925	0,859	0,983
2	Presentemente, sinto-me capaz de ter os cuidados necessários por causa da hipertensão arterial.	6,26	0,810	0,959	0,931	0,974
3	Sinto que sou capaz de não falhar nos cuidados necessários a ter por causa da hipertensão arterial.	6,25	0,831	0,964	0,931	0,973
4	Consigo fazer o que é necessário para o tratamento da hipertensão arterial.	6,26	0,826	0,966	0,937	0,972

O modelo unifatorial com os quatro itens apresenta-se com saturações elevadas e fiabilidade individual adequada. Os rácios críticos são todos estatisticamente significativos.

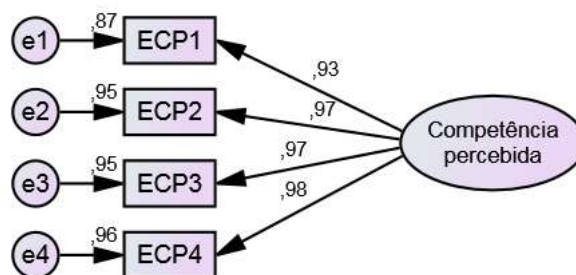
Tabela 19. Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda da Escala de Competência Percebida

	Trajetórias	R. C.	P	λ
ECP1	<--- F1			0,933
ECP2	<--- F1	33,496	***	0,974
ECP3	<--- F1	33,597	***	0,974
ECP4	<--- F1	34,339	***	0,979

Apresentamos na figura 10 o modelo final com os quatro fatores e respetivas cargas fatoriais bem como a fiabilidade dos indicadores que se situam acima dos valores de referência. Quanto aos índices de fiabilidade global são muito bons para ($X^2/gf=3,197$; $GFI=0,987$; $CFI=0,997$; $RMR=0,003$ e $SRMR=0,003$) e adequados para $RMSEA=0,097$.

A fiabilidade compósita ($FC=0,981$) revela muito boa consistência interna com uma validade convergente muito adequada ($VEM=0,931$).

Figura 10. Modelo final da Escala de Competência Percebida



2.3.7. A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Resultados psicométricos da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos no presente estudo

As estatísticas dos 7 itens que constituem a escala revelam que os índices médios obtidos estão bem centrados pois numa escala de 0 a 1 situam-se acima do valor médio. Analisando a correlação de cada item com a nota global, aferimos a existência de correlações são positivas registando-se o valor mínimo ($r=0,510$) no item 5 “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” e o máximo ($r=0,743$) no item 7 “Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?” explicando 28,7% e 54,9% respetivamente.

No concernente aos coeficientes alfa de Cronbach podemos classificá-los de bons pois variam entre 0,814 no item 7 e 0,842 no item 5 com um alfa global de 0,847. Os alfas de cronbach obtidos pelo método das metades “*split-half*” revelaram-se

também bons, sendo de 0,777 para a primeira metade e 0,718 para a segunda metade.

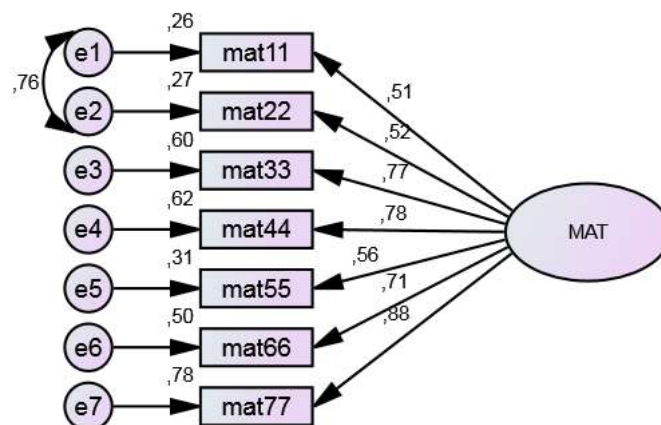
Tabela 20. Consistência interna da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

Itens	Média	Desvio Padrão	R item-total (s/item)	R ²	α sem item
1 Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	0,8000	0,400	0,639	0,687	0,826
2 Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	0,8298	0,376	0,660	0,689	0,819
3 Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	0,9277	0,259	0,621	0,532	0,824
4 Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0,9532	0,21168	0,637	0,552	0,827
5 Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0,8766	0,32960	0,501	0,287	0,842
6 Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0,9319	0,25243	0,618	0,458	0,825
7 Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0,9489	0,22060	0,743	0,649	0,814

Efetuamos análise fatorial confirmatória ao modelo unifatorial, seguindo os mesmos procedimentos metodológicos e estatísticos adotados em escalas anteriores. Apuramos que os rácios críticos são todos estatisticamente significativos apresentando os sete itens saturações elevadas e fiabilidade individual adequadas. Os índices de bondade de ajustamento no modelo inicial apresentavam valores inadequados para $\chi^2/gf=14,707$; $GFI=0,835$; $RMSEA=0,242$ e $SRMR=0,100$ e adequados para o $RMR=0,014$. Após se proceder aos índices de modificação propostos pelo AMOS que prevê a correlação dos erros e_1 e e_2 , o modelo final revelou índices de ajustamento muito adequados $\chi^2/gf=1,161$; $GFI=0,982$; $RMSEA=0,026$; $SRMR=0,029$ e $RMR=0,003$.

A fiabilidade compósita mostrou também um índice adequado ($FC=0,858$) o mesmo não ocorrendo com a variância extraída média ($VEM=0,475$) que apresenta um valor ligeiramente inferior ao recomendado.

Figura 11. Modelo final da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos



2.4. Procedimentos

Foi elaborado o instrumento de colheita de dados que consiste num questionário e a respetiva declaração de consentimento informado ao participante/representante (conforme anexo I). Na construção do questionário foram utilizadas algumas escalas, apresenta-se a solicitação de autorização aos autores para uso dos instrumentos (anexo II).

Também foi realizado pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, com resposta favorável (Deliberação nº 1412/2015) (anexo III) e pedido de autorização para efetuar colheita de dados à Câmara Municipal de Castro Daire - Unidade Móvel de Saúde igualmente com resposta positiva (Ofício nº11761) (anexo IV).

No período de 28 de setembro a 27 de novembro de 2015 foi realizada a colheita de dados. Os questionários foram autoaplicados, posteriormente a uma explicação breve do estudo e autorização do participante/representante através da assinatura da declaração de consentimento informado. O protocolo de avaliação após preenchimento foi recolhido pela enfermeira da UMS em envelope fechado.

2.5. Análise de dados

Processada a recolha de dados, efetuámos uma primeira análise aos questionários no sentido de eliminarmos os que se encontravam incompletos ou mal preenchidos. Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 257 indivíduos, dos quais foram excluídos 22 por não apresentarem diagnóstico clínico de

HTA. No final a amostra ficou constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial. Seguiu-se a codificação e tabulação dos dados de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

A análise dos dados efetuou-se com o recurso à estatística descritiva e inferencial. Com a estatística descritiva, determinámos: frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central como médias, medidas de dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de forma, como assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Na análise inferencial foram aplicados os testes: Teste de *U Mann Whitney* (UMW) – para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Análise de variância a um fator (ANOVA) ou teste de *Kruskall Wallis* (KW) – para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, com recurso aos testes *Post-hoc* de *Tukey*, para determinarmos quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014). Para a modelação das relações entre as variáveis e o teste dos modelos hipotetizados recorreremos à regressão linear univariada e múltipla que é um teste estatístico usado para prever o comportamento de uma variável dependente a partir de duas ou mais variáveis independentes isto é, avaliar, separadamente e em conjunto, o contributo de duas ou mais variáveis preditoras para a explicação de uma variável critério.

Para a análise inferencial foram considerados os níveis de significância:

$p < 0,05$ * – diferença estatística significativa;

$p < 0,01$ ** – diferença estatística bastante significativa;

$p < 0,001$ *** – diferença estatística altamente significativa;

$p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23.0 (2015) para windows.

A apresentação dos dados será processada em formato de artigos, de acordo com as questões de investigação e objetivos formulados. A principal vantagem da dissertação em formato de artigos é que cada artigo tem suas próprias características de individualidade, isto significa que cada artigo tem seus próprios objetivos, revisão da literatura, método de pesquisa, resultados, discussões e conclusões, para promover a divulgação dos resultados do estudo em bases científicas.

Deste modo serão apresentados 5 artigos com as seguintes designações:

- Artigo 1 - Características sociodemográficas e familiares na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade;
- Artigo 2 - Estilos de vida e adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão em contexto comunitário;
- Artigo 3 - Contexto clínico e adesão ao tratamento em hipertensos;
- Artigo 4 - Influência dos profissionais e serviços de saúde na adesão ao tratamento em hipertensos;
- Artigo 5 - Fatores motivacionais na adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão arterial.

3. Artigos

Artigo 1: Características sociodemográficas e familiares na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade

Resumo

Introdução: A HTA é um importante problema de Saúde Pública, com uma elevada prevalência/incidência e é responsável por diversas co-morbilidades. O grande obstáculo para o controlo da HTA é a não adesão ao tratamento. Assim, é essencial identificar fatores, designadamente sociodemográficos e familiares, que interferem na adesão por forma a permitir aos enfermeiros melhorar os comportamentos de adesão ao tratamento.

Objetivo: Identificar variáveis sociodemográficas e familiares que interferem na adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão arterial em contexto comunitário.

Métodos: Estudo transversal, descritivo-correlacional. A amostra foi de 235 pessoas com hipertensão arterial, maioritariamente do sexo feminino (63,8%), com idades entre os 43 e os 91 anos (média $75 \pm 8,14$ anos). Questionário composto por variáveis sociodemográficas, Escala de Apgar Familiar e Escala de Medida de Adesão ao Tratamentos (MAT).

Resultados: Apenas 34,5% dos indivíduos hipertensos apresentavam a pressão arterial controlada, sendo 28,2% homens e 38% mulheres. Mais de metade da amostra (56,2%) adere ao tratamento. Os participantes com maiores níveis de adesão ao tratamento eram do sexo masculino, com idades inferiores ou iguais a 64 anos, sem companheiro, a viver sozinhos, sem habilitações literárias, reformados, com rendimentos inferiores a 250 euros/mensais, com apoio social e com uma relação familiar altamente funcional.

Conclusão: Menos de metade da amostra apresentava valores de pressão arterial controlados e associaram-se à adesão ao tratamento diversas variáveis sociodemográficas e familiares. Os enfermeiros promovem a capacitação dos cidadãos para a autogestão por forma a melhorar a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Família; Hipertensão; Prevalência.

Abstract:

Introduction: Hypertension is a major public health problem with a high prevalence / incidence and is responsible for several co-morbidities. The major obstacle to the control of hypertension is non-adherence to treatment. It is therefore essential to identify factors, including sociodemographic and family that influence adherence to allow nurses to improve the behavior of adherence to treatment.

Objective: To identify sociodemographic variables and family that interfere with adherence to treatment in people with hypertension in a community context. **Methods:** Cross-sectional study, descriptive and correlational. The sample of 235 people with high blood pressure, mostly female (63.8%), aged between 43 and 91 years (mean 75 ± 8.14 years). Questionnaire with sociodemographic variables, Family Apgar Scale and Adhesion Measurement Scale to treatment (MAT).

Results: Only 34.5% of the hypertensive subjects had controlled blood pressure, with 28.2% men and 38% women. More than half (56.2%) adheres to treatment. Participants with higher levels of adherence to treatment were male, aged below or equal to 64 years, unmarried, living alone, without literary, retired qualifications, earning less than 250 euros / month, with social support and a highly functional family relationship.

Conclusion: Sample Less than half had blood pressure levels controlled and were associated with adherence to treatment various sociodemographic variables and family. Nurses promote the empowerment of citizens to self-management in order to improve adherence to treatment.

Key-words: Medication adherence; Family; Hypertension; Prevalence.

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, sendo simultaneamente uma doença crónica e um fator de risco para as doenças cardiovasculares (Figueiredo & Asakura, 2010). As doenças cardiovasculares continuam, em Portugal, a constituir a principal causa de morte responsável por 32% do total dos óbitos (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013). Assim, a elevada incidência/prevalência e mortalidade da doença cardiovascular prevê a urgente necessidade de alterar a intervenção dos profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, sustentada pelas alterações demográficas, pelo envelhecimento da população e pela alteração da dinâmica familiar.

Neste contexto, a patologia cardiovascular é uma das áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e da sua Revisão e Extensão 2020. A elevada prevalência de fatores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente a HTA e a hipercolesterolemia relacionada com o tabagismo e o sedentarismo, impõem que seja dada especial atenção à promoção e prevenção, adoção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair essas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

A HTA necessita da terapêutica e vigilância continuada, sendo importante não esquecer que a descontinuação da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013). Segundo dados de referência; a HTA define-se com valores de pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e de pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, et al., 2013; World Health Organization, 2013).

Em Portugal, um estudo realizado entre 2011 e 2012, designado de *Portuguese Hypertension and Salt Study* (PHYSA) com uma amostra de 3720 indivíduos portugueses mostrou uma prevalência de HTA de 42,2%, superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014). No ano de 2014 a Organização Mundial de Saúde estimou, para Portugal, uma prevalência de HTA de 29,0%, sendo esta de 31,8% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino (World Health Organization, 2014).

O grande obstáculo para o controlo da pressão arterial é a não adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública (World Health Organization, 2013).

O conceito de 'adesão' significa mais do que respeitar as instruções médicas, depende da adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos e da autogestão

da doença (Catela, 2010). Referir que a adesão ao tratamento é influenciada por fatores individuais, pela relação interpessoal do indivíduo com os membros da equipa multiprofissional de saúde e do contexto socioeconómico (Figueiredo & Asakura, 2010). Compreender os fatores sociodemográficos e familiares envolvidos na adesão ao regime terapêutico permite, em simultâneo, perceber como podem os enfermeiros contribuir para melhorar os comportamentos de adesão ao esquema de intervenção farmacológico, bem como desenvolver estratégias que possibilitem às pessoas integrar comportamentos de autogestão da doença crónica na sua vida diária, aumentando os ganhos em saúde.

De entre os recursos em saúde existentes na área geodemográfica em estudo realçamos a Unidade Móvel de Saúde (UMS), uma iniciativa da Autarquia, financiada pelo *Programa Leader* (2004), que alia a saúde e a ação social. A UMS dispõe de um profissional de enfermagem que presta cuidados de saúde primários, na área da prevenção da doença, promoção e educação para saúde. Num concelho do interior onde impera o envelhecimento populacional o recurso comunitário da UMS é essencial para uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde permitindo, entre outros aspetos, o controle e a gestão da doença crónica. A intervenção da consulta de enfermagem no âmbito da UMS tem por base um serviço de proximidade, deslocando-se às localidades distantes das unidades locais de saúde da sede e suas extensões, com o objetivo de colmatar as dificuldades sentidas pela população, principalmente a mais idosa, devido ao comprometimento da mobilidade e aumento da dependência, com o intuito de aumentar o grau de satisfação e acessibilidade dos munícipes aos cuidados de saúde (Município de Castro Daire, 2016).

Perante este problema formulou-se a seguinte questão de investigação: Que variáveis sociodemográficas e familiares interferem na adesão ao tratamento em hipertensos em contexto comunitário? Assim, o objetivo foi: identificar as variáveis sociodemográficas e familiares que interferem na adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão arterial na comunidade.

Participantes e Métodos

Realizámos um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. A amostra não probabilística, por conveniência, era constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire utilizadores da Unidade Móvel de Saúde, sendo a maioria do sexo feminino (63,8% vs. 36,2%). A amostra apresenta uma idade mínima de 43 anos e máxima de 91 anos (média de $75 \pm 8,14$ anos). Nos homens a idade mínima foi de 50 anos e máxima de 89 anos, enquanto para o sexo feminino foi de 43 anos e a máxima de 91 anos. Os homens são em média mais velhos ($77 \pm 7,41$ anos vs. $73 \pm 8,42$ anos). A totalidade dos indivíduos referiram viver na aldeia. De acordo com a Tabela 1, no total da amostra, 45,1% apresenta idade ≥ 76 anos; 44,3% apresenta entre 64 e 75 anos e apenas 10,6% ≤ 64 anos. Quanto ao estado civil constatamos que a maioria das pessoas inquiridas são casadas ou estão em união de facto (62,6%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria da amostra possui o 1º ciclo (58,3%), com maior percentagem no sexo masculino (68,2% vs. 52,7%). A maioria dos inquiridos está reformada (87,7%), verificando-se esta constante para ambos os sexos. Segue-se os desempregados com 9,8%, sendo o desemprego mais frequente no sexo feminino (11,3%). Ainda 1,3% da amostra está empregada ou apresenta outra situação laboral. A maioria dos indivíduos (66,8%) mencionou que auferem rendimentos mensais entre os 250 e 500 euros. A auferir rendimentos inferiores a 250 euros encontrámos uma percentagem de 26,4%, a menor percentagem recai nos que obtêm rendimentos superiores a 500 euros (6,8%). Relativamente ao género consta-se que os menores rendimentos recaem sobre as mulheres (30,0%), enquanto rendimentos mais elevados são na sua maioria auferidos pelos homens (14,1%). Mais de metade dos participantes (53,2%) referiu viver com o conjugue. Realça-se, entretanto, que 27,7% da amostra vive sozinha sendo a percentagem mais elevada entre as mulheres (34,0%). Dos 8,5% que habitam com os filhos a maior percentagem é também constituída por mulheres (10,0%). Constatou-se que mais de metade da amostra vive apenas com uma pessoa (55,7%), 27,7% vivem sozinhas e apenas 16,6% vivem com ≥ 2 pessoas. No que concerne ao apoio social; a grande maioria da população não usufrui de apoio social (92,3%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (85)	% (36,2)	n (150)	% (63,8)	n (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Grupo etário									
≤ 64		6	7,0	19	12,6	25	10,6	-1,3	1,3
65-75		31	36,5	73	48,7	104	44,3	-1,8	1,8
≥ 76		48	56,5	58	38,7	106	45,1	2,6	-2,6
Estado civil									
Solteiro		3	3,5	8	5,3	11	4,7	-0,6	0,6
Casado/União de facto		67	78,8	80	53,4	147	62,5	3,9	-3,9
Divorciado/Separado/viúvo		15	17,7	62	41,3	77	32,8	-4,6	4,6
Habilitações literárias									
Não sabe ler/escrever		13	15,3	48	32,0	61	25,9	-2,8	2,8
Sabe ler/escrever		11	13,0	19	12,6	30	12,8	0,1	-0,1
1.º Ciclo		58	68,2	79	52,7	137	58,3	2,3	-2,3
>1.º Ciclo		3	3,5	4	2,7	7	3,0	-0,1	0,1
Situação laboral									
Empregado		2	2,3	1	0,7	3	1,3	1,1	-1,1
Desempregado		6	7,1	17	11,3	23	9,8	-1,1	1,1
Reformado		77	90,6	129	86,0	206	87,6	1,0	-1,0
Outro		-	0,0	3	2,0	3	1,3	-1,3	1,3
Rendimentos									
<250		17	20,0	45	30,0	62	26,4	-1,7	1,7
250-500		56	65,9	101	67,3	157	66,8	-0,2	0,2
> 500		12	14,1	4	2,7	16	6,8	3,3	-3,3
Reside									
Sozinho		14	16,5	51	34,0	65	27,7	-2,9	2,9
Conjuge		55	64,7	70	46,7	125	53,2	2,7	-2,7
Conjuge e filhos		8	9,4	8	5,3	16	6,8	1,2	-1,2
Filhos		5	5,9	15	10,0	20	8,5	-1,1	1,1
Família alargada		3	3,5	6	2,6	9	3,8	-0,2	0,2
Nº de pessoas com quem vive									
0		14	16,5	51	34,0	65	27,7	-2,9	2,9
1		58	68,2	73	48,7	131	55,7	2,9	-2,9
≥ 2		13	15,3	26	17,3	39	16,6	-0,4	0,4
Apoio social									
Não		75	88,2	142	94,7	217	92,3	-1,8	1,8
Sim		10	11,8	8	5,3	18	7,7	1,8	-1,8

Considerámos como critérios de inclusão: residência no concelho de Castro Daire; diagnóstico clínico de hipertensão arterial de acordo com a norma nº020/2011 atualizada em 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS); idade ≥ 18 anos; inscritos na Unidade Móvel de Saúde; inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire e aceitar voluntariamente participar no estudo. Os critérios de exclusão: pessoas com demência e pessoas com dificuldades de comunicação. Foi realizado pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, com resposta favorável (Deliberação nº 1412/2015) e pedido de autorização para efetuar colheita de dados à Câmara Municipal de Castro Daire - Unidade Móvel de Saúde igualmente com resposta positiva (Ofício nº11761). Foi preenchida a respetiva declaração de consentimento informado pelo participante/representante com entrega prévia ao protocolo de avaliação.

Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 257 indivíduos, contudo somente 235 eram hipertensos, pelo que houve a exclusão de 22 questionários. O instrumento de colheita de dados era composto por variáveis

sociodemográficas, pela escala de Apgar Familiar e pela escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Para avaliar a funcionalidade familiar foi utilizada a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978), Versão Portuguesa de Azeredo e Matos (1989). É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família. Cada questão permite três tipos de resposta: “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar em: família altamente funcional - 7 a 10 pontos, família com disfunção leve - 4 a 6 pontos e família com disfunção severa - 0 a 3 pontos.

Para avaliar a adesão ao tratamento foi utilizada a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala tipo Likert de 6 pontos, desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode ser convertida numa escala dicotómica: nunca (6) e raramente (5) da escala de Likert passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de Likert passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 23.0 (2015) para Windows.

Resultados

Os participantes percebem uma relação familiar que integra a família altamente funcional (83,4%). Apenas 13,2% referem ter uma relação familiar com disfunção leve e 3,4% uma relação familiar com disfunção severa. Esta tendência verifica-se em ambos os sexos (Tabela 2).

Tabela 2 – Funcionalidade familiar em função do género

Apgar Familiar	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (85)	% (36,2)	n (150)	% (63,8)	n (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Disfunção severa		2	2,4	6	4,0	8	3,4	-0,7	0,7
Disfunção leve		12	14,1	19	12,7	31	13,2	0,3	-0,3
Altamente funcional		71	83,5	125	83,3	196	83,4	0,0	0,0

Em relação à HTA, observa-se que a maioria dos indivíduos não tem a pressão arterial controlada (65,5%), ou seja, apresentam valores de pressão arterial superiores a 140mmHg para PAS e/ou superiores a 90mmHg para a PAD. Quanto ao género esta percentagem é mais notória no género masculino (71,8% vs. 62,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da pressão arterial em função do género

Hipertensão	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (85)	% (36,2)	n (150)	% (63,8)	n (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Controlada		24	28,2	57	38,0	81	34,5	-1,5	1,5
Não controlada		61	71,8	93	62,0	154	65,5	1,5	-1,5

Para a totalidade da amostra, na adesão ao tratamento verifica-se que o valor mínimo é de 3,86 e o máximo de 6 ($M=5,66 \pm 0,49$). Através da Escala de Medida de Adesão ao Tratamento dicotómica, constata-se que 56,2% da amostra é classificada como aderente e 43,8% não aderente às medidas terapêuticas (Tabela 4).

Tabela 4 – Níveis de adesão ao tratamento em pessoas hipertensas

MAT	Nº	%
Aderente	132	56,2
Não aderente	103	43,8
Total	235	100,0

Relativamente à adesão ao tratamento em relação à idade, os resultados obtidos com a aplicação do teste de Kruskal Wallis (KW), ressaltam que o grupo etário com idade ≤ 64 anos revela maior adesão ao tratamento, uma vez que apresenta a ordenação média mais elevada, contudo as diferenças entre os grupos etários não são significativas para a adesão ao tratamento ($p=0,922$). Analisando em que medida o

estado civil discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de U Mann-Whitney (UMW), verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos sem companheiro. Contudo, as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,170$). Procurou-se saber em que medida as habilitações literárias discriminam a adesão ao tratamento. Realizado o teste de UMW, os resultados apresentados na tabela 5 revelam que os indivíduos sem habilitações literárias tem índices médios mais elevados do que os com habilitações literárias, mas as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,268$). Analisando em que medida a situação laboral discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de UMW, verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos reformados. Contudo as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,931$). Relativamente à adesão ao tratamento face ao rendimento auferido, os resultados obtidos com a aplicação do teste de KW, ressalta que os indivíduos com rendimentos inferiores a 250 euros são os que revelam maior adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada. Os indivíduos com maiores rendimentos são os que apresentam ordenações médias menores. Contudo as diferenças entre os rendimentos não são significativas para a adesão ao tratamento ($p=0,613$). Verificámos que as ordenações médias são superiores nos indivíduos que vivem sozinhos, embora sem diferenças significativas ($p=0,215$). Relacionando a adesão ao tratamento com o número de pessoas com quem vive, os indivíduos que vivem com uma pessoa são os que revelam menor adesão ao tratamento, sem diferenças significativas ($p=0,217$).

Concluindo os resultados revelam que não existem diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento; género ($p=0,711$); idade ($p=0,922$); estado civil ($p=0,170$); habilitações literárias ($p=0,268$); situação laboral ($p=0,931$); rendimentos ($p=0,613$); com quem vive ($p=0,217$).

Tabela 5 – Adesão ao tratamento e variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	p
Género			
Feminino	116,82	UMW = 6197,500	0,711
Masculino	120,09		
Idade			
≤ 64 anos	120,74	KW= 0,162	0,922
65-75 anos	116,15		
≥ 76 anos	119,17		
Estado civil			
Sem companheiro	125,53	UMW = 5805,000	0,170
Com companheiro	113,49		

Habilitações literárias			
Sem habilitações	123,92	UMW = 6013,000	0,268
Com habilitações	114,26		
Situação laboral			
Reformado	118,14	UMW = 2958,500	0,931
Outros	117,02		
Rendimentos			
< 250 euros	122,90	KW = 0,975	0,613
250-500 euros	117,36		
> 500 euros	105,25		
Reside			
Sozinho	126,52	UMW = 4971,500	0,215
Com família	114,74		
Nº de pessoas com quem vive			
0	126,52	KW = 3,060	0,217
1 pessoa	111,38		
≥ 2 pessoas	126,05		

Em relação à adesão ao tratamento e o apoio social, foi realizado o teste de UMW e os resultados mostraram que os indivíduos com apoio social apresentam índices médios mais elevados de adesão ao tratamento, contudo as diferenças não são significativas ($p=0,152$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Adesão ao tratamento e o apoio social

Adesão ao tratamento			
Apoio social	Ordenação Média	UMW	p
Não	116,25	1572,500	0,152
Sim	139,14		

Relacionando a adesão ao tratamento com a funcionalidade familiar obteve-se, com a aplicação do teste de KW, que os indivíduos com uma disfunção familiar leve são os que revelam menor adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais baixa. As pessoas hipertensas com uma família altamente funcional são os que apresentam ordenações médias superiores. Contudo, as diferenças com a funcionalidade familiar não são significativas ($p=0,554$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Adesão ao tratamento e funcionalidade familiar

Adesão ao tratamento			
Apgar familiar	OM	KW	p
Disfunção severa	115,25	1,181	0,554
Disfunção leve	106,35		
Altamente funcional	119,95		

Discussão

No presente estudo a amostra foi de 235 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (63,8%). As idades variaram entre 43 e 91 anos ($75 \pm 8,14$ anos). O estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016) utilizou uma amostra de 332 pessoas com hipertensão arterial, o sexo feminino apresentou maior percentagem (59,3%) e as idades variaram entre os 27 e 94 anos ($64,33 \pm 12,38$ anos). O perfil sociodemográfico da amostra da presente investigação caracteriza-se por pessoas maioritariamente casadas/união de facto (62,6%), com o 1.º ciclo de escolaridade (58,03%), a viver com conjugue (53,2%) e reformadas (87,7%). Num estudo realizado com uma amostra de 117 pessoas com hipertensão verificaram-se resultados semelhantes (Ribeiro, 2013). Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 31 e os 94 anos ($65,4 \pm 12,1$ anos), sendo 61,5% do género feminino, 60,7% casados, 44,4% possuíam o 1º ciclo de escolaridade, 65,8% reformados e 50,4% viviam com o marido/esposa (Ribeiro, 2013).

No total da amostra, apenas 34,5% das pessoas apresentavam níveis de pressão arterial controlada, sendo superior no género feminino (38% vs. 28,2%). Estes resultados poderão ser explicados pelos fatores de risco a que a população em estudo está exposta. Trata-se de indivíduos que vivem em meio rural, que dedicam a sua atividade laboral à agricultura e com escassez de recursos socioeconómicos. Muitas vezes com hábitos de vida não saudáveis, havendo um grande consumo de carnes vermelhas e um consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Macedo e Ferreira (2013), sobre a análise epidemiológica nos Cuidados de Saúde Primários que revela uma prevalência do controlo da HTA de 35,6%, sendo no sexo masculino de 33,1% e no feminino de 37,4%. No estudo PHYSA a prevalência do controlo da HTA foi de 55,7%, as percentagens mais elevadas de controlo da HTA foram observadas nas mulheres (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014). Um estudo sobre prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal (PAP), apresenta uma prevalência do controlo da HTA de 28,6%, sendo superior no sexo feminino (32,1%) comparativamente ao sexo masculino (23,4%) (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). Todos os estudos analisados corroboram com o presente ao mostrarem que é o género feminino que melhor controla a sua pressão arterial.

Quando analisamos a adesão ao tratamento, os resultados da MAT revelaram um valor mínimo de 3,86 e máximo de 6 ($5,66 \pm 0,49$). Da aplicação da escala MAT dicotómica concluímos que 56,2% da amostra adere às medidas terapêuticas. Para

Delgado e Lima (2001) os valores oscilaram 3,71 e 6, com uma média de 5,16 ($\pm 0,61$), já na escala dicotômica os resultados revelam que mais de 60% dos participantes eram aderentes. No estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016) os valores obtidos na medida de adesão aos tratamentos variaram entre dois e seis (5,63 $\pm 0,46$). Outro estudo, com uma amostra de 61 hipertensos, obteve um valor mínimo de 2,14 e um valor máximo de 6 pontos, com uma média de 5,14 (Pinto, 2012), enquanto na MAT dicotômica observou uma adesão às medidas terapêuticas em 50% dos participantes.

Através dos resultados apresentados constata-se que os participantes com maiores níveis de adesão ao tratamento são os do sexo masculino, pertencentes ao grupo etário com idade ≤ 64 anos, sem companheiro, a viverem sozinhos, sem habilitações literárias, reformados, com rendimentos inferiores a 250 euros/mensais e com apoio social. Contudo, os resultados não são estatisticamente significativos. Noutros estudos as variáveis sociodemográficas revelaram-se predictoras da adesão ao tratamento. Segundo Sousa (2005) um estudo exploratório e correlacional com 108 pessoas com hipertensão arterial, a idade foi uma variável preditiva da adesão ($p < 0,001$), evidenciando que a adesão às recomendações alimentares sugeridas aumenta à medida que aumenta a idade dos participantes, também os reformados apresentavam um *score* médio de adesão à alimentação mais elevado ($p < 0,001$). Noutro estudo, o sexo feminino apresentava melhores níveis de adesão ao tratamento (Ribeiro, 2013).

Relativamente à funcionalidade familiar constatou-se que 83,4% dos participantes têm uma família altamente funcional, seguindo-se a família com disfunção leve (13,2%). Embora o tipo de família altamente funcional apresente melhores níveis de adesão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No estudo, de Lopes, Gonçalves e Dias (2012), transversal e analítico realizado no distrito de Viseu com uma amostra de 98 participantes, o tipo de relação familiar mais representativa foi, igualmente, a família altamente funcional com 75,5%. Nesse estudo existiam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,018$) entre a funcionalidade familiar e a adesão ao tratamento, ou seja, quanto maior a funcionalidade familiar melhor a adesão à terapêutica. A associação entre as variáveis foi positiva baixa ($r = 0,283$; $p = 0,005$).

Conclusão

Encontrámos uma adesão ao tratamento elevada, contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e de contexto familiar e a adesão ao tratamento. Deste modo, concluímos que mais de metade das pessoas com HTA aderem ao tratamento, todavia é crucial melhorar a adesão ao tratamento.

Sendo a HTA um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares e, em simultâneo, uma doença crónica, é fundamental investir na educação para a saúde das pessoas com HTA, com o objetivo de reduzir as doenças cardiovasculares e as complicações da HTA e enfatizar a importância do controlo adequado da pressão arterial.

Apesar da elevada adesão observada, os valores de pressão arterial são elevados, o que coloca em causa a eficiência das medidas intervenção terapêutica, revelando-se importante o impacto que as medidas não farmacológicas podem ter no tratamento da hipertensão arterial.

Melhorar a adesão ao regime terapêutico permitirá a obtenção de melhores níveis tensionais. Para o efeito, os enfermeiros, dada a sua proximidade com as populações, devem intervir no sentido de melhorar a adesão ao tratamento, de modo a visar a promoção da saúde efetiva. Neste sentido, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública detêm uma posição privilegiada para capacitar e envolver as pessoas na autogestão da hipertensão arterial.

Referências

- Azeredo, Z. & Matos, E. (1989) Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*. 2 (20), 24-29. ISSN:1809-9823
- Catela, A. I. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico: Experiências vividas do doente submetido a transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 39-54.
- Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Figueiredo, N. N. & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enfermagem*, 23 (6). 782-787.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Lopes, L. F., Gonçalves, C.S. & Dias, A. M. (2012). Variáveis sociofamiliares e sociais e adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica. In Cunha, M. (2012). *Investigação em Saúde: Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica*. (197-204), Viseu: Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.
- Macedo, M. E. & Ferreira, R. C. (2013). A Hipertensão Arterial em Portugal 2013: Análise epidemiológica nos cuidados de Saúde Primários. http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_Hipertensao_Ano2013_Abril2015.pdf
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Zannad, F. (2013).

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22(4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>

Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

Município de Castro Daire. (2016). Unidade Móvel de Saúde. http://www.cm-castrodaire.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=108

Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico: intervir para prevenir. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>

Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. 32,1211–1221.

Ribeiro, D. C. (2013). Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>

Smilkstein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal Fam. Practic.* 15 (2), 303-311.

Sousa, I. M. C. (2005). A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos. https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=616164

World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

Artigo 2: Estilos de vida e adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão em contexto comunitário

Resumo

Enquadramento: As mudanças de estilos de vida necessárias para o controlo da pressão arterial constituem um desafio para as pessoas com hipertensão.

Objetivo: Analisar a influência dos estilos de vida na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade.

Metodologia: Estudo transversal e analítico. Amostra constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial, 63,8% do género feminino e com uma média de idades de 75 anos ($\pm 8,14$ anos). Recolha de dados realizada através de um questionário constituído por questões sociodemográficas, variáveis dietéticas, Questionário de Dependência Alcoólica, Questionário Internacional de Atividade Física (Versão Curta), Questionário de Determinação da Saúde Nutricional, Escala de Autocuidado com a Hipertensão e Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos.

Resultados: Apenas 34,5% dos hipertensos apresentavam valores de pressão arterial controlados (28,2% homens e 38% mulheres). Contudo, mais de metade (56,2%) dos hipertensos são classificados como aderentes às medidas terapêuticas. Os hipertensos com maiores níveis de adesão ao tratamento não apresentam dependência alcoólica, são consumidores frequentes de ervas aromáticas, consumiam esporadicamente sal, apresentavam boa saúde nutricional e praticavam atividade física moderada. Encontrou-se como variáveis preditoras para a adesão ao tratamento as dimensões do autocuidado: alimentação geral ($p=0,001$), alimentação específica ($p=0,034$), atividade física ($p=0,031$) e toma de medicamentos antihipertensores ($p=0,000$).

Conclusões: Concluimos que os hipertensos com estilos de vida mais saudáveis apresentam melhores níveis de adesão ao tratamento. No intuito de melhorar a adesão ao tratamento, há que apostar na promoção da atividade física e nos cuidados dietéticos saudáveis, permitirá assim aumentar a eficácia do tratamento da HTA.

Palavras-chave: hipertensão, estilos de vida e cooperação do doente.

Abstract

Background: The lifestyle changes needed to control blood pressure are a challenge for people with hypertension.

Objective: Analyze the influence of lifestyle on treatment adherence in hypertensive people in the community.

Methodology: cross-sectional study and analytical. Sample consists of 235 people with hypertension, 63.8% female and with an average age of 75 years (\pm 8.14 years). Data collection carried out through a questionnaire consisting of socio-demographic issues, dietary variables, Alcohol Dependence questionnaire, international physical activity Questionnaire (short version), determination of Nutritional Health questionnaire, Self-care with hypertension and scale of measurement of adherence to treatments.

Results: Only 34.5% of hypertensive blood pressure values were controlled (28.2% men and 38% women). However, over half (56.2%) of hypertensive patients are classified as adhering to therapeutic measures. The hypertensive patients with higher levels of treatment adherence did not have alcoholism, were frequent consumers of herbs, consumed sporadically salt, had good nutritional health and physical activity were moderate. Met as predictors for treatment adherence the dimensions of self-care: general alimentation ($p = 0.001$), specific alimentation ($p = 0.034$), physical activity ($p = 0.031$) and taking antihypertensive drugs ($p = 0.000$).

Conclusions: we concluded that the hypertensive with healthier lifestyles feature best levels of adherence to the treatment. In order to improve adherence to treatment, it is necessary to invest in the promotion of physical activity and dietary care, will thus increase the effectiveness of the treatment of hypertension.

Key-words: Hypertension, Life style, patient compliance.

Introdução

O peso que as doenças crônicas ocupam na sociedade tem aumentado. As principais causas de morbimortalidade evitáveis relacionam-se com comportamentos e estilos de vida não saudáveis e a maioria evitáveis. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade contemporânea, destacando-se a hipertensão arterial (HTA) como um dos principais fatores de risco (World Health Organization, 2014). Estudos têm referido como fatores associados ao

aumento da pressão arterial a idade, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, a dislipidemia, a diabetes *mellitus* e o alto teor de sódio na alimentação (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, Böhm, & Zannad, 2013; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014). Para o controlo eficaz da pressão arterial é indispensável, além do tratamento farmacológico, o controlo dos fatores de risco (Giroto, Andrade, Cabrera & Matsuo, 2013).

A HTA é definida pela pressão arterial sistólica (PAS) \geq a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90 mmHg em indivíduos com idade \geq 18 anos (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, Böhm, & Zannad, 2013; World Health Organization, 2013). Um estudo realizado em Portugal em 2003, com uma amostra de 5023 indivíduos com idades entre os 18 e os 90 anos demonstrou que a prevalência de HTA, ajustada para a 'dimensão região', foi de 42,1%, sendo a percentagem superior no género masculino (49,5% vs. 38,9%) (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). Outro estudo, realizado em Portugal entre 2006 e 2007 com adultos que frequentam os Cuidados de Saúde Primários revelou uma prevalência de HTA, após ajuste para o sexo e idade, de 42,62%, verificando-se uma percentagem de 43,09% no género masculino e de 42,19% no género feminino (Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2009). Num estudo mais recente, *Portuguese Hypertension and Salt Study* realizado em 2011 e 2012, encontrou uma prevalência de HTA de 42,2%, sendo superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014). Para o ano de 2014 a Organização Mundial de Saúde estimava para Portugal uma prevalência de HTA de 29,0%, sendo a percentagem de 31,8% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino (World Health Organization, 2014).

Evidências científicas têm demonstrado que o maior problema no controlo da HTA é a não adesão ao tratamento (Ribeiro, 2013). Sendo que o termo 'adesão' corresponde ao grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados e o comportamento do indivíduo perante o regime terapêutico. As mudanças de comportamento necessárias para o controlo da pressão arterial são um desafio para as pessoas com hipertensão e para os serviços de saúde (Giroto, Andrade, Cabrera & Matsuo, 2013). A HTA não tem cura, como doença crónica mas na maioria dos casos é controlável. A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e o diagnóstico e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doenças cardiovasculares (Ribeiro, 2013). Assim, o tratamento da hipertensão arterial assenta no tratamento farmacológico e na adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, cuidados dietéticos e prática de exercício físico. A

escolha inicial do tratamento da HTA deve incidir na modificação dos fatores de risco (Ferreira, Graça & Calvinho, 2016).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) as medidas de estilos de vida recomendadas e que mostraram ser capazes de reduzir a pressão arterial são: A restrição de sal com uma redução para cerca de 5 gramas (g)/dia; A moderação do consumo de álcool - o consumo diário de álcool não deve exceder as 20-30 g para os homens e as 10-20 g para as mulheres; O elevado consumo de legumes e frutas (300-400 g/dia), produtos láteos com baixo teor de gordura, fibras alimentares solúveis dietéticas, grãos integrais, proteínas de fontes vegetais, frutos frescos, a dieta mediterrânica e o consumo de peixe pelo menos duas vezes por semana; A redução de peso nas pessoas obesas e com excesso de peso ou a manutenção de um peso corporal saudável [índice de massa corporal (IMC)] <25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 centímetros (cm) para homens e inferior a 88 cm para mulheres; O exercício físico regular - prática de pelo menos 30 minutos por dia de exercício aeróbico dinâmico de intensidade moderada (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) em cinco a sete dias por semana; E ainda a cessação do hábito de fumar, a fim de minimizar o risco cardiovascular.

Neste sentido, os enfermeiros como profissionais de saúde mais próximos das comunidades, têm um papel fundamental na promoção da saúde, respetivamente na educação para a saúde, visando a adoção de estilos de vida saudáveis, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença. Os enfermeiros desempenham um importante papel na manutenção da adaptação da pessoa e na criação de estratégias de readaptação, facilitando o processo de aquisição de novas competências de autogestão (Ferreira, Graça & Calvinho, 2016).

Perante este problema formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a influência dos estilos de vida na adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial? Assim, para responder à questão delineou-se o seguinte objetivo: analisar a influência dos estilos de vida na adesão ao tratamento em pessoas hipertensas na comunidade.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal e analítico. A amostra, não probabilística por conveniência, ficou constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire utilizadores da Unidade Móvel de Saúde (UMS). A maioria da amostra era do género feminino (63,8% vs. 36,2%). A idade mínima dos participantes foi de 43 anos e a máxima de 91 anos, com uma média de 75±8,14 anos. No género masculino a idade mínima foi de 50 anos e a máxima de 89 anos e no género feminino

foi de 43 anos e 91 anos, respetivamente. Os homens eram, em média, mais velhos ($77\pm 7,41$ anos vs. $73\pm 8,42$ anos). A maioria das pessoas encontra-se casada ou em união de facto (62,6%), apresenta o 1º ciclo (58,3%), reformada (87,7%) e a residir na aldeia (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		n (85)	% (36,2)	n (150)	% (63,8)	n (235)	% (100)
Grupo etário							
≤ 64		6	7,0	19	12,6	25	10,6
65-75		31	36,5	73	48,7	104	44,3
≥ 76		48	56,5	58	38,7	106	45,1
Estado civil							
Solteiro		3	3,5	8	5,3	11	4,7
Casado/União de facto		67	78,8	80	53,4	147	62,5
Divorciado/Separado/viúvo		15	17,7	62	41,3	77	32,8
Habilitações literárias							
Não sabe ler/escrever		13	15,3	48	32,0	61	25,9
Sabe ler/escrever		11	13,0	19	12,6	30	12,8
1.º Ciclo		58	68,2	79	52,7	137	58,3
>1.º Ciclo		3	3,5	4	2,7	7	3,0
Situação laboral							
Empregado		2	2,3	1	0,7	3	1,3
Desempregado		6	7,1	17	11,3	23	9,8
Reformado		77	90,6	129	86,0	206	87,6
Outro		-	0,0	3	2,0	3	1,3
Área de residência							
Vila		-	0,0	-	0,0	-	0,0
Aldeia		85	100,0	150	100,0	235	100,0

Considerou-se como critérios de inclusão: residir no concelho de Castro Daire; ter diagnóstico clínico de hipertensão arterial, de acordo com a norma nº 020/2011 atualizada em 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS); ter idade ≥ 18 anos; estar inscrito na UMS, inscrito nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire e aceitar voluntariamente participar no estudo. Como critérios de exclusão considerou-se as pessoas com demência e com dificuldades de comunicação.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, constituído por variáveis sociodemográficas; variáveis dietéticas (perceção do tipo de alimentação, utilização de sal e ervas aromáticas e o consumo de alimentos com elevado teor de sal), o Questionário de Determinação da Saúde Nutricional (American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association & National Council on the Aging, 2007), o Questionário de Dependência Alcoólica (CAGE - Ewing, 1984), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-Versão Curta de Craig, Marshall, Sjörström, Bauman, Booth, Ainsworth, Pratt, Ekelund, Yngve, Sallis & Oja, 2004), Escala de

Autocuidado com a hipertensão (Ribeiro, 2013) e a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT-Delgado & Lima, 2001).

O Questionário de dependência alcoólica – CAGE (Ewing, 1984), validado para a população portuguesa pela Direção Geral de Saúde (2001) é constituído por quatro questões que visam avaliar os sintomas principais da dependência alcoólica (*Cut, Annoyed, Guilty* e *Eye-opener*). Caracteriza-se pela brevidade e simplicidade de resposta. Scores de duas ou mais respostas positivas sugerem dependência alcoólica.

O exercício físico avaliado com recurso ao Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Versão Curta) que é constituído por sete questões, referentes às atividades realizadas nos últimos sete dias anteriores à aplicação do questionário. A estimativa do gasto energético segue as *Guidelines* para o processamento de dados e análise do IPAQ (IPAQ *Research Committee*, 2004).

O Questionário de Determinação da Saúde Nutricional (*Determine Your Nutritional Health*) desenvolvido pela *American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association* e *National Council on the Aging* (2007) tem como objetivo determinar o estado de saúde nutricional. É um questionário constituído por dez questões. O risco nutricional é calculado através do somatório das respostas positivas, para cada resposta positiva existe um score diferente. O sim corresponde nas questões 1, 3, 4, 5, 9 e 10 a dois pontos, na questão 2 a três pontos, na questão 6 a quatro pontos e nas questões 7 e 8 a um ponto. O total das pontuações permite classificar a saúde nutricional: 0 a 2 pontos sugerem boa saúde nutricional; 3 a 5 pontos risco nutricional moderado; 6 ou mais pontos sugerem alto risco nutricional.

Para avaliar o autocuidado com a hipertensão arterial foi utilizada a Escala de Autocuidado com a hipertensão de Ribeiro (2013) que é uma adaptação à população hipertensa da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes de Bastos, Severo e Lopes (2007). A adaptação foi realizada com o objetivo de avaliar a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com HTA tendo em conta os vários aspetos do tratamento da HTA, isto é, a sua multidimensionalidade. A escala é parametrizada em dias por semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. A subescala Alimentação Geral refere-se a hábitos alimentares não específicos a nenhuma patologia. Esta é constituída por três itens e o resultado é obtido pela média destes expressos em dias por semana. A Subescala sobre Alimentação Específica refere-se a hábitos alimentares que tendem a elevar os valores de pressão arterial, esta é constituída por 8 itens, em que a pontuação é cotada de forma inversa, ou seja, é invertida a pontuação (0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0), o resultado é obtido pela média destes e são expressos em dias por

semana. A subescala sobre Atividade Física é constituída por dois itens e o resultado é obtido pela média destes expressos em dias por semana. A subescala hábitos tabágicos é constituída por três itens, avaliados de modo independente. Neste estudo foi ainda incluída a subescala medicamentos, que surge na Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Bastos, Severo & Lopes, 2007), esta inclui dois itens sobre a toma de medicação antihipertensora, o resultado é obtido pela média destes e são expressos em dias por semana. De um modo geral, o nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1= Sempre a 6= Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode também ser convertida numa escala dicotómica; sendo a conversão a seguinte: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Procedimentos

Após elaboração do projeto e respetivo instrumento de colheita de dados, com declaração de consentimento informado ao participante/representante foi elaborado o pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (Deliberação favorável nº 1412/2015) e ainda pedido de autorização para efetuar a colheita de dados no Município de Castro Daire - UMS (Ofício de autorização institucional nº11761).

Os questionários foram autoaplicados, após uma explicação breve do estudo e preenchimento do consentimento informado. O período de colheita de dados decorreu entre 28 de setembro a 27 de novembro de 2015.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23.0 (2015) para Windows. Com a estatística descritiva, determinámos: frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de forma, e medidas de associação. Para a análise inferencial utilizámos a estatística paramétrica e não paramétrica, aplicamos: o teste de U Mann–Whitney, teste Kruskal

Wallis, análise de variância a um fator (ANOVA), testes *Post-hoc* de Tukey e regressões lineares simples.

Resultados

No total dos hipertensos, observa-se que apenas 34,5% apresenta a pressão arterial controlada, ou seja, apresentam valores PAS inferiores a 140mmHg e/ou PAD inferiores a 90mmHg. Quanto ao género esta percentagem é mais notória no género feminino que no masculino (38,0% e 28,2% respetivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Pressão arterial da amostra em função do género

Hipertensão	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Controlada		24	28,2	57	38,0	81	34,5	-1,5	1,5
Não controlada		61	71,8	93	62,0	154	65,5	1,5	-1,5

Em relação à intensidade de atividade física praticada pelas pessoas hipertensas verifica-se que 60,0% refere praticar exercício físico de intensidade elevada, 22,1% de intensidade moderada e 17,9% revela praticar exercício físico de intensidade baixa, ou seja, são considerados inativos ou sedentários. Comparando o género, verifica-se que são as mulheres as mais ativas (61,3%) e os homens os mais sedentários (20,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Atividade Física em pessoas hipertensas segundo o género

Categorias de atividade física	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Baixa		17	20,0	25	16,7	42	17,9	0,6	-0,6
Moderada		19	22,4	33	22,0	52	22,1	0,1	-0,1
Elevada		49	57,6	92	61,3	141	60,0	-0,6	0,6

De acordo com a Tabela 4, o tipo de alimentação que tem maior percentagem é o 'moderadamente saudável' (70,2%), seguindo-se o 'pouco saudável' (15,7%), 'saudável como o recomendado' (12,3%) e o 'muito saudável' apenas com 1,7%. Nenhum indivíduo refere ter uma alimentação 'nada saudável'. Relativamente ao género, na generalidade, constata-se que as mulheres mencionam ter uma alimentação mais saudável, apenas no item alimentação muito saudável os homens apresentam percentagens superiores (2,4% vs. 1,3%). Quanto ao tempero utilizado na preparação das refeições constatamos que 49,4% referenciou nunca utilizar ervas aromáticas na preparação das refeições e, pelo contrário, 78,3% refere utilizar sempre o sal. Em relação ao consumo de café, 52,8% dos indivíduos refere que nunca toma

café. Quase metade dos indivíduos (45,5%) mencionou 'nunca' ter consumido bebidas alcoólicas; seguido dos indivíduos que referiram consumir bebidas alcoólicas 'sempre' (23,0%). Quanto ao consumo de enchidos, 48,5% afirmam que a sua ingestão é 'rara' (homens 50,6% e mulheres 47,3%). Relativamente ao consumo de presunto, constatou-se que maioritariamente as pessoas consomem-no 'raramente' (45,5%). Verificou-se que mais de metade das pessoas refere não ingerir treçoços (64,7%) e 23,0% mencionou 'nunca' consumir azeitonas.

Segundo o questionário CAGE, observámos que 7,2% dos hipertensos apresentam dependência alcoólica, sendo esta percentagem de 12,5% nos homens e 1,6% nas mulheres.

Tabela 4- Caracterização do padrão alimentar em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Tipo de alimentação									
Nada saudável		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Pouco saudável		15	17,6	22	14,7	37	15,7	0,6	-0,6
Moderadamente saudável		58	68,2	107	71,3	165	70,2	-0,5	0,5
Saudável c/ recomendado		10	11,8	19	12,7	29	12,3	-0,2	0,2
Muito saudável		2	2,4	2	1,3	4	1,7	0,6	-0,6
Tempero									
Ervas aromáticas									
Nunca		44	51,8	72	48,0	116	49,4	0,6	-0,6
Raramente		11	12,9	22	14,7	33	14,0	-0,4	0,4
Às vezes		20	23,5	32	21,3	52	22,1	0,4	-0,4
Frequentemente		8	9,4	18	12,0	26	11,1	-0,6	0,6
Sempre		2	2,4	6	4,0	8	3,4	-0,7	0,7
Sal									
Nunca		2	2,4	4	2,7	6	2,6	-0,1	0,1
Raramente		1	1,2	-	0,0	1	0,4	1,3	-1,3
Às vezes		2	2,4	-	0,0	2	0,9	1,9	-1,9
Frequentemente		17	20,0	25	16,7	42	17,9	0,6	-0,6
Sempre		63	74,1	121	80,7	184	78,3	-1,2	1,2
Alimentos									
Café									
Nunca		31	36,5	93	62,0	124	52,8	-3,8	3,8
Raramente		7	8,2	15	10,0	22	9,4	-0,4	0,4
Às vezes		24	28,2	14	9,3	38	16,2	3,8	-3,8
Frequentemente		5	5,9	8	5,3	13	5,5	0,2	-0,2
Sempre		18	21,2	20	13,3	38	16,2	1,6	-1,6
Bebidas alcoólicas									
Nunca		18	21,2	89	59,3	107	45,5	-5,6	5,6
Raramente		5	5,9	10	6,7	15	6,4	-0,4	0,4
Às vezes		12	14,1	12	8,0	38	16,2	3,8	-3,8
Frequentemente		20	23,5	15	10,0	35	14,9	2,8	-2,8
Sempre		30	35,3	24	16,0	54	23,0	3,4	-3,4
Enchidos									
Nunca		16	18,8	49	32,7	65	27,7	-2,3	2,3
Raramente		43	50,6	71	47,3	114	48,5	0,5	-0,5
Às vezes		21	24,7	26	17,3	47	20,0	1,4	-1,4
Frequentemente		5	5,9	4	2,7	9	3,8	1,2	-1,2
Sempre		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Presunto									
Nunca		16	18,8	64	42,7	80	34,0	-3,7	3,7
Raramente		46	54,1	61	40,7	107	45,5	2,0	-2,0
Às vezes		19	22,4	21	14,0	40	17,0	1,6	-1,6
Frequentemente		4	4,7	4	2,7	8	3,4	0,8	-0,8
Sempre		-	0,0	-	0,0	-	0,0		

Tremoços								
Nunca	47	55,3	105	70,0	152	64,7	-2,3	2,3
Raramente	22	25,9	23	15,3	45	19,1	2,0	-2,0
Às vezes	14	16,5	19	12,7	33	14,0	0,8	-0,8
Frequentemente	2	2,4	3	2,0	5	2,1	0,2	-0,2
Sempre	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Azeitonas								
Nunca	20	23,5	34	22,7	54	23,0	0,2	-0,2
Raramente	33	38,8	67	44,7	100	42,6	-0,9	0,9
Às vezes	27	31,8	43	28,7	70	29,8	3,8	-3,8
Frequentemente	4	4,7	6	4,0	10	4,3	0,3	-0,3
Sempre	1	1,2	-	0,0	1	0,4	1,3	-1,3

No que concerne à saúde nutricional consta-se que 63,4% dos indivíduos apresentam 'boa saúde nutricional'. Verifica-se no género masculino um maior número de indivíduos com 'alto risco nutricional' (16,5% vs. 9,3%) e 'risco nutricional moderado' (28,2% vs. 22,7%) que no género feminino (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da Saúde Nutricional segundo o género

Questionário "Saúde Nutricional"	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Alto risco nutricional		14	16,5	14	9,3	28	11,9	1,6	-1,6
Risco nutricional moderado		24	28,2	34	22,7	58	24,7	1,0	-1,0
Boa saúde nutricional		47	55,3	102	68,0	149	63,4	-1,9	1,9

A escala do Autocuidado com a Hipertensão é constituída por cinco dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, toma de medicamentos e hábitos tabágicos. Na subescala alimentação geral verifica-se que o valor mínimo é de 0,67 dias e o máximo de 7 dias ($4,74 \pm 1,39$ dias), deste modo, em média os hipertensos praticam uma alimentação saudável inespecífica 4,74 dias/semana. Para a subescala alimentação específica observa-se um valor mínimo de 0,75 dias e o máximo de 4 dias ($2,18 \pm 0,55$ dias), ou seja, os indivíduos hipertensos em média consomem alimentos que potenciam a elevação da pressão arterial 2,18 dias/semana. Quanto à subescala atividade física verifica-se que o valor mínimo é de 0 dias e o máximo de 7 dias ($3,34 \pm 2,38$ dias), em média os indivíduos hipertensos praticam exercício 3,34 dias/semana. Na subescala toma de medicamentos, o valor mínimo é de 1 dia e o máximo de 7 dias ($6,67 \pm 0,92$ dias), em média as pessoas com hipertensão tomam os anti-hipertensores 6,67 dias/semana (Tabela 6).

Tabela 6 – Escala de Autocuidado com a Hipertensão

	Min	Max	M	D.P.
Alimentação geral	0,67	7	4,74	1,39
Alimentação específica	0,75	4	2,18	0,55
Atividade física	0	7	3,34	2,38
Medicação	1	7	6,67	0,92

Relativamente aos hábitos tabágicos verifica-se que a maioria da amostra nunca fumou (88,5%); 9,4% fumaram há mais de dois anos; 1,3% fumaram há 1-2 anos e 0,9% fumam atualmente, ou seja, são os consumidores ativos. Ao estratificar por género, constata-se que as mulheres têm menor consumo tabágico, uma vez que 99,3% afirma nunca ter fumado e apenas 0,7% ter consumido tabaco há mais de dois anos. Atualmente, nenhuma mulher fuma. Enquanto 69,4% dos homens afirmam nunca ter fumado, 24,7% diz ter fumado há mais de dois anos, 3,5% afirma que o último consumo foi há 1-2 anos e 2,4% consomem atualmente (Tabela 7).

Tabela 7 – Hábitos tabágicos em hipertensos segundo o género

Tabaco	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Nunca fumou		59	69,4	149	99,3	208	88,5	-6,9	6,9
Mais de 2 anos		21	24,7	1	0,7	22	9,4	6,1	-6,1
1 a 2 anos		3	3,5	-	0,0	3	1,3	2,3	-2,3
Atualmente		2	2,4	-	0,0	2	0,9	1,9	-1,9

Na globalidade, constata-se que 56,2% dos hipertensos são aderentes às medidas terapêuticas enquanto 43,8% não aderem ao tratamento. Relativamente ao género, observamos que o género masculino adere mais ao tratamento que o género feminino (58,8% vs. 54,7% respetivamente) (Tabela 8).

Tabela 8 – Adesão ao tratamento

MAT	Género	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)
Aderente		50	58,8	82	54,7	132	56,2
Não aderente		35	41,2	68	45,3	103	43,8

Analisando se a dependência alcoólica discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de teste de U Mann–Whitney (UMW), verifica-se que as ordenações médias são superiores (OM=63,53) nos indivíduos não dependentes do álcool, contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0,536$). Relativamente ao consumo de ervas aromáticas na adesão ao tratamento, verifica-se que as ordenações médias são superiores (OM=124,68) nos indivíduos que afirmam consumir ervas aromáticas ‘frequentemente/sempre’, sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,518$). Para o consumo de sal, verifica-se que as ordenações médias são superiores (OM=153,00) naqueles que afirmam ‘nunca/esporadicamente’ consumir sal, as diferenças encontradas não significativas ($p=0,100$). Obteve-se através da aplicação do teste Kruskal Wallis (KW), que os indivíduos hipertensos com uma ‘boa’ saúde nutricional são os que revelam maior adesão ao tratamento, uma vez

que apresentam a ordenação média mais elevada (OM=120,58), todavia as diferenças entre a saúde nutricional e a adesão ao tratamento não são significativas ($p=0,726$). No que diz respeito à atividade física, os indivíduos hipertensos com moderada atividade física são os que revelam maior adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada (OM=128,02), porém sem diferenças significativas ($p=0,266$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Adesão ao tratamento e estilos de vida

Estilos de vida	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	<i>p</i>
Dependência alcoólica			
Não dependente	63,53	UMW = 460,00	0,536
Dependente	56,11		
Consumo de ervas aromáticas			
Nunca/ Esporadicamente	116,87	UMW = 3190,00	0,518
Frequentemente / Sempre	124,68		
Consumo de sal			
Nunca/ Esporadicamente	153,00	UMW = 702,000	0,100
Frequentemente/ Sempre	116,61		
Estado nutricional			
Boa saúde nutricional	120,58	KW = 0,640	0,726
Risco nutricional moderado	113,36		
Alto risco nutricional	113,88		
Atividade física			
Baixa	124,26	KW = 2,645	0,266
Moderada	128,02		
Elevada	112,44		

Todas as dimensões do autocuidado se revelaram preditores da adesão ao tratamento. Deste modo a alimentação geral explica 14% da adesão ($t=3,365$; $p=0,001$). No que concerne à alimentação específica, explica 8,7% da adesão e apresenta uma correlação negativa com esta ($t=-2,129$; $p=0,034$), ou seja, quanto maior a ingestão de alimentos promotores de HTA menor a adesão ao tratamento. A prática de atividade física explica 8,9% da adesão ($t=2,176$; $p=0,031$). A toma de medicamentos anti-hipertensores explica 73,3% da adesão ao tratamento ($t=17,978$; $p=0,000$).

Discussão

A amostra era constituída por 235 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (63,8%). As idades variaram entre 43 e 91 anos ($75\pm 8,14$ anos). Também no estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016), com uma amostra de 332 pessoas com hipertensão arterial, o sexo feminino teve maior representatividade (59,3%) e as idades variaram entre os 27 e 94 anos ($64,33\pm 12,38$ anos).

Os estilos de vida apresentados pela população em estudo são variados. Relativamente ao consumo de álcool, verifica-se que 45,5% da amostra nunca consumiu bebidas alcoólicas. A dependência alcoólica está presente em 7,2% dos que consomem bebidas alcoólicas. O estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016) apresenta resultados semelhantes, o consumo de álcool não estava presente em 54,6% dos inquiridos. Num estudo de corte transversal realizado no Brasil com 789 indivíduos o consumo de álcool foi considerado de risco em 4,7% das pessoas com hipertensão arterial (Bezerra, Andrade, César & Caiaffa, 2013). O consumo de tabaco verificou-se em 0,9% dos inquiridos, correspondendo na totalidade ao sexo masculino. Segundo Sousa (2005) num estudo com 108 pessoas com hipertensão arterial, os fumadores correspondiam a 8,4% dos inquiridos.

Através do IPAQ avaliou-se a intensidade da atividade física praticada pelos inquiridos, 60,0% praticam exercício físico de intensidade elevada, 22,1% de intensidade moderada e 17,9% de intensidade baixa, ou seja, são sedentários. Resultados bastante diferentes são apresentados por Ferreira, Graça e Calvinho (2016) no seu estudo, em que 47,0% das pessoas apresentava atividade física baixa, 26,2% atividade física moderada e 25,9% atividade física elevada. Noutro estudo realizado no Brasil, com uma amostra de 182 indivíduos hipertensos, os resultados do IPAQ revelaram que 22,0% eram sedentários, 77,2% praticavam uma atividade física moderada e apenas 1,6% praticavam atividade física elevada (Magalhães, 2011).

Relativamente ao padrão alimentar, verifica-se que 70,2% crê praticar uma alimentação moderadamente saudável, 15,7% pouco saudável, 12,3% tão saudável como o recomendado e 1,7% muito saudável. O questionário de determinação da saúde nutricional revela que 63,4% dos participantes tinham uma boa saúde nutricional. Para a preparação das refeições 78,3% da amostra utiliza sempre o sal, enquanto as ervas aromáticas são apenas utilizadas por 3,4% dos participantes. Pelo contrário, apenas 2,6% afirma nunca usar o sal e 49,4% nunca utiliza as ervas aromáticas na preparação das refeições. Consta-se no estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016) que o consumo de sal estava presente nas refeições em 96,1% dos inquiridos. No estudo de Praça (2013), com uma amostra de 120 participantes hipertensos verificou-se que 5,8% dos sujeitos não usaram nenhum sal na comida

durante a última semana, 43,3% usaram raramente, 33,3% usaram às vezes, 12,5% quase todos os dias e 5% usaram todos os dias. Já Pinto (2012) numa amostra de 61 hipertensos obteve que 50,82% dos participantes utiliza o sal para temperar os alimentos.

Na escala de Autocuidado com a Hipertensão os resultados obtidos variaram consoante a subescala. Para a alimentação geral verificou-se um valor mínimo de 0,67 dias e o máximo de 7 dias ($M=4,74 \pm 1,39$). Para a subescala, alimentação específica o mínimo foi de 0,75 dias e o máximo de 4 dias ($M=2,18 \pm 0,55$). A subescala atividade física apresentou um valor mínimo de 0 dias e o máximo de 7 dias ($M=3,34 \pm 2,38$). A subescala toma de medicação anti hipertensora, o valor mínimo foi de 1 dias e o máximo de 7 dias ($M=6,67 \pm 0,92$). Ribeiro (2013) obteve para a alimentação geral um valor mínimo de 0 dias e o máximo de 7 dias ($M=4,83 \pm 1,72$); na subescala alimentação específica o mínimo de 0,88 dias e o máximo de 7 dias ($M=5,45 \pm 0,95$); a atividade física apresentou um valor mínimo de 0 dias e o máximo de 7 dias ($M=2,70 \pm 2,46$). Deste modo conclui-se que os resultados são semelhantes para a alimentação geral, discrepantes na alimentação específica e aproximados na atividade física.

Relativamente ao controlo dos níveis de pressão arterial observou-se que 34,5% da amostra apresentava a pressão arterial controlada, sendo este valor de 28,2% no sexo masculino e 38% no sexo feminino. Existem vários estudos sobre a prevalência do controlo de HTA. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Macedo e Ferreira (2013), sobre a análise epidemiológica nos Cuidados de Saúde Primários que revela uma prevalência do controlo da HTA de 35,6%, sendo no sexo masculino de 33,1% e no feminino de 37,4%. No estudo PHYSA a prevalência do controlo da HTA foi de 55,7%, as percentagens mais elevadas de controlo da HTA foram observadas nas mulheres (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014). O estudo PAP sobre prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal, apresenta uma prevalência do controlo da HTA de 28,6%, sendo superior no sexo feminino (32,1%) comparativamente ao sexo masculino (23,4%) (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). Todos os estudos analisados corroboram com o presente ao mostrarem que é o género feminino que melhor controla a sua pressão arterial.

Em relação à adesão ao tratamento, concluímos que 56,2% da amostra adere às medidas terapêuticas. Outros estudos apresentam resultados equiparados. No estudo de Amaral, Chaves, Duarte, Coutinho, Nelas e Preto (2015) a percentagem de adesão ao tratamento foi apenas de 26,4%. Enquanto Pinto (2012) no seu estudo obteve uma adesão em 50% dos participantes. Para Delgado e Lima (2001) os resultados revelam que mais de 60% dos participantes eram aderentes.

Neste estudo encontrou-se como variáveis preditoras da adesão ao tratamento as dimensões do autocuidado: alimentação geral ($p=0,001$), alimentação específica ($p=0,034$), atividade física ($p=0,031$) e toma de medicamentos antihipertensores ($p=0,000$). No estudo de Amaral, Chaves, Duarte, Coutinho, Nelas e Preto (2015) com 106 pessoas hipertensas, 50,9% do género masculino, com uma média de idade de $58,26 \pm 11,60$ anos, a adesão ao tratamento estava associada às pessoas que seguiam sempre as recomendações medicamentosas ($p < 0,001$) e dietéticas ($p=0,32$) e que praticavam raramente exercício físico ($p=0,41$). Os resultados no estudo transversal de Giroto, Andrade, Cabrera e Matsuo (2013), realizado no Brasil com 385 hipertensos, com idades entre os 22 e 79 anos ($M=58,9$ anos $\pm 12,0$), 62,6% do sexo feminino, revelaram que a adesão ao tratamento farmacológico foi de 59% e os estilos de vida associados à adesão ao tratamento foram a não ingestão regular de bebidas alcoólicas, o não consumo de tabaco ou ex-fumadores e a prática regular de atividade física.

Conclusão

Verificou-se que mais de metade das pessoas hipertensas adere ao tratamento. As variáveis preditoras da adesão ao tratamento são as constantes na escala de autocuidado com a HTA, com correlações positivas obteve-se a alimentação geral, a toma de medicação anti hipertensora e a atividade física, enquanto a alimentação específica apresentou uma correlação negativa. Em relação aos restantes estilos de vida analisados não se verificou diferenças estatísticas.

Intervir na educação para a saúde das pessoas com HTA é uma prioridade, de modo a minimizar o surgimento de doenças cardiovasculares e de complicações da HTA. Para o efeito, é necessário melhorar a adesão ao tratamento nas suas várias dimensões. A dificuldade em aderir a estilos de vida mais saudáveis coloca em causa a adesão ao tratamento. Este estudo realça a importância e o impacto que os estilos de vida têm no tratamento da hipertensão arterial. Melhorar a adesão ao tratamento, especialmente no que concerne à prática de atividade física, cuidados dietéticos, diminuição ou extinção de comportamentos aditivos (consumo abusivo álcool e tabagismo) permitirá aumentar a eficácia do tratamento da HTA. Deste modo, deve-se intervir no sentido de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso, efetuando-se um controlo mais eficaz dos valores tensionais, e maximizando-se os efeitos da medicação prescrita.

O enfermeiro tem uma importante participação no processo, que envolve estilo de vida do hipertenso, no sentido de facilitar a mudança de comportamento, baseada num modelo de promoção e prevenção em saúde. Assim, identifica comportamentos

de risco e implementa práticas de cuidados adequadas, uma vez que é o profissional que trabalha diretamente com o cliente na maior parte do tempo.

A adoção de estilos de vida saudáveis, visando uma promoção da saúde efetiva, é um objetivo que está alicerçado nas orientações internacionais e no plano nacional de saúde, bem como em programas de saúde e em projetos institucionais.

Assim, é necessária uma educação para a saúde personalizada e o envolvimento e a capacitação do cidadão para a gestão da hipertensão arterial. Favorecer no indivíduo a aquisição dessas competências, permite-lhe adquirir um maior domínio sobre os determinantes da sua própria saúde, sendo este aspeto um ponto de partida para a mudança de comportamentos e o estabelecimento de novos estilos de vida.

Referências

Amaral, O., Chaves, C., Duarte, J., Coutinho, E., Nelas, P., & Preto, O. (2015). Treatment adherence in hypertensive patients – a cross-sectional study. *Elsevier*, 171, 1288-1295.

American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association & National Council on the Aging. (2007). Determine Your Nutritional Health. <https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/nutrition/determineNutrition.pdf>

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.

Bezerra, V. M., Andrade, A. C. S., César, C. C., & Caiaffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e factores associados. *Cad. Saúde Pública*, 29 (9), 1889-1902.

Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Resultados do Estudo VAL SIM. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 28 (5), 499–523.

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja. P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise: Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 1381-1395 <http://www.gac-usp.com.br/resources/International%20physical%20activity%20questionnaire-%2012-country%20reliability%20and%20validity%20-%20CRAIG%20-%202003.pdf>

- Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471323>
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera M. A. S. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1763-1772.
- International Physical Activity Questionnaire Research Committee (2004). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short Form. http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf
- Macedo, M. E. & Ferreira, R. C. (2013). A Hipertensão Arterial em Portugal 2013: Análise epidemiológica nos cuidados de Saúde Primários. http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_Hipertensao_Ano2013_Abril2015.pdf
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal: Estudo PAP. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 26, 21–39. Retrieved from <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/787.pdf>
- Magalhães, E. S. (2011). Fatores associados à Hipertensão: um estudo com adultos e idosos participantes de um programa de caminhada orientada. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39172/000825815.pdf?sequence=1>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22 (4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>

- Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, ISBN: 972-9425-93-0
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico: intervir para prevenir. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. *Journal of Hypertension*, 32 (6), 1211–1221. <http://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000162>
- Praça, R. S. P. L. (2013). Representações Cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação e Adesão terapêutica em Utentes Hipertensos. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15227/1/Tese%20Ricardo.pdf>
- Ribeiro, D. C. (2013). Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Tradução Portuguesa das *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, Suplemento, 1-91. <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>
- Sousa, I. M. C. (2005). A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos. http://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=616164
- World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Artigo 3: Contexto clínico e adesão ao tratamento em hipertensos

Resumo

Enquadramento: Múltiplos fatores influenciam a adesão ao tratamento, nomeadamente os intrínsecos ao cliente, os relacionados com a doença e com o tratamento. Melhorar a adesão ao tratamento é sinónimo de prevenir complicações e situações agudas da doença, proporcionando qualidade de vida às pessoas com HTA.

Objetivos: Descrever o contexto clínico da pessoa com hipertensão e analisar o efeito do contexto clínico na adesão ao tratamento.

Metodologia: Tratou-se de um estudo exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, com uma amostra de 235 pessoas com hipertensão arterial. Questionário composto por variáveis clínicas, Questionário de Crenças Sobre a Doença, Escala Crenças Acerca Medicamentos e Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Resultados: Os participantes com maiores níveis de adesão ao tratamento são os indivíduos obesos, sem risco de complicações metabólicas, com a pressão arterial controlada, a fazer polimedicação maior e os que percecionam um mau estado de saúde. As variáveis que se revelaram predictoras da adesão ao tratamento foram o controlo da pressão arterial ($p=0,030$), a toma de medicação diária ($p=0,014$), o estado de saúde ($p=0,010$); no questionário de crenças acerca da doença, os itens consequências ($p=0,048$), controlo pessoal ($p=0,001$) e preocupações ($p=0,003$); na escala de crenças acerca dos medicamentos, a subescala necessidades ($p=0,000$).

Conclusões: Cada indivíduo segue o tratamento de uma forma única e característica, influenciado por inúmeros fatores adquiridos ao longo da vida. Os fatores que condicionam a resposta ao tratamento devem ser percecionados pelos profissionais de saúde, de modo a contribuir para uma adesão terapêutica mais eficaz.

Palavras-chave: hipertensão arterial, adesão ao tratamento e características individuais.

Abstract

Background: Multiple factors influence treatment adherence, namely intrinsic to the client, related to the disease and treatment. Improve adherence to treatment is synonymous with prevent complications and acute disease situations, providing quality of life for people with hypertension.

Objectives: Describe the clinical context of the person with hypertension and analyze the effect of the clinical context in treatment adherence.

Methodology: This was an exploratory study, transversal and quantitative approach, with a sample of 235 people with high blood pressure. Questionnaire with clinical variables, Beliefs Questionnaire about Illness, Scale Beliefs about Medications and Adhesion Measurement Scale to Treatment (MAT).

Results: Participants with higher levels of adherence to treatment are obese, individuals without risk of metabolic complications with controlled blood pressure, make greater polypharmacy and perception a bad state of health. The variables that have proven predictors of adherence to treatment were monitoring the blood pressure ($p=0,030$), taking daily medication ($p=0,014$), health status ($p=0,010$); in the survey of beliefs about the disease, the items consequences ($p=0,048$), personal control ($p=0,001$) and concerns ($p=0,003$); in the range of beliefs about medicines, needs subscale ($p=0,000$).

Conclusions: Each individual follows the treatment of a unique and characteristic way, influenced by many factors acquired throughout life. The factors that affect the response to treatment should be perceived by health professionals, in order to contribute to more effective therapeutic adherence.

Key-words: arterial hypertension, treatment adherence and individual characteristics.

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, relacionados com alterações hormonais e do metabolismo, sendo ao mesmo tempo uma doença crónica e um fator de risco para as doenças cardiovasculares (Figueiredo & Asakura, 2010). Estima-se que a nível mundial a HTA afete mais de 40% dos adultos com idade superior a 25 anos, conduzindo a um risco real de morte ou incapacidade (Leung, Nerenberg, Daskalopoulou, McBrien, Zarnke, Dasgupta, et al, 2016). Em Portugal, um estudo realizado entre 2011 e 2012, designado de *Portuguese Hypertension and Salt Study (PHYSA)* com uma amostra de

3720 adultos de Portugal continental, mostrou uma prevalência de HTA de 42,2%, superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014).

A HTA necessita de terapêutica e vigilância continuada, sendo importante não esquecer que a descontinuação da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica (Norma nº020/2011, Direção Geral de Saúde, 2013).

As principais recomendações para um estilo de vida saudável na pessoa com hipertensão arterial, passam pela prática de exercício físico regular (30-60 minutos de intensidade moderada e dinâmica 4-7 dias por semana, para além das atividades de vida diária); monitorização do perímetro de cintura (PC) e do índice de massa corporal (IMC), com redução ou manutenção do peso, (IMC entre 18,5 a 24,9 e PC <102 cm e <88 cm para homens e mulheres respetivamente); limitação do consumo de álcool em duas bebidas por dia; cuidados dietéticos (dieta rica em frutas, legumes, produtos lácteos de baixo teor de gordura, fibras solúveis, grãos integrais e proteínas vegetais); redução da ingestão de sódio a 5g por dia; desaconselhamento do consumo de suplementos de cálcio e magnésio; em doentes sem risco de hipercaliémia, recomendação do aumento da ingestão de potássio; ainda em hipertensos em que o stress pode ser um contribuinte para HTA, a gestão do stress deve ser considerada como uma intervenção, nomeadamente através de técnicas de relaxamento (Leung, et al, 2016).

A adesão é conceptualizada como o grau de correspondência entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, podendo também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, & Castro, 2011).

Diversos fatores determinam a adesão ao regime terapêutico, exercendo uma influência variável: fatores sociais, económicos e culturais; os relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; os relacionados com o tratamento; os relacionados com a doença, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida e o carácter da doença; e por fim os relacionados com a pessoa doente, destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença e as expectativas da própria pessoa (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, & Castro, 2011). As múltiplas dimensões envolvidas na adesão ao

tratamento permitem reconhecer que o acompanhamento regular das pessoas com HTA, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, constitui um dos grandes desafios para a equipa de saúde e, principalmente para a enfermagem. A consulta de enfermagem representa um importante momento de estímulo para a adesão e para o acompanhamento, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações e os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança. Ao compreender estas razões, o enfermeiro pode ajudar a descobrir os potenciais benefícios da mudança de estilo de vida sob o ponto de vista do cliente, o que possibilita um compromisso com eles de metas e planos de como seguir o tratamento (Fava, Teraoka, Oliveira, Calixto, Eid & Veiga, 2014).

Perante este problema formularam-se as seguintes questões de investigação: Quais as características clínicas das pessoas com hipertensão arterial? Qual o efeito do contexto clínico na adesão ao tratamento em pessoas com HTA? Para dar resposta às questões acima formuladas delinearão-se os seguintes objetivos: Descrever o contexto clínico da pessoa com hipertensão e analisar o efeito das variáveis clínicas na adesão ao tratamento.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. Com uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire utilizadores da Unidade Móvel de Saúde, sendo a maioria do sexo feminino (63,8% vs. 36,2%). A amostra apresenta uma idade mínima de 43 anos e máxima de 91 anos (média de $75 \pm 8,14$ anos). Nos homens a idade mínima foi de 50 anos e máxima de 89 anos, enquanto para o sexo feminino foi de 43 anos e a máxima de 91 anos. Os homens são em média mais velhos ($77 \pm 7,41$ anos vs. $73 \pm 8,42$ anos). A totalidade dos indivíduos vive na aldeia.

Considerámos como critérios de inclusão: residência no concelho de Castro Daire; diagnóstico clínico de hipertensão arterial, de acordo com a norma nº020/2011 atualizada em 2013, Direção Geral de Saúde (DGS); idade igual ou superior a 18 anos; inscritos na Unidade Móvel de Saúde; inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire e aceitar voluntariamente participar no estudo. Os critérios de exclusão: pessoas com demência e pessoas com dificuldades de comunicação. Foi realizado pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, com resposta favorável (Deliberação nº 1412/2015) e pedido de autorização para efetuar colheita de dados à Câmara Municipal de Castro Daire - Unidade Móvel de Saúde igualmente com resposta positiva (Ofício nº11761). Foi preenchida a

respetiva declaração de consentimento informado pelo participante/representante com entrega prévia ao protocolo de avaliação.

Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 257 indivíduos, dos quais 22 foram excluídos por não apresentarem critérios clínicos de hipertensão arterial. O instrumento de colheita de dados era composto por diversas variáveis clínicas: antropométricas, contextuais à doença e medicação. As variáveis antropométricas identificam parâmetros como o índice de massa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC) e pressão arterial (PA). Estes dados foram colhidos pela enfermeira da UMS aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados. Para a determinação destes parâmetros, foram tidas em conta a Orientação da DGS nº 017/2013 de 05/12/2013 sobre a Avaliação Antropométrica no Adulto e a Norma da DGS nº 020/2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013 sobre Hipertensão Arterial: definição e classificação. As variáveis contextuais à doença incluem questões que permitem identificar os anos de diagnóstico de HTA, a história familiar de HTA, outras doenças associadas, a perceção do estado de saúde e o questionário de crenças sobre a doença. As variáveis relativas à medicação identificam a toma de medicação para a HTA e para outras doenças, o número diário de comprimidos consumidos, faz também parte desta secção a escala crenças acerca medicamentos.

O Questionário de Crenças sobre a Doença (versão breve) é uma tradução de Araújo-Soares, Trovisqueira e McIntyre, do *Illness Perception Questionnaire-Brief (IPQ-B)* desenvolvido por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006). É um instrumento composto por 8 itens, que avaliam as representações cognitivas e emocionais da doença, cotados numa escala tipo likert pontuados de 0 a 10, e ainda uma questão relativa às causas. As representações cognitivas são avaliadas por 5 itens: consequências (item 1), duração (item 2), controlo pessoal (item 3), controlo através do tratamento (item 4), e identidade (item 5). Dois itens avaliam as representações emocionais: preocupação (item 6) e emoções (item 8). O item 7 avalia a compreensão da doença. A avaliação da representação das causas é feita através de uma pergunta aberta, que permite ao utente referir, por ordem decrescente, quais os três fatores mais importantes que ele acredita terem causado a doença (item 9). A interpretação do questionário é simples, um valor elevado num determinado item representa uma elevação linear na dimensão avaliada.

A Escala de crenças acerca dos medicamentos (QCF) de Pereira e Silva (1999) é a versão portuguesa de *Beliefs About Medicines Questionnaire* de Horne, Weinman e Hankins (1999) e pretende avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos medicamentos. Esta escala está subdividida em duas partes, a primeira designada por QCF – Específica, avalia as representações de

medicamentos prescritos para uso pessoal e a segunda, designada por QCF – Geral, avalia as crenças acerca dos medicamentos em geral. Neste estudo foi utilizada a QCF – Específica, aferida para a população portuguesa. A QCF – Específica é constituída por dois fatores de cinco itens cada, que avaliam as crenças dos indivíduos acerca da necessidade da medicação prescrita (questões 1, 3, 4, 7 e 10), e as preocupações relacionadas com a mesma com base em crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (questões 2, 5, 6, 8 e 9). Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=não tenho a certeza; 4=concordo; 5=concordo totalmente), variando o total em cada uma das subescalas, entre 5 e 25 pontos. O valor total varia entre 10 e 50. Na subescala Necessidade da Medicação Prescrita, quanto mais elevada a cotação obtida, mais forte a crença na necessidade de tomar essa medicação. Na subescala Crença acerca do Perigo de Dependência, quanto mais elevada a cotação, maior a crença no perigo de dependência e toxicidade ou efeito secundário a longo prazo.

A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi utilizada para avaliar a adesão ao tratamento. A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23.0 (2015) para Windows. A nível de estatística descritiva, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de forma, e medidas de associação. Na análise inferencial utilizou-se a estatística paramétrica e não paramétrica, aplicando-se: o teste de U Mann–Whitney, teste Kruskal Wallis, análise de variância a um fator (ANOVA), testes Post-hoc de Tukey e regressões lineares simples.

Resultados

Através da tabela 1, verifica-se que 82,6% dos inquiridos apresenta o IMC $\geq 25\text{Kg/m}^2$ ou $<18,5\text{Kg/m}^2$ (apenas 17,4% apresenta um peso normal). Metade da amostra (50,2%) apresenta excesso de peso, 31,9% obesidade e 0,4% baixo peso. Constatou-se que nos homens não existe nenhum indivíduo com baixo peso, estes apresentam uma percentagem mais elevada de indivíduos com excesso de peso e obesidade (83,6%). Nas mulheres destaca-se, também o peso acima do normal (81,4%), com uma percentagem de 46,7% para o excesso de peso e 34,7% para a obesidade; e uma mulher apresenta baixo peso.

Tabela 1 - Índice de Massa Corporal da amostra em função do género

IMC	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Baixo peso		-	0,0	1	0,7	1	0,4	-0,8	0,8
Peso normal		14	16,5	27	18,0	41	17,4	-0,3	0,3
Excesso de peso		48	56,5	70	46,7	118	50,2	1,4	-1,4
Obesidade		23	27,1	52	34,7	75	31,9	-1,2	1,2

Relativamente ao perímetro de cintura constata-se que a globalidade da amostra tem um risco muito aumentado de desenvolver doenças metabólicas (69,4%). Nas mulheres, 84,0% apresentam um risco muito aumentado e 11,3% um risco aumentado. Nos homens, também é o risco muito aumentado que detém maior percentagem (43,5%) (tabela 2).

Tabela 2 - Perímetro de cintura da amostra em função do género

PC	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Normal		21	24,7	7	4,7	28	11,9	4,6	-4,6
Risco aumentado		27	31,8	17	11,3	44	18,7	3,9	-3,9
Risco muito aumentado		37	43,5	126	84,0	163	69,4	-6,5	6,5

Da leitura por género, verifica-se que a percentagem de pressão arterial não controlada no género masculino é de 71,8% e no género feminino de 62,0%. Na totalidade, a pressão arterial não controlada corresponde a 65,5% da amostra (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da pressão arterial da amostra em função do género

Hipertensão arterial	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Controlada		24	28,2	57	38,0	81	34,5	-1,5	1,5
Não controlada		61	71,8	93	62,0	154	65,5	1,5	-1,5

De acordo com a tabela 4, para a totalidade da amostra verifica-se que o valor mínimo do tempo de diagnóstico de HTA é de um ano e o máximo de 60 anos, com uma média de 13,03 ($\pm 10,49$) anos. Para o sexo feminino o valor mínimo e máximo oscilam entre um e 60 anos ($M=14,39 \pm 10,94$), enquanto no masculino foram de um e 50 anos ($M=10,62 \pm 9,23$). O que nos permite afirmar que o sexo feminino apresenta um diagnóstico de HTA mais longo, ou seja, sabe que é portadora da doença há mais anos.

Tabela 4 – Tempo de diagnóstico de HTA

Anos HTA	Min	Max	M	D.P.
Feminino	1	60	14,39	10,94
Masculino	1	50	10,62	9,23
Total	1	60	13,03	10,49

Relativamente a outras doenças presentes na amostra para além da hipertensão arterial, as mais referenciadas foram outras (40,9%) incluindo as dislipidémias e problemas de tiróide, a patologia cardíaca (40,4%), a patologia osteoarticular (34,5%), a patologia digestiva (23,0%) e a Diabetes Mellitus (21,7%). Pelo contrário as menos mencionadas foram a doença maligna e a demência com 1,7%, e ainda, a patologia vascular e respiratória com 5,1% (tabela 5).

Tabela 5 – Doenças mencionadas pelos indivíduos com HTA

Doenças associadas	Nº	%
Outra (s)	96	40,9
Pat. Cardíaca	95	40,4
Pat. Osteoarticular	81	34,5
Pat. Digestiva	54	23,0
Diabetes Mellitus	51	21,7
Pat. Génito-urinária	43	18,3
Pat. Psiquiátrica	40	17,0
AVC	32	13,6
Pat. Vascular	12	5,1
Pat. Respiratória	12	5,1
Doença maligna	4	1,7
Demência	4	1,7

Constata-se através da tabela 6 que a maioria dos inquiridos não possui familiares com HTA (56,6%), deste modo, os fatores genéticos influenciam 43,4% da amostra. Relativamente ao género, constata-se que as mulheres têm uma história familiar de HTA mais prevalente (50,0% vs 31,8%).

Tabela 6 – História familiar de HTA em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
História familiar de HTA								
Sim	27	31,8	75	50,0	102	43,4	-2,7	2,7
Não	58	68,2	75	50,0	133	56,6	2,7	-2,7

Através da análise da tabela 7, constata-se que entre os que mencionaram história familiar de HTA, o familiar mais referenciado como portador da doença é outro familiar (34,3%), seguido da mãe (23,5%), irmão (16,7%), pai (14,7%) e por fim ambos os progenitores (10,8%).

Tabela 7 – Grau de parentesco dos familiares com HTA

Parente com HTA	Total	
	Nº (102)	% (100,0)
Outro familiar	35	34,3
Mãe	24	23,5
Irmão(s)	17	16,7
Pai	15	14,7
Ambos os progenitores	11	10,8

Constata-se que 62,1% da amostra perceciona que tem uma saúde razoável, 20,4% crêem ter uma saúde má, 15,7% acreditam ter uma saúde boa, por fim os que crêem ter uma saúde muito boa ou excelente, ambos com 0,9%. De um modo geral a amostra percepciona níveis baixos de saúde, esta tendência também se verifica entre o género (Tabela 8).

Tabela 8 – Perceção do estado de saúde dos indivíduos com HTA em função do género

Saúde	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Má		10	11,8	38	25,3	48	20,4	-2,5	2,5
Razoável		60	70,6	86	57,3	146	62,1	2,0	-2,0
Boa		11	12,9	26	17,3	37	15,7	-0,9	0,9
Muito boa		2	2,4	-	0,0	2	0,9	1,9	-1,9
Excelente		2	2,4	-	0,0	2	0,9	1,9	-1,9

Relativamente ao Questionário de Crenças sobre a Doença observa-se, na tabela 9, que o valor médio mais elevado diz respeito à subescala *Duração* (M=8,86; DP=1,69), o que demonstra que a maioria dos indivíduos acredita que a HTA é uma condição crónica que irá durar para sempre. Outra subescala que apresenta valores médios elevados é a perceção do *Controlo do Tratamento* (M=7,99; DP=1,69), este resultado indica que a grande maioria destes indivíduos acredita que os tratamentos propostos vão ser eficazes para tratar a sua condição clínica. Relativamente à

subescala *Controlo Pessoal*, verifica-se através dos valores médios (M=6,49; DP=1,69) que os indivíduos consideram que têm um controlo pessoal tendencialmente alto sobre a HTA. Também se verifica através dos valores médios da subescala *Preocupação* (M=6,40; DP=2,05), que os indivíduos estão preocupados com a sua condição. No que concerne à subescala *Compreensão* (M=6,28; DP=1,95), verifica-se que os indivíduos não têm uma grande compreensão relativamente à sua doença. Os valores médios mais baixos referem-se à subescala *Consequência* (M=5,85; DP=2,17), subescala *Resposta Emocional* (M=5,31; DP=2,11) e *Identidade* (M=4,59; DP=2,25). Indicando que estes indivíduos percebem que a sua condição os afeta pouco a nível emocional (*emoções*), consideram também que a HTA afeta pouco as suas vidas (*consequências*) e sentem poucos sintomas associados à sua condição (*identidade*).

Tabela 9 – Crenças sobre a Doença em pessoas com HTA

Crenças sobre a doença	Min	Max	M	D.P.
Consequências	0	10	5,85	2,17
Duração	0	10	8,86	1,69
Controlo pessoal	2	10	6,49	1,69
Controlo tratamento	2	10	7,99	1,69
Identidade	0	10	4,59	2,25
Preocupação	1	10	6,40	2,05
Compreensão	2	10	6,28	1,95
Resposta emocional	0	10	5,31	2,11

Relativamente às causas da HTA (item 9), verifica-se que a amostra acredita que a maior razão que está na origem da hipertensão arterial é a ansiedade/stress (42,97%). Também com percentagens significativas surge a alimentação geral (24,68%), o consumo de sal (20,42%) e a hereditariedade (16,17%). As causas com menor significância foram o consumo de açúcares (0,42%), o consumo de café e o estilo de vida (ambos com 1,27%) (tabela 10).

Tabela 10 – Razões para a HTA na amostra comunitária

Razões que causaram a HTA	Nº	%
Ansiedade/Stress	101	42,97
Alimentação geral	58	24,68
Consumo de sal	48	20,42
Hereditariedade	38	16,17
Outro(s)	27	11,48
Sedentarismo	26	11,06
Idade	24	10,21
Consumo de álcool	14	5,95
Obesidade	7	2,97
Consumo de tabaco	6	2,55
Consumo de gorduras	4	1,70
Consumo de café	3	1,27
Estilo de vida	3	1,27
Consumo de açúcares	1	0,42

Observa-se através da tabela 11, que 99,6% da amostra está medicada para a hipertensão arterial, apenas um indivíduo do sexo feminino não faz medicação para controlo da sua pressão arterial. No que concerne a medicação para outras doenças, verifica-se também que a grande maioria toma medicação (92,3%).

Tabela 11 - Caracterização do consumo de medicação da amostra em função do género

Medicação	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
HTA									
Não		-	0,0	1	0,7	1	0,4	-0,8	0,8
Sim		85	100,0	149	99,3	234	99,6	0,8	-0,8
Outras doenças									
Não		7	8,2	11	7,3	18	7,7	0,2	-0,2
Sim		78	91,8	139	92,7	217	92,3	-0,2	0,2

Relativamente ao número de medicamentos de toma diária, verifica-se que a polimedicação maior é a mais representativa (43,0%), ou seja, a maioria da amostra toma por dia seis ou mais comprimidos. Seguem-se com valores aproximados a polimedicação moderada (4-5 comprimidos) (25,1%) e a polimedicação menor (2-3 comprimidos) (24,7%). Com menor significado surgem aqueles que apenas tomam um comprimido por dia (7,2%). Estas tendências são idênticas em ambos os géneros.

Tabela 12 – Quantidade de medicação consumida pela amostra em função do género

Medicação diária	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Um comprimido/dia		7	8,2	10	6,7	17	7,2	0,4	-0,4
Polimedicação menor (2-3)		22	25,9	36	24,0	58	24,7	0,3	-0,3
Polimedicação moderada (4-5)		21	24,7	38	25,3	59	25,1	-0,1	0,1
Polimedicação maior (≥6)		35	41,2	66	44,0	101	43,0	-0,4	0,4

As estatísticas relativas à Escala de Crenças acerca dos Medicamentos revelam para a subescala necessidades que o valor mínimo e máximo oscilam entre 8 a 25, com uma média de 19,78 ($\pm 2,44$), o que significa que a amostra tem uma forte crença na necessidade de tomar a medicação prescrita. Na subescala preocupações, os valores mínimo e máximo foram de 3 e 15, com uma média de 8,46 ($\pm 2,34$), o que demonstra que as crenças acerca do perigo de dependência e toxicidade ou efeito secundário da medicação a longo prazo não são muito elevadas.

Para a totalidade da amostra, na adesão ao tratamento verifica-se que o valor mínimo é de 3,86 e o máximo de 6 ($M=5,66 \pm 0,49$ DP). Convertendo a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento numa escala dicotômica, constata-se que 56,2% da amostra é classificada como aderente e 43,8% não aderente às medidas terapêuticas.

Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis (KW), ressalta que os indivíduos com peso normal são os que revelam menor adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais baixa ($OM=111,13$). Os indivíduos com obesidade são os que apresentam ordenações médias superiores ($OM=121,19$). Contudo, as diferenças entre o índice de massa corporal e adesão ao tratamento não são significativas ($p=0,727$). Através do teste KW, verifica-se que os indivíduos com um PC normal são os que revelam maior adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada ($OM=125,73$), contudo as diferenças entre o perímetro de cintura e a adesão ao tratamento não são significativas ($p=0,494$). Analisando em que medida o controle da pressão arterial discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de U Mann-Whitney (UMW), verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos com pressão arterial controlada ($OM=130,74$). As diferenças encontradas são significativas ($p=0,030$), pelo que os indivíduos com a pressão arterial controlada têm níveis de adesão ao tratamento superiores (tabela 13).

Tabela 13 – Parâmetros antropométricos e a adesão ao tratamento

Parâmetros antropométricos	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	p
IMC			
Peso normal	111,13	KW= 0,637	0,727
Excesso de peso	117,37		
Obesidade	121,19		
PC			
Normal	125,73	KW= 1,412	0,494
Risco aumentado	108,40		
Risco muito aumentado	119,26		
PA			
Controlada	130,74	UMW = 5205,000	0,030
Não controlada	111,30		

Relativamente à percepção do estado de saúde, os indivíduos que percecionam mau estado de saúde revelam maior adesão ao tratamento, com uma ordenação média superior (OM=132,22). Os indivíduos que percecionam bom estado de saúde são aqueles que apresentam a ordenação mais baixa, deste modo são os que têm menor adesão ao tratamento (OM=91,74). As diferenças são significativas entre o estado de saúde e a adesão ao tratamento ($p=0,010$), isto é, a percepção do estado de saúde influencia a adesão ao tratamento. Realizando os testes Post Hoc não encontramos diferenças significativas dentro dos grupos (tabela 16).

Tabela 14 – Percepção do estado de saúde e a adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento	OM	KW	p	Teste Tukey		
				1/2	1/3	2/3
Percepção do estado de saúde						
Mau	132,22	9,197	0,010	0,875	0,598	0,763
Razoável	120,70					
Bom	91,74					

Na adesão ao tratamento dos participantes e a medicação efetuada diariamente, os resultados obtidos demonstram que os indivíduos com polimedicação maior são os que revelam maior adesão ao tratamento, uma vez que apresentam a ordenação média mais elevada (OM=130,60). Os indivíduos que apenas tomam um comprimido diariamente são os que apresentam a ordenação mais baixa (OM=83,91), deste modo são os que têm menor adesão ao tratamento. As diferenças entre o número de medicamentos de toma diária são significativas para a adesão ao tratamento ($p=0,014$), isto é, a medicação diária influencia a adesão ao tratamento. O teste post hoc de Tukey indica que as diferenças se situam entre os participantes que tomam um comprimido diariamente e os que fazem polimedicação maior (tabela 15).

Tabela 15 – Toma diária de medicação e a adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento	OM	KW	p	Testes Tukey					
				1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Medicação diária									
Um comprimido	83,91	10,653	0,014	0,622	0,200	0,030	0,666	0,080	0,673
Polimedicação menor	105,28								
Polimedicação moderada	118,76								
Polimedicação maior	130,60								

Relativamente ao questionário de crenças acerca da doença, obteve-se com a aplicação de regressões simples, que 3 dos 8 itens que constituem o instrumento são preditores da adesão ao tratamento ($p<0,005$), todos com uma correlação positiva. Os fatores preditores são: as consequências ($t=1,992$; $p=0,048$) que explicam 15,3% da

adesão, o controlo pessoal ($t=3,231$; $p=0,001$) explica 22,3% da adesão e as preocupações ($t=2,997$; $p=0,003$) explicam 24,3% da adesão ao tratamento.

Verifica-se na escala de crenças acerca dos medicamentos, que a subescala necessidades é preditora da adesão ao tratamento ($t=3,812$; $p=0,000$), explicando 24,3% da adesão. A correlação entre as variáveis é positiva, ou seja, quanto mais fortes as crenças na necessidade da medicação prescrita maior é a adesão ao tratamento. Relativamente à subescala preocupações, não se revelou preditora da adesão ao tratamento ($t=1,304$; $p=0,194$).

Discussão

No presente estudo a amostra foi de 235 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (63,8%). As idades variaram entre 43 e 91 anos ($75\pm 8,14$ anos). Resultados similares são encontrados em outros estudos (Ferreira, Graça & Calvino, 2016; Silva & Pierin, 2012).

Na distribuição da amostra por classes de IMC, 50,2% tem excesso de peso e 31,9% obesidade. Quanto aos homens 56,5% têm excesso de peso e 27,1% obesidade. Nas mulheres 46,7% têm excesso de peso e 34,7% obesidade. Resultados semelhantes são apresentados no estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016), em que a maioria das pessoas apresentava excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade (29,6% dos homens e 29,9% das mulheres). No estudo de Figueiredo, Chaves, Andrade e Duarte (2014) o IMC médio foi de 28,32 ($\pm 4,83$) Kg/m², o género masculino obteve uma média superior ao género feminino (28,55Kg/m² vs 28,15Kg/m²), o excesso de peso estava presente 44,5% dos indivíduos. Já no estudo de Pinto (2012) 57,38% dos participantes apresentavam excesso de peso e 19,67% eram obesos. Resultados com menos impacto são apresentados no estudo de Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho e Carmona (2007) verificando-se que 42,7% dos homens têm excesso de peso vs 29,2% nas mulheres, estas diferenças são menos notórias em relação à prevalência da obesidade, 14,4% nos homens e 14,8% nas mulheres.

Relativamente ao perímetro de cintura constata-se que 69,4% da amostra tem um risco muito aumentado de vir a desenvolver doenças metabólicas. Nas mulheres 84,0% apresentam risco muito aumentado e 11,3% risco aumentado. Nos homens 43,5% têm risco muito aumentado e 31,8% têm risco aumentado. No estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016) o perímetro abdominal nos homens obteve uma média de 92,85 cm ($\pm 12,73$), o das mulheres uma média de 96,35 cm ($\pm 14,91$), o que revela um maior PC no sexo feminino. No estudo de Figueiredo, Chaves, Andrade e Duarte (2014) o perímetro da cintura oscilou entre 70 cm e 149 cm, a que

correspondeu a uma média de 99,10 cm ($\pm 11,56$). Num estudo de corte transversal realizado no Brasil com 789 indivíduos em que a prevalência de HTA foi de 45,4%, as pessoas com hipertensão arterial revelaram um risco metabólico aumentado em 17,53% dos casos e um risco muito aumentado em 21,75% (Bezerra, Andrade, César & Caiaffa, 2013).

No total da amostra, apenas 34,5% das pessoas apresentavam níveis de pressão arterial controlada, sendo superior no género feminino (38% vs. 28,2%). Resultados semelhantes são encontrados no estudo PHYSA (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014) e no estudo PAP (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalhinho & Carmona, 2007). Todos os estudos analisados corroboram com o presente ao mostrarem que é o género feminino que melhor controla a sua pressão arterial.

Verifica-se um tempo médio de diagnóstico de HTA de 13,03 ($\pm 10,49$) anos. Os valores foram respetivamente para o sexo feminino e masculino, 14,39 $\pm 10,94$ anos e 10,62 $\pm 9,23$ anos. Deste modo, o sexo feminino é portador da doença há mais anos. No estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016) o tempo de diagnóstico da HTA variou entre 1 e 34 anos, com média de 9,11 $\pm 7,30$ anos e mediana de 6,0 anos. No estudo de Amaral, Chaves, Duarte, Coutinho, Nelas e Preto (2015) com 106 pessoas hipertensas, o tempo médio de diagnóstico foi de 8,68 ($\pm 9,8$) anos, sendo no género feminino de 7,8 ($\pm 7,7$) anos e no masculino de 9,5 ($\pm 6,0$) anos. Num estudo quantitativo de tipo descritivo-correlacional e transversal com uma amostra de 791 participantes em que a prevalência de HTA foi de 27,3%, o conhecimento do diagnóstico de HTA dos 0-4 anos foi de 28,4%, 4-12 anos de 42,6%, superior a 12 anos de 19,4% (Madeira, 2015). Noutro estudo, com uma amostra de 120 indivíduos hipertensos verificou-se um tempo médio de diagnóstico de HTA de 9,64 $\pm 5,48$ anos, 19,9% sabiam que tinham HTA entre 1-4 anos, 35% entre 5-10 anos, 43,5% entre 11-20 anos e 1,6% há mais de 20 anos (Praça, 2013). Outro estudo realizado com uma amostra de 115 pessoas com HTA, o diagnóstico de HTA foi efetuado, em média, há 22 anos ± 14 anos (Costa, 2012).

Em relação a outras doenças presentes na amostra as mais referenciadas foram a patologia cardíaca (40,4%), a patologia osteoarticular (34,5%), a patologia digestiva (23,0%) e a Diabetes Mellitus com 21,7%. No estudo de Radovanovic, Santos, Carvalho e Marcon (2014) os fatores mais prevalentes encontrados entre os indivíduos hipertensos foram a Diabetes Mellitus (50%), a dislipidémia (38,46%) e a obesidade (37,08%). Enquanto em Costa (2012) 45% dos participantes apresentam outras doenças crónicas, constatando-se que as patologias mais frequentes foram a diabetes *mellitus* (69%), seguida de artrite e asma, ambas com 13% e a dislipidémia com 4%.

A amostra em 56,6% dos casos não possui familiares com HTA. Quanto ao género, as mulheres têm uma história familiar de HTA mais prevalente que os homens (50,0% vs 31,8%). Os familiares referenciados como portadores de HTA foram em 34,3% outros familiares, 23,5% a mãe, 16,7% o irmão, 14,7% o pai e com 10,8% ambos os progenitores. No estudo de Sousa (2005) 47,22% da amostra tinha familiares diretos com HTA (pai, mãe ou irmãos). No estudo de Costa (2012) a história familiar positiva de HTA foi encontrada em 64% dos participantes (pai, mãe ou irmãos).

Quanto ao estado de saúde, 62,1% da amostra percebe que tem uma saúde razoável, 20,4% uma saúde má, 15,7% uma saúde boa e por fim com 0,9% a saúde muito boa ou excelente. No estudo de Carvalho, Siqueira, Sousa e Jardim (2013) que compara pessoas normotensas e pessoas hipertensas, concluíram que os normotensos percebem um melhor estado de saúde que os hipertensos, relativamente às pessoas hipertensas, no que diz respeito ao género, constatou-se que os homens percebem melhor estado de saúde.

O Questionário de Crenças sobre a Doença revela que os itens com maior pontuação foram a Duração e o Controlo do Tratamento; os valores médios mais baixos encontrados dizem respeito aos itens Consequência, Resposta Emocional e Identidade. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Praça (2013), que utilizou a escala tipo *likert* pontuada de 0 a 4 pontos. Os valores médios mais elevados encontrados na amostra desse estudo dizem respeito aos itens Duração (M=3,65; DP=0,62) e Controlo do Tratamento (M=3,42; DP=0,74). Os valores médios mais baixos referiam-se aos itens, Controlo Pessoal (M=1,84; DP=0,81), Consequência (M=1,81; DP=0,97) e Identidade (M=1,61; DP=1,04). Quanto às três principais razões que estiveram na origem da hipertensão arterial, destaca-se a ansiedade/stress (42,97%), a alimentação geral (24,68%) e o consumo de sal (20,42%). No estudo de Praça (2013) causas da HTA foram o consumo de tabaco (28,3%), o stress (10,8%) e a falta de exercício (2,5%).

Constata-se que 99,6% dos participantes são medicados para a hipertensão arterial, verificando-se também que 92,3% toma medicação para outras doenças. Quanto ao número de medicamentos de toma diária, 43,0% da amostra toma por dia cinco ou mais comprimidos, 25,1% faz polimedicação moderada e 24,7% polimedicação menor. No estudo de Amaral, Chaves, Duarte, Coutinho, Nelas e Preto (2015) 91,5% fazem medicação anti-hipertensiva. No estudo de Ferreira, Graça e Calvinho (2016) 97,3% da amostra fazia medicação anti-hipertensiva; relativamente à toma diária de comprimidos, 79,9% pessoas tomava um ou dois fármacos, 19,2% três

ou quatro fármacos e 0,9% cinco fármacos. Noutro estudo de Costa (2012) 75% dos participantes encontravam-se a efetuar tratamento com antihipertensores.

As estatísticas relativas à Escala de Crenças acerca dos Medicamentos revelam, para a subescala necessidades, um valor médio de 19,78 ($\pm 2,44$). Na subescala preocupações, o valor médio foi de 8,46 ($\pm 2,34$). Resultados um pouco diferentes foram obtidos no estudo de Saraiva (2011), um estudo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, constituído por 110 indivíduos com cardiopatia isquémica em que 60,9% eram hipertensos. A dimensão Necessidades Específicas variou entre um valor mínimo de 5 e um máximo de 25, a que correspondente a uma média de 9,25 ($\pm 4,17$). No que diz respeito à dimensão Preocupações específicas, esta oscilou entre 6 e 25, com uma média de 15,41 ($\pm 4,90$). Num estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal com uma amostra 220 doentes com Insuficiência Renal Crónica, em que todos tinham HTA, constatou-se que a subescala necessidades apresentou valores que oscilaram entre 10 e 25 ($M=21,07 \pm 11,91$ DP); na subescala preocupações observou-se um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 25 ($M=14,23 \pm 3,82$ DP) (Sousa, 2012).

Quando analisamos a adesão ao tratamento, os resultados revelam uma percentagem de adesão de 56,2%. Para Delgado e Lima (2001) a prevalência de adesão ao tratamento foi de 60%. No estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016) os valores obtidos na medida de adesão aos tratamentos variaram entre dois e seis ($5,63 \pm 0,46$). Outro estudo, com uma amostra de 61 hipertensos, obteve um valor mínimo de 2,14 e um valor máximo de 6 pontos, com uma média de 5,14, com uma adesão às medidas terapêuticas em 50% dos participantes (Pinto, 2012).

Através dos resultados apresentados constata-se que os participantes com maiores níveis de adesão ao tratamento são os indivíduos obesos, sem risco de complicações metabólicas, com a pressão arterial controlada, a fazer polimedicação maior e que percecionam mau estado de saúde. As variáveis que se revelaram preditoras da adesão ao tratamento foram o controlo da pressão arterial ($p=0,030$), a toma de medicação diária ($p=0,014$), a percepção do estado de saúde ($p=0,010$); no questionário de crenças acerca da doença, os itens consequências ($t=1,992$; $p=0,048$), controlo pessoal ($t=3,231$; $p=0,001$) e preocupações ($t=2,997$; $p=0,003$); na escala de crenças acerca dos medicamentos, a subescala necessidades ($t=3,812$; $p=0,000$). No estudo de Sousa (2012) são apresentados resultados opostos aos apresentados, constata-se que número diário de comprimidos tem uma correlação negativa, com a adesão ao tratamento, ou seja, quanto maior o número diário de comprimidos menor é a adesão ($p=0,016$); o mesmo verifica-se relativamente aos fatores da escala de crenças, constatando-se que quanto maiores as crenças acerca dos medicamentos,

menor é a adesão ($p=0,000$). No estudo de Lima, Meiners e Soler (2010), um estudo transversal, descritivo-observacional com uma amostra de 100 hipertensos, verifica-se que menores níveis de adesão relacionam-se com o maior número de medicamentos prescritos, a presença de efeitos colaterais, comorbidades e níveis de pressão arterial elevados.

Conclusão

O presente estudo propôs-se descrever a influência das variáveis clínicas na adesão ao tratamento na pessoa com HTA. Verifica-se que a adesão depende de várias características individuais que se interrelacionam. Cada indivíduo segue o tratamento de uma forma única e característica, influenciado por inúmeros fatores adquiridos ao longo da vida. Essas particularidades condicionam a resposta ao tratamento e devem ser percebidas pelo profissional de saúde. A identificação dos fatores que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma prestação de cuidados de saúde mais segura e eficaz. Desta forma, o profissional de saúde deve capacitar a pessoa com hipertensão arterial, mas não deve esquecer que a adesão ao tratamento não depende apenas da sua atuação.

Este estudo é importante para o conhecimento das pessoas com HTA, para a definição de estratégias de intervenção adequadas às necessidades identificadas. Por outro lado, sugere a realização de estudos a fim de compreender os elevados níveis de não adesão ao tratamento.

Referências

- Amaral, O., Chaves, C., Duarte, J., Coutinho, E., Nelas, P., & Preto, O. (2015). Treatment adherence in hypertensive patients – a cross-sectional study. *Elsevier*, 171, 1288-1295.
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. S., César, C. C., & Caiaffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e factores associados. *Cad. Saúde Pública*, 29 (9), 1889-1902.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness perception Questionnaire. *Journal of Psychomatic Research*, 60, 631-637.
- Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L. & Jardim, P. C. B. V. (2013). A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 100 (2), 164-174

- Costa, E, C, L. (2012). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf>
- Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013). Orientação nº017/2013: Avaliação Antropométrica no Adulto. www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx
- Fava, S, M, C, L., Teraoka, E, C., Oliveira, A, S., Calixto, A, A, T, F., Eid, L, P. & Veiga, E, V. (2014). Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Rene*, 15 (2), 354-361.
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Figueiredo, N. N. & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enfermagem*, 23 (6). 782-787.
- Figueiredo, T., Chaves, C., Andrade A. & Duarte, J. (2014). Quality of life in hypertensive patients. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2 (6), 112-124.
- Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera M. A. S. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1763-1772.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: *The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication*, *Psychology & Health*, 14 (1), 1-24, DOI:10.1080/08870449908407311
- Leung, A, A., Nerenberg, K., Daskalopoulou, S, S., McBrien, K., Zarnke, K, B., Dasgupta, K., et

- al. (2016). Guidelines Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*. 32, 569-588.
- Lima, T, M., Meiners, M, M, M, A. & Soler, O. (2010). Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, 1 (2). 113-120.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.
- Madeira, T, R. (2015). Conhecimento dos Portugueses sobre a Hipertensão Arterial. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29688/1/Tese%20Tiago%20Madeira.pdf>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22(4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>
- Morisky, E., Green, W. & Levine, M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24 (1), 67-74.
- Pereira, M, G. & Silva, N, S. (1999) Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 7, 52-57.
- Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico: intervir para prevenir. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. 32, 1211– 1221.
- Praça, R. S. P. L. (2013). Representações Cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação e Adesão terapêutica em Utentes Hipertensos. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15227/1/Tese%20Ricardo.pdf>

- Radovanovic, C. A. T., Santos, L. A., Carvalho, M. D. B. & Marcon, S. S. (2014). Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22 (4), 547-553.
- Saraiva, O, M, A. (2011). Crenças nos medicamentos e adesão à terapêutica farmacológica na cardiopatia isquémica. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Silva, G. C. A. & Pierin, A. M. G. (2012). A monitorização residencial da pressão arterial e o controle de um grupo de hipertensos. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46 (4), 922-928.
- Sousa, I. M. C. (2005). A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos. https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=616164
- Sousa, M, E, P. (2012). Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa portadora de Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1681/1/SOUSA%20Maria%20Elisabete%20Pereira%20-%20disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>
- Trovisqueira, A. (2007). Impacto de uma Intervenção Informativa baseada na Teoria das Crenças de Doença, em Doentes no Pós-Enfarte do Miocárdio. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Artigo 4: Influência dos serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento em hipertensos

Resumo

Enquadramento: A adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo, exigindo uma intervenção que requer o envolvimento e a participação das instituições e dos profissionais de saúde.

Objetivo: Analisar o efeito das variáveis relacionadas com os serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, explicativo e transversal, com uma amostra de 235 pessoas com hipertensão arterial (HTA). Questionário composto por questões relacionadas com os serviços de saúde, Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde e Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Resultados: Apenas 34,5% dos indivíduos apresentavam a hipertensão controlada (28,2% homens e 38% mulheres). Os participantes com maiores níveis de adesão são os que têm a PA controlada, a avaliam no CS e/ou UMS, percorrem <6Km até ao CS, frequentam as consultas de HTA no CS, frequentam sempre a UMS e recebem informações sobre a HTA pelo médico de família. As variáveis que se revelaram preditoras da adesão ao tratamento foram o controlo da PA ($p=0,030$), avaliação da PA no CS ($p=0,015$), a distância percorrida até ao CS ($p=0,009$) e a informação recebida sobre a HTA pelo médico de família ($p=0,000$).

Conclusões: Os serviços e profissionais de saúde devem desenvolver uma postura proactiva, que vá de encontro às necessidades da população a que prestam cuidados, devem descentralizar-se das suas infraestruturas e aproximar-se da comunidade, de modo a visar a promoção da saúde efetiva da pessoa com HTA.

Palavras-chave: hipertensão arterial, adesão ao tratamento, profissionais e serviços de saúde.

Abstract

Background: Adherence to treatment is a complex behavioral process, requiring an intervention that involve the participation of health services and care professionals.

Objective: To analyze the effect of variables related to the services and health professionals in treatment adherence.

Methodology: Quantitative, descriptive and correlational, explanatory and cross-sectional study with a sample of 235 people with high blood pressure (HBP). Questionnaire with questions related to health services, the Users Satisfaction Scale with Nursing Care in Mobile Health Unit (UMS) and Adhesion Measurement Scale to Treatment (MAT).

Results: Only 34,5% of subjects had controlled hypertension, and 28,2% men and 38% women. Participants with higher levels of adherence to treatment are those with controlled blood pressure, assessing the blood pressure (BP) in the health center and / or UMS, which run less than 6 km away to the health center, which attend consultations of HBP and are users of UMS and receiving information about the HBP by the family doctor. The variables that have proven predictors of adherence to treatment were BP control ($p=0,030$), the distance to the Health Center ($p=0,009$) and the received information on the HBP by the family doctor ($p= 0,000$).

Conclusions: The services and health professionals should develop a proactive stance, that meets the population's needs in providing care, should decentralize up their infrastructure and approach the community in order to pursue the promotion of effective health with hypertension patients.

Key-words: arterial hypertension, treatment adherence, and health care professionals.

Introdução

A Hipertensão Arterial (HTA) não é uma inevitabilidade do envelhecimento sendo por vezes a sua causa desconhecida. Contudo a presença de fatores de risco tais como um padrão alimentar inadequado, excesso de peso e obesidade, uso excessivo de álcool, atividade física insuficiente, presença de stress, determinantes socioeconómicos desfavoráveis e acessibilidade aos cuidados de saúde comprometida aumentam o risco de desenvolver HTA (World Health Organization, 2014). Se não for controlada, a HTA é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (World Health Organization, 2014). Intervenções a nível dos

fatores de risco da HTA são fundamentais para a sua prevenção e tratamento (Mancia, Fagard, Narkiewicz, Redon, Zanchetti, Böhm & Zannad, 2013; World Health Organization, 2014).

A HTA é definida pela pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg em indivíduos jovens, de meia-idade e idosos (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013).

Em Portugal, num estudo elaborado entre 2003 e 2004 a prevalência da HTA, ajustada para a dimensão regiões, foi de 42,1%, sendo de 49,5% no sexo masculino e de 38,9% no feminino (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). A prevalência de HTA estimada a partir dos utentes frequentadores dos Cuidados de Saúde Primários ajustada ao sexo e idade, entre 2006 e 2007, foi de 42,62%, verificando-se 43,09% no sexo masculino e 42,19% no sexo feminino (Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2009). Num estudo mais recente, o estudo PHYSA, entre 2011 e 2012, revelou uma prevalência de HTA de 42,2%, superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto & Nazare, 2014). Para o ano de 2014 a Organização Mundial de Saúde estima para Portugal uma prevalência de HTA de 29,0%, sendo esta de 31,8% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino (World Health Organization, 2014).

A grande barreira ao controlo da pressão arterial é a não adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública (World Health Organization, 2013). A falta de adesão ao tratamento da HTA, aliada a outras observações decorrentes da prática dos profissionais da área da saúde, reforçam a hipótese de que o diagnóstico da hipertensão arterial é fácil, bem como a orientação do tratamento, mas, apesar da eficácia das medidas terapêuticas existentes, o controlo não é uma tarefa fácil, tendo em conta, que na maioria das vezes, o tratamento é crónico (Pinho & Pierin, 2013). Deste modo, a adesão é conceptualizada como o grau de correspondência entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, podendo também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, & Castro, 2011).

Diversos fatores determinam a adesão ao regime terapêutico, entre eles, fatores sociais, económicos e culturais; os relacionados com os serviços das instituições de saúde e os profissionais de saúde (onde se evidenciam a acessibilidade

aos serviços de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de comparticipação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos utentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico); os relacionados com o tratamento (incluem a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação); os relacionados com a doença (nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida e o carácter da doença) e os relacionados com a pessoa doente (destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a episódios de doença e as expectativas da própria pessoa) (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva, & Castro, 2011).

A adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo, exigindo uma intervenção que requer o envolvimento e a participação dos utentes e dos profissionais da saúde. Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, o utente frequentemente requer estímulo constante para as mudanças do estilo de vida e ajuste à medicação. As pessoas hipertensas devem ser observadas em intervalos regulares, tendo como principal objetivo obter o controlo dos níveis de pressão arterial, assim como a sua manutenção a longo prazo (Pinho & Pierin, 2013).

Perante este problema formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual o efeito das variáveis relacionadas com os serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento? Para dar resposta à questão acima formulada delineou-se o seguinte objetivo: Analisar o efeito das variáveis relacionadas com os serviços e profissionais de saúde na adesão ao tratamento.

Metodologia

Concretizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Com uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire utilizadores da Unidade Móvel de Saúde, sendo a maioria do sexo feminino (63,8% vs. 36,2%). A amostra apresenta uma idade mínima de 43 anos e máxima de 91 anos (média de $75 \pm 8,14$ anos). Nos homens a idade mínima foi de 50 anos e máxima de 89 anos, enquanto para o sexo feminino foi de 43 anos e a máxima de 91 anos. Os homens são em média mais velhos ($77 \pm 7,41$ anos vs. $73 \pm 8,42$ anos). Residentes na aldeia.

Considerámos como critérios de inclusão: residência no concelho de Castro Daire; diagnóstico clínico de hipertensão arterial, de acordo com a norma nº020/2011 atualizada em 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS); idade igual ou superior a 18 anos; inscritos na Unidade Móvel de Saúde; inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire e aceitar voluntariamente participar no estudo. Os critérios de exclusão: pessoas com demência e pessoas com dificuldades de comunicação. Foi realizado pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, com resposta favorável (Deliberação nº 1412/2015) e pedido de autorização para efetuar colheita de dados à Câmara Municipal de Castro Daire - Unidade Móvel de Saúde igualmente com resposta positiva (Ofício nº11761). Foi preenchida a respetiva declaração de consentimento informado pelo participante/representante com entrega prévia ao protocolo de avaliação. Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 257 indivíduos, dos quais foram excluídos 22 por não apresentarem diagnóstico clínico de HTA.

O instrumento de colheita de dados era composto por variáveis relacionadas com os profissionais e serviços de saúde, questões que permitem identificar o local de medição da pressão arterial, a acessibilidade ao centro de saúde (distância, transporte e dificuldades na deslocação), o número de consultas de hipertensão efetuadas no centro de saúde, contactos na Unidade Móvel de Saúde e profissional de saúde que transmite informações sobre a hipertensão arterial. Faz parte integrante do instrumento a Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde e a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos.

A Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde foi construída para o presente estudo com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes da Unidade Móvel de Saúde relativamente aos cuidados de enfermagem. Para a construção da escala foram tidos como pressupostos as competências do enfermeiro de cuidados gerais (Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade; Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico; Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; Contribui para a promoção da saúde; Utiliza o Processo de Enfermagem; Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes; Promove um ambiente seguro; Promove cuidados de saúde interprofissionais; Delega e supervisiona tarefas; Contribui para a valorização profissional; Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e Desenvolve processos de formação contínua) (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Ainda foram tidos em consideração os quatro Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão 2020: Cidadania em Saúde;

Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis (Direção Geral de Saúde, 2015). A escala é constituída por 19 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, admitindo respostas: “má”, “razoável”, “boa”, “muito boa” e “excelente”, às quais correspondem cotações de 1, 2, 3, 4 e 5 pontos, respetivamente. O valor total varia entre 19 e 95, valores médios elevados significam maior satisfação.

A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi utilizada para avaliar a adesão ao tratamento. A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foram processados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 23.0 (2015) para Windows. A nível de estatística descritiva, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de forma, e medidas de associação. Na análise inferencial utilizou-se a estatística paramétrica e não paramétrica, aplicando-se: o teste de U Mann–Whitney, teste Kruskal Wallis, análise de variância a um fator (ANOVA), testes Post-hoc de Tukey e regressões lineares simples.

Resultados

De acordo com a tabela 1, constata-se que a Unidade Móvel de Saúde é o local onde a amostra avalia com maior regularidade a pressão arterial (94,0%), segue-se o centro de saúde (83,4%), depois o domicílio (44,7%) e por fim a farmácia (8,5%).

Tabela 1 - Local de avaliação da pressão arterial

Avaliação TA	Nº	%
Centro de Saúde	196	83,4
Unidade Móvel de Saúde	221	94,0
Farmácia	20	08,5
Domicílio	105	44,7

Relativamente à distância entre o domicílio e o centro de saúde verifica-se que 35,3% reside entre 6 a 10 Km do Centro de Saúde, 22,1% residem entre 11 a 15 Km, 21,7% distam >15 Km e 20,9% percorrem <6 Km. O transporte mais utilizado nas deslocações ao centro de saúde é o transporte próprio (32,3%), seguido do transporte público (29,8%). As mulheres utilizam mais o transporte público (32,7%), enquanto os homens privilegiam o transporte próprio (49,4%). Na deslocação ao centro de saúde 31,9% da amostra refere ter dificuldades, sendo esta mais acentuada nas mulheres (34,0% vs 28,2%) (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização relativa ao Centro de Saúde

Centro de Saúde	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Distância									
	Menos de 6 Km	14	16,5	35	23,3	49	20,9	-1,2	1,2
	Entre 6 a 10 Km	31	36,5	52	34,7	83	35,3	0,3	-0,3
	Entre 11 a 15 Km	24	28,2	28	18,7	52	22,1	1,7	-1,7
	Mais de 15 Km	16	18,8	35	23,3	51	21,7	-0,8	0,8
Transporte									
	Próprio	42	49,4	34	22,7	76	32,3	4,2	-4,2
	Familiares/Vizinhos	13	15,3	37	24,7	50	21,3	-1,7	1,7
	Público	21	24,7	49	32,7	70	29,8	-1,3	1,3
	Táxi	6	7,1	20	13,3	26	11,1	-1,5	1,5
	A pé	3	3,5	10	6,7	13	5,5	-1,0	1,0
Dificuldade na deslocação									
	Não	61	71,8	99	66,0	160	68,1	0,9	-0,9
	Sim	24	28,2	51	34,0	75	31,9	-0,9	0,9

Daqueles que referiram ter dificuldades na deslocação ao centro de saúde a justificação mais apresentada foi o custo relativo ao transporte, ou seja, a dificuldade no pagamento do mesmo (52,0%). Ainda com uma percentagem de 21,3% surge a necessidade de acompanhante na deslocação e o facto de a distância ser grande para ser percorrida a pé (16,0%) (tabela 3).

Tabela 3 – Justificação da dificuldade em se deslocar ao CS

Justificação p/ dificuldade na deslocação ao CS	Total	
	Nº (75)	% (100,0)
Distância grande para ir a pé	12	16,0
Atividades domésticas	2	2,7
Custo do transporte	39	52,0
Necessidade de acompanhante	16	21,3
Pessoa a cargo	3	4,0
Outro	3	4,0

Através da tabela 4 constata-se que 89,8% dos inquiridos frequenta as consultas de hipertensão no centro de saúde, na comparação de género, verifica-se que são as mulheres que apresentam maior assiduidade (90,7% vs. 88,2%). Contudo

mais de metade dos indivíduos não tem a PA controlada (65,5%), sendo esta percentagem é mais notória no género masculino (71,8% vs 62,0%).

Relativamente ao número de consultas de HTA efetuadas por ano, verifica-se que 64,5% faz duas consultas, 17,1% efetuam três consultas, 15,6% efetuam mais de três, 1,9% frequentam as consultas quando sentem necessidade e 0,9% frequentam uma consulta de HTA por ano (tabela 4).

Constata-se ainda pela tabela 4, que 77,9% da amostra frequenta sempre a Unidade Móvel de Saúde (UMS), 20,0% frequenta a UMS quando sente necessidade e 2,1% frequenta a UMS raramente. As mulheres são as mais assíduas nas visitas da UMS (80,7% vs. 73,0%).

Tabela 4 – Frequência dos serviços de saúde

Serviços de Saúde	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (85)	% (36,2)	Nº (150)	% (63,8)	Nº (235)	% (100,0)	Masc	Fem
Consultas HTA no CS									
Não		10	11,8	14	9,3	24	10,2	0,6	-0,6
Sim		75	88,2	136	90,7	211	89,8	-0,6	0,6
Nº de consultas HTA/ano									
1		1	1,3	1	0,7	2	0,9	0,4	-0,4
2		47	62,7	89	65,4	136	64,5	-0,4	0,4
3		10	13,3	26	19,1	36	17,1	-1,1	1,1
> 3		15	20,0	18	13,2	33	15,6	1,3	-1,3
Quando sente necessidade		2	2,7	2	1,5	4	1,9	0,6	-0,6
Frequência da UMS									
Sempre		62	73,0	121	80,7	183	77,9	-1,4	1,4
Quando sente necessidade		20	23,5	27	18,0	47	20,0	1,0	-1,0
Raramente		3	3,5	2	1,3	5	2,1	1,1	-1,1

Relativamente ao profissional de saúde que dá mais informações acerca da hipertensão arterial e do seu tratamento, surge com 90,6% o enfermeiro da UMS, 82,1% o médico de família do CS, 27,7% o enfermeiro de família do CS, 3,8% os outros profissionais e com 1,7% o farmacêutico (tabela 5).

Tabela 5 – Profissional de saúde que informa as pessoas com HTA

Profissional que informa acerca da HTA	Nº	%
Enfermeiro UMS	213	90,6
Médico de família CS	193	82,1
Enfermeiro de família CS	65	27,7
Farmacêutico	4	1,7
Outro profissional	9	3,8

Na tabela 6 apresentam-se as estatísticas relativas à Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na UMS. Para a totalidade da amostra verifica-se que o valor mínimo é de 38 e o máximo de 95, a que corresponde uma média de 66,54 (\pm 12,72), o que revela uma elevada satisfação com os cuidados de enfermagem

prestados na UMS. Para o género feminino o valor mínimo e máximo oscilam entre 38 a 95 ($M=67,05 \pm 12,95$ DP), enquanto no masculino os mesmos foram de 57 e 95 ($M=65,65 \pm 12,32$ DP). O que permite afirmar que o género feminino apresenta níveis de satisfação mais elevados que o masculino. Pelos valores de assimetria, verificam-se curvas enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Os valores de curtose revelam curvas normocurticas, sinónimo de distribuição normal, para o género e para a totalidade da amostra. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) revela diferenças significativas para ambos os géneros e para a totalidade da amostra ($p=0,000$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada em torno do valor médio quer para ambos os géneros quer para a totalidade da amostra.

Tabela 6 – Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na UMS

Satisfação UMS	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Feminino	38	95	67,05	12,95	19,31	4,31	-0,82	0,000
Masculino	57	95	65,65	12,32	18,77	4,85	0,24	0,000
Total	38	95	66,54	12,72	19,12	6,20	-0,37	0,000

Analisando em que medida o controlo da pressão arterial discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de U Mann - Whitney (UMW), verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos com pressão arterial controlada ($OM=130,74$). As diferenças encontradas são significativas ($p=0,030$), pelo que os indivíduos com a pressão arterial controlada têm níveis de adesão ao tratamento superiores (tabela 7).

Tabela 7 – Controlo da pressão arterial e a adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento	Ordenação Média	UMW	p
Pressão arterial Controlada	130,74	5205,000	0,030
Não controlada	111,30		

Para analisar em que medida o local de avaliação da pressão arterial discrimina a adesão ao tratamento, foram realizados testes de U Mann - Whitney (UMW), as diferenças estatísticas encontradas apenas são significativas para os indivíduos que avaliam a PA no centro de saúde ($p=0,015$) (tabela 8).

Tabela 8 – Local de avaliação da PA e a adesão ao tratamento

Local de avaliação da PA	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	p
Centro de saúde			
Sim	122,62	UMW= 2916,000	0,015
Não	94,77		
Unidade Móvel de Saúde			
Sim	118,17	UMW= 1510,000	0,876
Não	115,36		
Farmácia			
Sim	111,68	UMW= 2023,500	0,650
Não	118,59		
Domicílio			
Sim	114,16	UMW = 6421,500	0,416
Não	121,10		

Procurando estudar-se se a distância até ao Centro de Saúde influencia a adesão ao tratamento, realizou-se uma análise de variância a um fator (ANOVA), os resultados revelam que são os que percorrem menos de 6 Km que apresentam níveis de adesão ao tratamento mais elevados ($x=96,33 \pm 5,43$ DP). Os que percorrem entre 6 a 10 km são os que revelam menores níveis de adesão ao tratamento ($x=91,29 \pm 11,19$ DP). As diferenças entre os grupos são significativas ($f=3,934$; $p=0,009$). Pelo valor da percentagem de variância explicada, constata-se que a distância percorrida até ao Centro de Saúde influencia em 4,86% a adesão ao tratamento. Dado encontrarmos diferenças estatísticas, efetuamos os testes Post Hoc de Tukey, que revelam diferenças entre os indivíduos que percorrem menos de 6 Km e os que percorrem 6 a 10 Km ($p=0,019$), existindo também uma significância marginal ($p=0,052$) entre os de percorrem menos de 6 Km e os que percorrem mais de 15 Km (tabela 9).

Tabela 9 – Distância percorrida até ao Centro de Saúde e a adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento	x	Dp	f	p	%VE	Testes Tukey					
						1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Distância CS											
≤ 5 Km	96,33	5,43	3,934	0,009	4,86	0,019	0,847	0,052	0,166	1,000	0,283
6 a 10 Km	91,29	11,19									
11 a 15 Km	94,78	8,17									
≥ 16 Km	91,43	10,81									

Analisando em que medida a dificuldade na deslocação ao Centro de Saúde discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de UMW, verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos com dificuldades na deslocação ao Centro de Saúde (OM=118,36), todavia as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,954$) (tabela 10).

Tabela 10 – Dificuldade na deslocação ao CS e a adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento	Dificuldade deslocação CS		
	Ordenação Média	UMW	p
Não	117,83	5973,000	0,954
Sim	118,36		

Procurou-se saber em que medida a frequência das consultas de HTA no CS discriminava a adesão ao tratamento. Realizado o teste de UMW, os resultados apresentados na tabela 11 revelam que são os indivíduos que frequentam as consultas de HTA que têm índices médios mais elevados (OM=119,61), mas as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,262$).

Analisando em que medida o número de consultas de HTA/ano discrimina a adesão ao tratamento, foi realizado o teste de UMW, verifica-se que as ordenações médias são superiores nos indivíduos que frequentam três ou mais consultas de HTA/ano (OM=109,28), contudo as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,346$) (tabela 6).

Procurando saber-se em que medida a frequência da Unidade Móvel de Saúde discriminava a adesão ao tratamento. Realizou-se o teste de UMW, os resultados revelam que são os indivíduos que frequentam sempre a UMS têm índices médios mais elevados (OM=119,16), mas as diferenças encontradas não são significativas ($p=0,610$).

Tabela 11 – Serviços de Saúde e a adesão ao tratamento

Serviços de Saúde	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	p
Consultas HTA no CS			
Não	103,85	UMW= 2192,500	0,262
Sim	119,61		
Nº de consultas HTA/ano			
≤2	101,36	UMW= 4396,500	0,346
≥3	109,28		
Frequência UMS			
Sempre	119,16	UMW= 4546,500	0,610
Raramente	113,93		

Relativamente aos profissionais de saúde que informam sobre a HTA e o seu tratamento, apenas foram encontradas diferenças estatísticas para o médico de família ($p=0,000$), pelo que a informação que é transmitida por este profissional de saúde influencia a adesão ao tratamento (tabela 12).

Tabela 12 – Profissionais de saúde e a adesão ao tratamento

Profissional de saúde que informa sobre a HTA e tratamento	Adesão ao tratamento		
	Ordenação Média	Análise estatística	p
Enfermeiro UMS			
Sim	117,41	UMW= 2218,000	0,667
Não	123,68		
Médico de família			
Sim	125,20	UMW= 2663,500	0,000
Não	84,92		
Enfermeiro de família			
Sim	119,95	UMW= 5398,500	0,777
Não	117,26		
Farmacêutico			
Sim	139,25	UMW= 377,000	0,511
Não	117,63		

Com recurso a uma regressão simples, verifica-se que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na unidade móvel de saúde não é preditora da adesão ao tratamento ($t=-1,008$; $p=0,315$).

Discussão

No presente estudo a amostra foi de 235 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (63,8%), com uma idade média de 75 ($\pm 8,14$) anos. Resultados similares são encontrados em outros estudos (Ferreira, Graça & Calvino, 2016; Silva & Pierin, 2012).

No total da amostra, apenas 34,5% das pessoas apresentavam níveis de pressão arterial controlada, sendo superior no género feminino (38% vs. 28,2%). Resultados semelhantes são encontrados no estudo PHYSA (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014) e no estudo PAP (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). Todos os estudos analisados corroboram com o presente ao mostrarem que é o género feminino que melhor controla a sua pressão arterial.

O local onde a amostra avalia com maior regularidade a pressão arterial é a Unidade Móvel de Saúde (94,0%), seguida do Centro de Saúde (83,4%), depois do domicílio (44,7%) e por fim a farmácia (8,5%). Estes valores devem-se ao facto da UMS ser um serviço de proximidade, deslocando-se a todas as localidades do concelho, o que significa proximidade com o domicílio do cliente e maior acessibilidade. No estudo de Pinto (2012) todos os inquiridos afirmam avaliar a PA no centro de saúde (100%) e 27% diz que também o faz no domicílio. Noutro estudo (Sousa, 2005) 43,52% monitorizam a PA exclusivamente no Centro de Saúde e 21,3% no domicílio.

Relativamente à distância entre o domicílio e o centro de saúde verifica-se que a maioria reside a uma distância de 6 a 10 Km (35,3%), o transporte mais utilizado nas deslocações ao centro de saúde é o transporte próprio (32,3%) e o transporte público

(29,8%), contudo 31,9% da amostra refere ter dificuldades nesta deslocação ao CS, sendo a justificação mais apresentada o custo relativo ao transporte (52,0%). As consultas de hipertensão no centro de saúde são frequentadas por 89,6% da amostra, verificando-se que a maioria frequenta duas consultas por ano (64,5%). Outros estudos apontam para consultas mais regulares, no estudo de Costa (2012) verifica-se que a média de consultas foi de 6 e para Sousa (2005) a média foi de 6,76. Este valor assemelha-se ao número de consultas de enfermagem que são efetuadas na UMS por ano, verificando-se que 77,9% da amostra frequenta sempre a UMS, pelo que efetua seis consultas no ano. A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014), nas *guidelines* para o tratamento da HTA, refere que consultas intervaladas de alguns meses são razoáveis, não existindo diferença entre o controlo da PA com avaliações a intervalos de 3 e 6 meses; acrescenta ainda que consultas de vigilância podem ser realizadas por profissionais de saúde não médicos como, por exemplo, enfermeiros.

O profissional de saúde que dá informações sobre a hipertensão arterial e tratamento é o enfermeiro da UMS (90,6%), o médico de família (82,1%) e o enfermeiro de família (27,7%).

Quando analisamos a adesão ao tratamento, os resultados revelaram que 56,2% da amostra adere às medidas terapêuticas. Para Delgado e Lima (2001) mais de 60% dos participantes eram aderentes. No estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016) os valores obtidos na medida de adesão aos tratamentos variaram entre dois e seis ($5,63 \pm 0,46$). Outro estudo, com uma amostra de 61 hipertensos, obteve uma adesão às medidas terapêuticas em 50% dos participantes (Pinto, 2012).

Através dos resultados apresentados constata-se que os participantes com maiores níveis de adesão ao tratamento são os que têm a pressão arterial controlada, que avaliam a PA no centro de saúde e/ou UMS, que percorrem menos de 6 Km de distância até ao CS, que frequentam as consultas de HTA no CS, usuários da UMS e que recebem informações do médico de família sobre a HTA.

As variáveis que se revelaram preditoras da adesão ao tratamento foram o controlo da PA ($p=0,030$), avaliação da PA no CS ($p=0,015$), a distância percorrida até ao CS ($p=0,009$) e a informação recebida sobre a HTA pelo médico de família ($p=0,000$).

Conclusão

Conclui-se que os profissionais e serviços de saúde têm uma importante influencia na adesão ao tratamento. As pessoas hipertensas que demonstraram maiores níveis de adesão ao tratamento são as que percorrem pequenas distâncias

até ao centro de saúde, frequentam regularmente os serviços de saúde (CS e UMS) e avaliam a pressão arterial nas instalações de saúde.

No contexto da prestação de cuidados de saúde às pessoas com HTA manter o controlo da PA é a meta do tratamento. A ausência ou o controlo inadequado contribuem para o desenvolvimento de diversas complicações. Assim, os cuidados de saúde primários, onde a maior parte dos hipertensos é atendida, aliados aos parceiros comunitários, formam uma estrutura fundamental para garantir uma assistência segura e eficaz. O enfermeiro visando atender o indivíduo na sua integralidade e individualidade deve promover ações que atendam as reais necessidades das pessoas com hipertensão arterial.

Há, portanto, a necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas com adesão ao tratamento, de modo a assegurar a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de saúde. Para o efeito, os serviços de saúde devem desenvolver uma postura proactiva, que vá de encontro às necessidades da população a que prestam serviços, devem descentralizar-se das suas infraestruturas e aproximar-se da comunidade, de modo a visar a promoção da saúde efetiva.

Referências

- Costa, E. C. L. (2012). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf>
- Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.

- Madeira, T, R. (2015). Conhecimento dos Portugueses sobre a Hipertensão Arterial. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29688/1/Tese%20Tiago%20Madeira.pdf>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22(4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*.
- Pinho, N. A. & Pierin, A. M. G. (2013). O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 101 (3). 65-73. DOI: 10.5935/abc.20130173
- Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico: intervir para prevenir. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%3%AAutico%20-%20Final.pdf>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHRYSA study. *Journal of Hypertension*. 32, 1211– 1221.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Praça, R. S. P. L. (2013). Representações Cognitivas, Conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial, Satisfação com a Informação acerca da Medicação e Adesão terapêutica em Utentes Hipertensos. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15227/1/Tese%20Ricardo.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Tradução Portuguesa das *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, Suplemento, 1-91. <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>

Sousa, I. M. C. (2005). A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos.
https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=616164

World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension.
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014.
World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Artigo 5: Fatores motivacionais na adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão arterial

Resumo:

Enquadramento: A adesão ao tratamento na pessoa com hipertensão arterial é hoje um dos principais problemas de saúde pública. A motivação é um fator essencial na gestão eficaz do regime terapêutico.

Objetivo: Identificar o tipo de motivação nas pessoas com HTA e analisar a relação entre os fatores motivacionais e a adesão ao tratamento.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Amostra de 235 hipertensos, 63,8% do sexo feminino, com idades entre os 43 e os 91 anos ($M=75 \pm 8,14$ anos). Questionário composto por variáveis sociodemográficas, motivacionais: Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, Questionário de Autorregulação, Escala de Competência Percebida e Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Resultados: Somente 34,5% dos indivíduos hipertensos apresentam a pressão arterial controlada (28,2% homens e 38% mulheres). Enquanto, mais de metade da amostra (56,2%) adere às medidas terapêuticas. O Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico obteve uma média de 6,12 ($\pm 0,99$). A motivação autónoma obteve uma média de 6,38 ($\pm 0,82$), a motivação controlada de 5,46 ($\pm 1,02$) e a amotivação 3,69 ($\pm 1,27$). A Escala de Competência Percebida revelou uma média de 6,26 ($\pm 0,79$). Os fatores motivacionais preditores da adesão ao tratamento foram: o ambiente terapêutico ($p=0,000$), a motivação autónoma ($p=0,000$) e a competência percebida ($p=0,000$).

Conclusões: Os fatores motivacionais devem ser tidos em conta na organização dos serviços de saúde, de modo a reforçar o papel fundamental do indivíduo na autogestão do regime terapêutico.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, adesão ao tratamento e motivação.

Abstract

Background: adherence to treatment in people with hypertension is now a major public health problem. Motivation is a key factor in effective management of the therapeutic regimen.

Objective: To identify the type of motivation in people with hypertension and analyze the relationship between the motivational factors and adherence to treatment.

Methods: Quantitative study, cross-sectional descriptive-correlational. Sample of 235 hypertensive, 63,8% female, aged between 43 and 91 years ($M=75 \pm 8,14$ years). The questionnaire consisting of sociodemographic and motivational variables: Health Care Climate Questionnaire, Treatment Self-Regulation Questionnaire, Perceived Competence Scale, and Adhesion Measurement Scale to Treatment (MAT).

Results: Only 34,5 % of hypertensive individuals have controlled blood pressure (28,2% men and 38,0 % women). Meanwhile, more than half (56,2 %) adheres to therapeutic measures. The Health Care Climate Questionnaire scores a 6,12 ($\pm 0,99$). Autonomous motivation scores a 6,38 ($\pm 0,82$), controlled motivation of 5,46 ($\pm 1,02$) and amotivation 3,69 ($\pm 1,27$). The Perceived Competence Scale revealed an average of 6,26 ($\pm 0,79$). The motivational predictors of adherence to treatment were the therapeutic environment ($p=0,000$), the autonomous motivation ($p=0,000$) and perceived competence ($p=0,000$).

Conclusions: The motivational factors should be taken into account in the organization of health services in order to strengthen the fundamental role of the individual in self-management of the regimen.

Key-words: Arterial hypertension, treatment adherence and motivation.

Introdução

O aumento constante do número de pessoas com HTA em Portugal e o facto da HTA constituir um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (principal causa de morte), coloca em relevo a realização de estudos nesta área, bem como, impõe que seja dada especial atenção à prevenção, à adoção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair estas patologias e a concretização do seu rápido e adequado tratamento (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013).

Em Portugal, um estudo realizado entre 2011 e 2012, designado de Portuguese *Hypertension and Salt Study* (PHYSA) com uma amostra de 3720 adultos a viver em Portugal continental, revelou uma prevalência de HTA de 42,2%, superior no sexo masculino (44,4% vs. 40,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014). No ano de 2014 a Organização Mundial de Saúde estimou, para Portugal, uma prevalência de HTA de 29,0%, sendo esta de 31,8% no sexo masculino e de 26,3% no sexo feminino (World Health Organization, 2014).

A HTA necessita de terapêutica e vigilância contínua, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica (Norma nº020/2011 da Direção Geral de Saúde, 2013).

A grande problemática para o controlo da pressão arterial é a não adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão arterial, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública (World Health Organization, 2013). Sendo que a adesão corresponde ao grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados e o comportamento do indivíduo frente ao regime terapêutico. As mudanças de comportamento necessárias para o controle da pressão arterial são um desafio para as pessoas com hipertensão e serviços de saúde (Giroto, Andrade, Cabrera & Matsuo, 2013). São vários os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, Lima, Meiners e Soler (2010) referem: os intrínsecos ao cliente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); as crenças de saúde (perceção da gravidade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os relacionados com o tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos secundários, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados com os serviços de saúde (políticas de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera ou tempo de atendimento) e o relacionamento com a equipa de saúde (confiança, relação empática, privacidade e sigilo). Melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e situações agudas da doença, proporcionando qualidade de vida às pessoas com HTA.

As múltiplas dimensões envolvidas na adesão ao tratamento permitem reconhecer que o acompanhamento regular das pessoas com HTA é fundamental, para a motivação para a adesão ao regime terapêutico. A consulta de enfermagem representa um importante instrumento de estímulo para a adesão, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento de dúvidas relativas às preocupações e aos motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança. Ao compreender estas razões, o enfermeiro pode ajudar a descobrir os

potenciais benefícios da mudança de estilo de vida sob o ponto de vista do cliente, o que possibilita um compromisso de metas e planos de como seguir o tratamento com o cliente (Fava, Teraoka, Oliveira, Calixto, Eid & Veiga, 2014). As razões pelas quais os indivíduos adotam comportamentos de saúde dependem de entre outros fatores do tipo de motivação. Deste modo, a motivação da pessoa com HTA é essencial para a gestão eficaz do regime terapêutico. Deci e Ryan (1985) propõem a teoria de Autodeterminação (*Self-Determination Theory*) para explicar a motivação da pessoa para seguir um tratamento. A teoria defende que os objetivos inerentes à motivação variam de sujeito para sujeito e são um *continuum* entre motivação intrínseca e motivação extrínseca, dependendo do grau de interiorização que o indivíduo faz das suas experiências (Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002). A motivação intrínseca refere-se ao tipo de motivação inata e espontânea em que a pessoa faz algo pelo interesse e prazer inerente à ação, na motivação extrínseca pelo contrário a pessoa faz algo pela consequência resultante do seu desempenho (Ryan, 1995). A importância de estudar o tipo de motivação em contexto de saúde prende-se com o facto dos estudos demonstrarem que quando as pessoas revelam uma motivação mais autónoma sentem-se mais competentes na aquisição de comportamentos saudáveis (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci, 2004). Por outro lado, quando os profissionais de saúde disponibilizam várias opções acerca do tratamento e esclarecem as dúvidas dos clientes, estes têm tendência a serem mais motivados autonomamente (Williams, McGregor, Sharp, Koudis, Levesque, Ryan & Deci, 2006).

Perante o problema formularam-se as seguintes questões de investigação: Qual o tipo de motivação nas pessoas com hipertensão arterial? Qual a relação entre os fatores motivacionais e a adesão ao regime terapêutico? Para dar resposta às questões formuladas delinearam-se os seguintes objetivos: Identificar o tipo de motivação nas pessoas com HTA e analisar a relação entre os fatores motivacionais e a adesão ao tratamento.

Metodologia

Executámos um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Com uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 235 pessoas com hipertensão arterial do concelho de Castro Daire utilizadores da Unidade Móvel de Saúde, sendo a maioritariamente do género feminino (63,8% vs. 36,2%), com uma média de idades de 75 ($\pm 8,14$) anos, a residir na aldeia (100%), casada (62,6%), com o 1º ciclo de escolaridade e reformada (87,7%).

Considerámos como critérios de inclusão: residência no concelho de Castro Daire; diagnóstico clínico de hipertensão arterial, de acordo com a norma nº020/2011

atualizada em 2013 da Direção Geral de Saúde (DGS); idade igual ou superior a 18 anos; inscritos na Unidade Móvel de Saúde; inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde de Castro Daire e aceitar voluntariamente participar no estudo. Os critérios de exclusão: pessoas com demência e pessoas com dificuldades de comunicação. Foi realizado pedido de Parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, com resposta favorável (Deliberação nº 1412/2015) e pedido de autorização para efetuar colheita de dados à Câmara Municipal de Castro Daire - Unidade Móvel de Saúde igualmente com resposta positiva (Ofício nº11761). Foi preenchida a respetiva declaração de consentimento informado pelo participante/representante com entrega prévia ao protocolo de avaliação.

Os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 257 indivíduos, todavia 22 questionários foram excluídos pelo facto dos indivíduos não serem hipertensos. O instrumento de colheita de dados era composto por questões sociodemográficas (nomeadamente idade e género); pelas variáveis motivacionais avaliadas por um conjunto de três instrumentos: o Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, o Questionário de Autorregulação e a Escala de Competência Percebida que fazem parte do *Health-Care, Self-Determination Theory Packet* de Deci e Ryan (1985) e ainda pela Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de Delgado e Lima (2001).

O Questionário de Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico (*Health Care Climate Questionnaire*) determina a perceção que as pessoas têm sobre os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc.) em termos de apoio, mais vincadamente direcionado para a autonomia ou controlo. Existem duas versões, uma mais longa constituída por 15 itens mas neste estudo é usada a forma abreviada que inclui apenas seis dos 15 itens. A escala de resposta a este questionário varia entre 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). O resultado obtém-se através da média da pontuação obtida em cada um dos 6 itens. Valores médios elevados são sinónimo de autonomia, enquanto valores baixos significam controlo.

O Questionário de Autorregulação (*Treatment Self-Regulation Questionnaire*) avalia se os motivos pelos quais as pessoas têm ou teriam um comportamento saudável são autónomos ou autodeterminados, tal como iniciar ou seguir um regime terapêutico ou mudar um comportamento relacionado com a saúde. Este questionário é constituído por 15 itens agrupados em três subescalas onde o indivíduo se posiciona numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). A subescala motivação autónoma refere-se ao grau de motivação interna e está relacionada com a manutenção de comportamentos que conduzem a resultados

positivos nos cuidados de saúde, é avaliada por 6 itens (1, 3, 6, 8, 11 e 13). A subescala motivação controlada avalia o modo como o indivíduo é regulado pelo controlo externo, comporta 6 itens (2, 4, 7, 9, 12 e 14). A amotivação contém 3 itens (5, 10 e 15) e avalia o grau de desmotivação. Para determinar a cotação de cada subescala calcula-se a média dos itens referentes a cada uma delas, podendo estas serem usadas de forma independente.

A Escala de Competência Percebida (*Perceived Competence Scale*) é um breve questionário constituído por 4 itens. Avalia o grau de confiança dos indivíduos em iniciar ou manter uma mudança em direção a um comportamento saudável, em participar num plano de cuidados de saúde, ou em realizar um tratamento. Esta escala pode ser adaptada conforme a necessidade de se estudar determinados comportamentos. As questões são cotadas numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). Os resultados obtêm-se a partir da média da pontuação dos 4 itens.

A Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi criada por Morisky, Green e Levine (1986), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Delgado e Lima (2001). A MAT é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. A pontuação varia entre 1 e 6. Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Neste caso, a pontuação varia entre 0 e 1. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

O tratamento estatístico descritivo e inferencial foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23.0 (2015) para Windows.

Resultados

Verifica-se na amostra que a percentagem de pressão arterial não controlada no género masculino é de 71,8% e no género feminino de 62,0%, a que corresponde na totalidade da amostra a 65,5%.

Na tabela 1 apresentam-se os resultados relativos às variáveis motivacionais. No Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, para a totalidade da amostra verifica-se que o valor mínimo é de 2,50 e o máximo de 7, a que corresponde uma média de 6,12 ($\pm 0,99$). Este valor médio elevado sugere

que a amostra percebe que os profissionais de saúde promovem a autonomia do indivíduo na gestão do seu regime terapêutico. Em relação ao Questionário de Autorregulação, este revela para a subescala motivação autónoma um valor mínimo de 2,67 e um máximo de 7, a que corresponde uma média de 6,38 ($\pm 0,82$), o que significa que a amostra apresenta uma motivação interna elevada para o tratamento da hipertensão arterial. Na subescala motivação controlada (motivação externa) o valor mínimo e máximo oscilaram entre 2 e 7, a média foi de 5,46 ($\pm 1,02$), verifica-se portanto que os fatores externos também têm grande influência no tratamento da HTA. Por último, a subescala amotivação apresenta um valor mínimo de 1 e um máximo de 7, a que corresponde uma média de 3,69 ($\pm 1,27$). Este valor médio sugere um grau moderado de desmotivação para o tratamento. Para a totalidade da amostra, verifica-se na Escala de Competência Percebida, um valor mínimo de 4 e um máximo de 7, a que corresponde uma média de 6,26 ($\pm 0,79$). Este valor médio elevado sugere que os inquiridos têm um grande grau de confiança em manter o tratamento da HTA.

Tabela 1 – Variáveis motivacionais

Variáveis motivacionais	Min	Max	M	D.P.
Perceção do ambiente terapêutico	2,50	7	6,12	0,99
Motivação autónoma	2,67	7	6,38	0,82
Motivação controlada	2	7	5,46	1,02
Amotivação	1	7	3,69	1,27
Competência Percebida	4	7	6,26	0,79

Constata-se para globalidade da amostra que 56,2% aderem às medidas terapêuticas enquanto 43,8% não aderem ao tratamento. Relativamente ao género, observamos que o género masculino adere mais ao tratamento que o género feminino (58,8% vs. 54,7% respetivamente).

Através do recurso a regressões simples, verifica-se que a perceção que os hipertensos têm dos profissionais de saúde se revelou preditora da adesão ao tratamento ($t=5,149$; $p=0,000$), explicando 32,0% da adesão. Quanto maior a autonomia percebida pelo indivíduo na autogestão do regime terapêutico maior é a adesão ao tratamento.

Relativamente ao questionário de autorregulação obteve-se com a aplicação de regressões simples que a motivação autónoma é preditora da adesão ao tratamento ($t=3,863$; $p=0,000$), explicando 31,7% da adesão. A correlação entre as variáveis é positiva, ou seja, quanto mais elevada a motivação interna maior é a adesão ao tratamento. A motivação controlada ($t=0,586$; $p=0,558$) e a amotivação ($t=1,625$; $p=0,105$) não se revelaram preditoras da adesão.

Por fim, através de uma regressão simples, constatou-se que a confiança da pessoa hipertensa em manter o tratamento (competência percebida) também se revelou preditora da adesão ao tratamento ($t=5,947$; $p=0,000$), explicando 36,3% da adesão. A correlação entre as variáveis é positiva, deste modo, quanto maior a confiança do indivíduo em manter o tratamento maior é a adesão ao tratamento.

Discussão

No presente estudo a amostra foi de 235 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (63,8%). As idades variaram entre 43 e 91 anos ($75\pm 8,14$ anos). O estudo de Ferreira, Graça e Calvino (2016) utilizou uma amostra de 332 pessoas com hipertensão arterial e o sexo feminino apresentou maior percentagem (59,3%) e as idades variaram entre os 27 e 94 anos ($64,33\pm 12,38$ anos).

No total da amostra, apenas 34,5% das pessoas apresentavam níveis de pressão arterial controlada, sendo superior no género feminino (38% vs. 28,2%). Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Macedo e Ferreira (2013), sobre a análise epidemiológica nos Cuidados de Saúde Primários que revela uma prevalência do controlo da HTA de 35,6%, sendo no sexo masculino de 33,1% e no feminino de 37,4%. No estudo PHISA a prevalência do controlo da HTA foi de 55,7%, as percentagens mais elevadas de controlo da HTA foram observadas nas mulheres (Polonia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014). O estudo PAP sobre prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal, apresenta uma prevalência do controlo da HTA de 28,6%, sendo superior no sexo feminino (32,1%) comparativamente ao sexo masculino (23,4%) (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho & Carmona, 2007). Todos os estudos analisados corroboram com o presente ao mostrarem que é o género feminino que melhor controla a sua pressão arterial.

Os resultados relativos ao Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico revelaram uma média de 6,12 ($\pm 0,99$). O estudo de Ribeiro (2013), com uma amostra de 117 pessoas com hipertensão, apresenta resultados semelhantes, o Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico obteve um mínimo de 1,67 e um máximo de 7 ($M= 5,95 \pm 1,22$). No estudo de Garret (2008), com uma amostra de 30 adolescentes portadores de Diabetes Tipo 1, a perceção sobre o ambiente terapêutico também foi elevada, com uma média de 5,30 ($\pm 1,22$). Também no estudo de Mestre e Pais Ribeiro (2008) com uma amostra de 338 estudantes universitários verificaram um elevado grau de perceção de suporte autónomo por parte dos técnicos de saúde ($M= 4,31 \pm 1,40$).

No Questionário de Autorregulação, a subescala motivação autónoma obteve uma média de 6,38 ($\pm 0,82$); na subescala motivação controlada a média foi de 5,46 ($\pm 1,02$) e na subescala amotivação apresentou uma média de 3,69 ($\pm 1,27$). Outros estudos corroboram estes resultados. No estudo de Ribeiro (2013) a subescala motivação autónoma obteve um mínimo de 2,67 e um máximo de 7, com uma média de 6,46 ($\pm 0,83$); na subescala motivação controlada o valor mínimo e máximo oscilaram entre 1 e 7, a média foi de 4,55 ($\pm 1,62$) e na subescala amotivação apresentou um valor mínimo é de 1 e um máximo de 7, com uma média de 3,22 ($\pm 1,71$). Para Garret (2008) a subescala motivação autónoma obteve um mínimo de 3 e um máximo de 7, com uma média de 5,57 ($\pm 1,20$); a subescala motivação controlada o valor mínimo e máximo oscilaram entre 1,5 e 7, a média foi de 4,34 ($\pm 1,24$) e a subescala amotivação apresentou um valor mínimo é de 1 e um máximo de 7, com uma média de 3,23 ($\pm 1,71$). No estudo de Mestre e Pais Ribeiro (2008) são apresentados resultados diferentes, os indivíduos inquiridos revelam uma regulação controlada com uma média de 5,15 ($\pm 1,29$) e uma regulação autónoma com média de 4,73 ($\pm 1,55$).

Para a Escala de Competência Percebida verificou-se uma média de 6,26 ($\pm 0,79$). Também nesta variável os estudos anteriores expõem resultados similares. Para Ribeiro (2013) a competência percebida obteve um mínimo de 3,33 e um máximo de 7, com uma média de 5,46 ($\pm 0,88$). Já para Garret (2008) os valores oscilaram entre 2 e 7, com média de 4,98 ($\pm 1,25$). Enquanto em Mestre e Pais Ribeiro (2008) a competência percebida obteve uma média de 4,72 ($\pm 1,29$).

Quando analisamos a adesão ao tratamento, concluímos que 56,2% da amostra adere às medidas terapêuticas. Para Delgado e Lima (2001) os resultados revelam que mais de 60% dos participantes eram aderentes. Outro estudo (Pinto, 2012), com uma amostra de 61 hipertensos, obteve uma adesão às medidas terapêuticas em 50,0% dos participantes.

Os fatores motivacionais que se revelaram preditores da adesão ao tratamento foram: o ambiente terapêutico ($p=0,000$), a motivação autónoma ($p=0,000$) e a competência percebida ($p=0,000$).

Para Ribeiro (2013) as variáveis motivacionais que se relacionam com a adesão ao tratamento foram: a autonomia percebida, a regulação controlada, competência percebida e o ambiente terapêutico. Quanto maior a autonomia percebida, maior a adesão à alimentação geral ($p<0,001$) e aos medicamentos ($p=0,008$) e o nível de regulação controlada também se relacionava positiva e significativamente com a adesão à alimentação geral ($p=0,026$). A competência percebida apresentou relações significativas com a adesão à alimentação geral

($p < 0,001$), à atividade física ($p = 0,001$) e aos medicamentos ($p = 0,022$). No que se refere ao ambiente terapêutico, quanto mais este é percebido como estimulador da autonomia, maior é a adesão a uma alimentação saudável ($p < 0,001$). No estudo de Garret (2008) o fator motivacional preditor das medidas de adesão terapêutica foi apenas a competência percebida ($p = 0,003$), verificando-se que quanto mais elevada a competência percebida, maior é a adesão terapêutica.

Conclusão

Sendo a HTA um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares e, em simultâneo, uma doença crónica, é fundamental investir na educação para a saúde das pessoas com HTA, com o objetivo de reduzir as doenças cardiovasculares e as complicações da HTA e enfatizar a importância do controlo adequado da pressão arterial.

Apesar da elevada adesão observada, os valores de pressão arterial são elevados, o que coloca em causa a eficiência das medidas intervenção terapêutica, revelando-se importante o impacto que as variáveis motivacionais têm no tratamento da hipertensão arterial.

Os fatores motivacionais, em particular o ambiente terapêutico, a motivação autónoma e a competência percebida, devem ser tidos em conta na organização dos serviços de saúde, de modo a reforçar o papel fundamental indivíduo na autogestão do regime terapêutico. Torna-se, pertinente que os profissionais de saúde possam avaliar e conhecer estas variáveis, por forma a identificarem eficazmente as áreas em que devem intervir de modo a contribuir para a adesão ao tratamento nas pessoas com HTA. Dando especial enfoque na promoção da autonomia dos indivíduos com HTA, envolvendo-os no processo de tomada de decisão, assumindo o cliente a responsabilidade pelas suas atitudes e comportamentos perante o tratamento.

Referências

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>

- Fava, S, M, C, L., Teraoka, E, C., Oliveira, A, S., Calixto, A, A, T, F., Eid, L, P. & Veiga, E, V. (2014). Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Rene*, 15 (2), 354-361.
- Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvinho, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.
- Figueiredo, N. N. & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enfermagem*, 23 (6). 782-787.
- Garret, S. P. A. G. A. (2008). Adesão ao Tratamento da Diabetes em Adolescentes: *Factores Motivacionais*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera M. A. S. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1763-1772.
- Lima, T, M., Meiners, M, M, M, A. & Soler, O. (2010). Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, 1 (2). 113-120.
- Macedo, M. E. & Ferreira, R. C. (2013). A Hipertensão Arterial em Portugal 2013: Análise epidemiológica nos cuidados de Saúde Primários. http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_Hipertensao_Ano2013_Abril2015.pdf
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22(4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>
- Mestre, S. & Pais Ribeiro, J. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na teoria de auto-determinação. *In: Leal, I., Pais Ribeiro, J., Silva, I. & Marques, S. Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 623-626). Lisboa: ISPA

- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico: intervir para prevenir. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHISA study. *Journal of Hypertension*. 32, 1211– 1221.
- Ribeiro, D. C. (2013). Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21, 40-50.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Koudis, R., Levesque, C., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R. & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

4. Conclusões gerais

Cada indivíduo segue o tratamento de uma forma única e característica, influenciado por inúmeros fatores adquiridos ao longo da vida. Essas particularidades condicionam a resposta ao tratamento e devem ser entendidas pelos profissionais de saúde.

A amostra no presente estudo é majoritariamente do sexo feminino (63,8% vs. 36,2%), com uma idade média de 75 anos ($\pm 8,14$), a residir na aldeia (100,0%), casada (62,6%), com o 1º ciclo de escolaridade (58,3%), reformada (87,7%), com rendimento mensal entre 250 e 500 euros (66,8%) e a coabitar com uma pessoa (55,7%) e sem apoio social (92,3%). A pressão arterial controlada verificava-se em 34,5% da amostra, sendo 28,2% homens e 38,0% mulheres.

Tendo em conta que a adesão ao tratamento é influenciada por múltiplas dimensões, procedemos a uma regressão múltipla que fornece os indicadores da influência ou poder preditivo das variáveis independentes sobre a adesão ao tratamento.

No modelo de regressão múltipla entraram as seguintes variáveis: idade, género, pressão arterial, Escala de Apgar Familiar, Questionário de Determinação da Saúde Nutricional, Questionário Internacional de Atividade Física, Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde, Questionário de Crenças sobre a Doença (Consequências, Duração, Controlo pessoal, Controlo através do tratamento, Identidade, Preocupação, Compreensão e Resposta emocional), Escala Crenças acerca Medicamentos (Necessidades e Preocupações), Questionário abreviado da Perceção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico, Questionário de Autorregulação (Motivação autónoma, Motivação controlada e Amotivação), Escala de Competência Percebida e Escala de Autocuidado com a Hipertensão (Alimentação geral, Alimentação específica, Atividade física e Toma de medicamentos). Da análise, as variáveis que se revelaram preditoras da adesão ao tratamento neste modelo final foram as seguintes:

- O nível de atividade física ($t=-2,207$; $p=0,028$) explica 9,4% da adesão ao tratamento. A associação entre as variáveis é negativa, deste modo, quando aumenta o número de atividades físicas vigorosas diminui a adesão ao tratamento;
- O controlo pessoal ($t=2,847$; $p=0,005$) e identidade ($t=3,571$; $p=0,000$). O controlo pessoal explica 11,1% da adesão, a relação entre as variáveis é

positiva, quanto maior a percepção de controlo da HTA, maior é a adesão ao regime terapêutico. A identidade explica 14,5% da adesão ao tratamento, também a associação entre as variáveis é positiva, assim quanto maior a sintomatologia associada à HTA, maior é a adesão ao tratamento;

- O ambiente terapêutico ($t=3,381$; $p=0,001$) explica 13,4% da adesão, quanto mais este é percebido como estimulador da autonomia, maior é a adesão ao tratamento;
- A alimentação geral ($t=2,056$; $p=0,041$), a atividade física ($t=2,744$; $p=0,007$) e a toma de medicamentos ($t=17,941$; $p=0,000$), todas com associações positivas com a adesão ao tratamento. Deste modo a alimentação geral explica 8,5% da adesão, quanto maior a ingestão de uma dieta saudável, maior o nível de adesão. A atividade física explica 11,5% da adesão, quanto maior a regularidade de prática de atividade física, maior a adesão ao tratamento. A toma da medicação explica 71,3% da adesão ao tratamento, ou seja, a adesão ao tratamento aumenta quando os hipertensos seguem as indicações do tratamento farmacológico.

No contexto da prestação de cuidados às pessoas com HTA manter o controlo da PA é a meta do tratamento. A ausência ou o controlo inadequado contribuem para o desenvolvimento de diversas complicações. Portanto, os cuidados de saúde primários, onde a maior parte dos hipertensos é atendida, aliados aos parceiros comunitários, formam uma estrutura fundamental para garantir uma assistência segura e eficaz.

Há, portanto, a necessidade de monitorizar todas as variáveis relacionadas com adesão ao tratamento, de modo a assegurar a sua efetividade e a eficiência. Para o efeito, os serviços de saúde devem desenvolver uma postura proactiva, que vá de encontro às necessidades da população a que prestam serviços, devem descentralizar-se das suas infraestruturas e aproximar-se da comunidade, de modo a visar a promoção da saúde das comunidades.

Conclui-se, portanto, que é relevante que os profissionais de saúde possam avaliar e conhecer estas variáveis, de forma a identificar eficazmente as áreas em que devem intervir e contribuir, para deste modo, melhorar a adesão do regime terapêutico das pessoas com HTA, especialmente no que se refere à promoção da autonomia dos utentes, envolvendo-os no processo de decisão, assumindo estes a responsabilidade das suas decisões e comportamentos no tratamento da HTA.

Melhorar a adesão ao regime terapêutico permitirá a obtenção de melhores níveis tensionais. Para o efeito, os enfermeiros, dada a sua proximidade com as

populações, devem intervir no sentido de melhorar a adesão ao tratamento. Neste sentido, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública detêm uma posição privilegiada, através do envolvimento e da capacitação das pessoas para a autogestão da hipertensão arterial.

Em conformidade com os resultados apresentados, pode-se dizer que se alcançaram os objetivos delineados. Salieta-se que, ao longo do estudo, encontraram-se algumas limitações, como o facto de se ter optado por uma amostragem por conveniência. Refere-se, ainda, como fator limitante o recurso ao questionário autoaplicado, o que resultou, por parte de alguns participantes, na necessidade da presença da investigadora para esclarecimento de dúvidas. Havia também participantes sem nenhum nível de escolaridade e outros com limitações na destreza manual, que necessitaram de apoio para o preenchimento dos mesmos. Uma outra limitação prende-se com a utilização de diversas escalas, algumas com itens complexos, o que se destacou dado o número significativo de sujeitos da amostra idosos e com baixo nível de escolaridade. O tempo de preenchimento dos questionários era longo e esteve condicionado ao horário de funcionamento da Unidade Móvel de Saúde, resultando numa limitação ao estudo. Por último, considerando que na realização de um estudo de investigação, a experiência do investigador se torna num fator importante para o seu desenvolvimento, tenho plena percepção que a inexperiência se tornou numa limitação.

Apesar das limitações encontradas, sugere-se a possibilidade de continuidade deste estudo, alargando-se a amostra a toda a população da UMS para uma análise exploratória e confirmatória da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel de Saúde. Por forma a demonstrar o benefícios dos usufrutuários deste serviço; a importância que estes parceiros têm nas comunidades a que prestam serviços, especialmente as mais carenciadas de recursos e com um índice envelhecimento e isolamento social em crescimento abrupto.

Referências bibliográficas

- Almeida, S., & Amendoeira, J. (2015). O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica. *Revista da UIIPS*, 3(5), 330-342.
- American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association & National Council on the Aging. (2007). Determine Your Nutritional Health. <https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/nutrition/determineNutrition.pdf>
- Azeredo, Z. & Matos, E. (1989) Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*. 2 (20), 24-29. ISSN:1809-9823
- Benner, P., Hughes, R.G., & Sutphen, M. (2008). Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: *Thinking Critically and Clinically*. In: Hughes, R.G. Patient Safety and Quality: *An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness perception Questionnaire. *Journal of Psychomatic Research*, 60, 631-637.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Resultados do Estudo VALSIM. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 28 (5), 499–523. <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1064.pdf>
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática (2ª ed.)*. Lisboa: Almedina.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja. P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine &*

Science in Sports & Exercise: Official Journal of the American College of Sports Medicine, 1381-1395 <http://www.gac-usp.com.br/resources/International%20physical%20activity%20questionnaire-%2012-country%20reliability%20and%20validity%20-%20CRAIG%20-%202003>.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum

Delgado, A. D. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219

Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº020/2011: Hipertensão Arterial: definição e classificação. <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2013). Orientação nº 017/2013: Avaliação Antropométrica no Adulto. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471323>

Fava, S, M, C, L., Teraoka, E, C., Oliveira, A, S., Calixto, A, A, T, F., Eid, L, P. & Veiga, E, V. (2014). Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Rene*, 15 (2), 354-361.

Ferreira, R. S.S., Graça, L. C. C. & Calvino, M. L. S. E. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (8), 7-15.

- Figueiredo, N. N. & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enfermagem*, 23 (6). 782-787.
- Fonseca, C. B. (2008). Como definir uma população de estudo e como seleccionar uma amostra? In: *Médicos de Medicina Geral e Familiar. Investigação Passo a Passo: Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Giroto, E., Andrade, S. M., Cabrera M. A. S. & Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1763-1772.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: *The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication*, *Psychology & Health*, 14 (1), 1-24, DOI:10.1080/08870449908407311
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- International Council of Nurses (2009). *Nursing research: a tool for action*. Geneva – Switzerland: ICN www.icn.ch
- International Physical Activity Questionnaire Research Committee (2004). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short Form*. http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf
- Lima, T, M., Meiners, M, M, M, A. & Soler, O. (2010). Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, 1 (2). 113-120.
- Macedo, M. E. & Ferreira, R. C. (2013). *A Hipertensão Arterial em Portugal 2013: Análise epidemiológica nos cuidados de Saúde Primários*. http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_Hipertensao_Ano2013_Abril2015.pdf

- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 26 (1), 21-39.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M. & Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Blood Pressure*, 22 (4), 193–278. <http://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações (2ª ed. rev. e aumentada)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics (6ª ed.)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, ISBN: 972-9425-93-0
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Município de Castro Daire. (2014). *Diagnóstico Social*. <http://www.cm-castrodaire.pt/images/stories/pdf/clas-diagnosticos2014.pdf>
- Município de Castro Daire. (2016). *Unidade Móvel de Saúde*. http://www.cm-castrodaire.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=108
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do*

Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*.

Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999) Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 7, 52-57.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. 32, 1211– 1221.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão Resumo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ribeiro, D. C. (2013). Adesão terapêutica e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão: fatores motivacionais. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72145/2/91699.pdf>

Smilkstein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal Fam. Practic*. 15 (2), 303-311.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Tradução Portuguesa das *Guidelines* de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, Suplemento, 1-91. <http://www.sbh.org.br/pdf/guidelines2014.pdf>

Webb, J. J. (2011). Nursing research and evidence-based practice. *Contemporary Nursing: Issues, trends, and management*. American, Amazon, 101-121.

World Health Organization. (2013). World Health Day 2013. A global brief on hypertension. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

Anexo I:

Protocolo de Instrumentos de Avaliação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúdeno Concelho de Castro Daire e cujo objectivo principal é avaliar a adesão ao regime terapêutico. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo: (localidade),

Data:

Nome:

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD n.º: , data/validade

Morada:

a. Grau de parentesco ou tipo de representação:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador Cláudia Chaves e Cátia Alexandra Marques Pinto

Assinatura _____



QUESTIONÁRIO

Eu, Cátia Alexandra Marques Pinto, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Cláudia Chaves, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estou a desenvolver um trabalho sobre a “**Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde**”. Como tal solicito a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si (ou seu representante, de acordo com a sua opinião) com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratas pela sua colaboração e disponibilidade prestada!

QUESTIONÁRIO

1- Idade: _____ anos

2- Sexo: Feminino Masculino

3- Estado civil:

- Solteiro
 Casado / união de facto
 Divorciado / Separado
 Viúvo

4- Residência: Aldeia Vila Cidade

5- Habilitações literárias:

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever
 1º Ciclo (1º ao 4º ano)
 2º Ciclo (5º ao 6º ano)
 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
 Ensino secundário (10º ao 12ºano)
 Curso técnico/profissional
 Ensino superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)

6- Situação laboral:

- Empregado
 Desempregado
 Baixa médica
 Reformado
 Outro: _____

7- Rendimento bruto mensal:

- Inferior a 250 €
 Entre 251 a 500 €
 Entre 501 a 750 €
 Entre 751 a 1000 €
 Superior a 1001 €

8- Coabitação:

- Sozinho
 Cônjuge
 Cônjuge e filhos
 Filhos
 Família alargada
 Lar

9- Número de elementos com quem vive: _____

10- Possui algum tipo de apoio social?

- Não Sim
 (Se respondeu não, passe à questão 12)

10.1- Se respondeu sim, qual?

- (pode escolher mais que uma opção)
 Serviço de Apoio ao Domicílio
 Centro de Dia
 Familiares
 Amigos
 Outro: _____

12- ESCALA DE APGAR FAMILIAR

(Smilkstein, 1978)

(Versão Portuguesa: Azeredo & Matos, 1989)

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
1. Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?			
2. Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?			
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4. Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5. Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?			

13- Costuma consumir bebidas alcoólicas? Não Sim

(Se respondeu não, passe à questão 15)

14- QUESTIONÁRIO CAGE

(Ewing, 1984)

(Validado para Portugal pela Direção Geral de Saúde, 2001)

14.1 – Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? Não Sim

14.2 – Criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? Não Sim

14.3 – Sente-se culpado(a) consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? Não Sim

14.4 – Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou a ressaca? Não Sim

15- Uso anterior de álcool: Não Sim

Se respondeu sim, parou há: _____ anos Tempo de consumo: _____ anos

16- É fumador? Não Sim

(Se respondeu não, passe à questão 18)

17- TESTE DE FAGËSTROM (FTQ)

(Fagerström & Schneider, 1989)

17.1- Quanto tempo passa desde que se levanta até fumar o primeiro cigarro?

- a) De 0 até 5 minutos b) Entre 6-30 minutos
c) Entre 31-60 minutos d) Depois de 60 minutos

17.2- Considera difícil não poder fumar em espaços proibidos, como o cinema? Não Sim

17.3 – Qual cigarro que mais lhe custa deixar de fumar?

- O primeiro da manhã Qualquer outro

17.4 – Quantos cigarros fuma por dia?

- a) 10 ou menos b) 11 a 20 c) 21 a 30 d) 31 ou mais

17.5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas, após se ter levantado, do que durante o resto do dia? Não Sim

17.6 – Fuma mesmo que esteja na cama a maior parte do dia? Não Sim

18- É ex-fumador: Não Sim

Se respondeu sim, parou há: _____ anos. Tempo de tabagismo _____ anos

19- Pratica exercício físico? Não Sim

20- Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta

(*International Physical Activity Questionnaire- IPAQ*)

(Craig, Marshall, Sjörström, Bauman, Booth, Ainsworth, Pratt, Ekelund, Yngve, Sallis, Oja, 2003)

Ao responder às seguintes questões, considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso e que fazem ficar com a respiração ofegante.

- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.

Ao responder às questões, considere apenas as **atividades físicas** que realize pelo menos **10 minutos** seguidos.

20.1- Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

____ dias

20.2- Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

____ Horas ____ Minutos

20.3- Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos fez atividades físicas moderadas, como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

____ Dias

20.4- Nos dias em que pratica atividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

____ Horas ____ Minutos

20.5- Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

____ Dias

20.6- Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/ caminhar?

____ Horas ____ Minutos

20.7- Diga-me, num dia normal, quanto tempo passa sentado?

____ Horas ____ Minutos

20.8- Num dia normal, quanto tempo dedica a ver televisão?

____ Horas ____ Minutos

21- Quando pensa no tipo de alimentação que tem, como crê que seja?

- Nada saudável
- Pouco saudável
- Moderadamente saudável
- Tão saudável como o recomendado
- Muito saudável

22- Com que frequência usa estes produtos para temperar os alimentos?

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Ervas aromáticas (ex: salsa, coentros, louro, alecrim...)					
Sal de cozinha					

23- Com que frequência, na semana, consome os seguintes alimentos?

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Café					
Bebidas alcoólicas (vinho, cerveja...)					
Enchidos (chouriça, morcela, salpicão, alheira..)					
Presunto					
Tremoços					
Azeitonas					

24- QUESTIONÁRIO “CONHEÇA A SUA SAÚDE NUTRICIONAL”

(Determine Your Nutritional Health)

(American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association & National Council on The Aging, 2007)

24.1- Tive uma doença ou situação condicionante que me fez mudar o tipo e/ou a quantidade de alimentos que como? Não Sim

24.2- Faço menos de 2 refeições por dia? Não Sim

24.3- Como pouca fruta, vegetais ou produtos láteos? Não Sim

24.4- Tomo mais de 3 copos de cerveja, licor ou vinho quase diariamente? Não Sim

24.5- Tenho problemas dentários que tornam difícil comer? Não Sim

24.6- Nem sempre tenho dinheiro para comprar a comida que necessito? Não Sim

24.7- Como sozinho a maioria das vezes? Não Sim

- 24.8- Tomo diariamente 3 ou mais medicamentos prescritos ou não? Não Sim
- 24.9- Sem querer, aumentei ou diminui 10 quilos nos últimos 6 meses? Não Sim
- 24.10- Nem sempre sou fisicamente capaz de fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me?
 Não Sim

25- Parâmetros antropométricos:

- 25.1- Peso: _____ Kg
- 25.2- Altura: _____ cm
- 25.3- Índice de Massa Corporal (IMC): _____
- 25.4- Perímetro Abdominal (PA): _____ cm

26- Tensão Arterial (TA): ____/____ mm/Hg

27- É Hipertenso: Não Sim

27.1- Se respondeu sim, há quantos anos tem hipertensão arterial: _____ anos

28- Tem outra(s) doença(s) associada(s)? Não Sim

- 28.1- Se respondeu sim, qual: (pode escolher mais que uma opção)
- Diabetes Mellitus
 - Doença maligna (ex.: cancro)
 - Demência (ex.: Parkinson)
 - Acidente Vascular Cerebral (AVC-Trombose)
 - Patologia Génito-urinária (ex.: problemas de próstata, incontinência urinária)
 - Patologia Cardíaca (ex.: doenças do coração)
 - Patologia digestiva (ex.: gastrites, úlceras)
 - Patologia Vasculiar (ex.: varizes, feridas)
 - Patologia Respiratória (ex.: sinusite, bronquite, asma)
 - Patologia Osteoarticular (ex.: osteoporose, artroses, artrite)
 - Patologia Psiquiátrica (ex.: depressão)
 - Outra doença crónica. Qual: _____

29- Na família existe alguém com hipertensão arterial? Não Sim

29.1- Se respondeu sim, quem: _____

30- Onde avalia a sua tensão arterial? (pode escolher mais que uma opção)

- Centro de Saúde
- Unidade Móvel de Saúde
- Farmácia
- Domicílio

31- Como acha que está a sua saúde?

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito Boa
- Excelente/Ótima

32- Distância do domicílio até ao Centro de Saúde?

- Menos de 5 Km
- Entre 6 e 10 Km
- Entre 11 e 15 Km
- Mais de 15 Km

33- Qual o transporte que utiliza para se deslocar ao Centro de Saúde?

- Transporte Próprio
- Transporte de Familiares/Vizinhos
- Transporte Público
- Táxi
- A pé

34- Tem dificuldade em se deslocar ao Centro de Saúde? Não Sim

34.1- Se respondeu sim, qual é a justificação?

- A distância é grande para ir a pé
- Tem afazeres domésticos, casa ou filho (s)
- Devido ao custo financeiro do transporte
- Necessita de acompanhante
- Não pode faltar ao trabalho
- Tem pessoa a seu cargo
- Outra: _____

35- Frequenta as consultas de hipertensão arterial, no Centro de Saúde? Não Sim

35.1- Se respondeu sim, quantas consultas frequenta por ano?

- 1
- 2
- 3
- Mais de 3
- Quando sente necessidade

36- Frequenta a Unidade Móvel de Saúde?

- Sempre
- Quando sente necessidade
- Raramente

37- Qual o profissional de saúde lhe dá informações acerca da sua hipertensão arterial e seu tratamento? (pode escolher mais que uma opção)

- Enfermeiro da Unidade Móvel de Saúde
- Médico de Família
- Enfermeiro de Família
- Farmacêutico
- Outro Profissional: _____

**38- SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
NA UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE**

As questões que se seguem dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com o enfermeiro da Unidade Móvel de Saúde. Pedimos que nos dê a sua opinião sobre o atendimento nos últimos 12 meses.

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

Qual a sua opinião sobre o Enfermeiro da Unidade Móvel de Saúde nos últimos 12 meses em relação a...	Má	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
1- Relevância do serviço prestado na Unidade Móvel de Saúde para o controlo do seu estado de saúde/doença?					
2- Pertinência de existir um profissional de Enfermagem?					
3- Disponibilidade do enfermeiro durante a consulta?					
4- Duração da consulta de enfermagem?					
5- Interesse demonstrado pelos seus problemas de saúde?					
6- Confiança sentida no enfermeiro?					
7- Forma como o enfermeiro o/a ouviu?					
8- Confidencialidade da informação?					
9- Preparação do enfermeiro na realização da consulta?					
10- Forma como o enfermeiro executou a consulta?					
11- Atenção dada pelo enfermeiro?					
12- Procedimentos realizados pelo enfermeiro?					
13- Ensinos/aconselhamentos para a promoção da saúde e prevenção da doença?					
14- Explicação das técnicas e procedimentos realizados?					
15- Ajuda a enfrentar os problemas emocionais?					
16- Compreensão da importância de seguir os conselhos do enfermeiro?					
17- Conhecimento do enfermeiro sobre o seu estado de saúde?					
18- Encaminhamento e aconselhamento para outros profissionais de saúde?					
19- Importância da deslocação da Unidade Móvel de Saúde à sua localidade (serviço de proximidade)?					

39- Toma habitualmente a medicação para a hipertensão arterial? Não Sim

40- Toma mais medicamentos para outras doenças? Não Sim

41- Número total de comprimidos que toma por dia: _____ comprimidos

42- ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS

(Beliefs About Medicines Questionnaire)

(Horne, Weinman & Hankins, 1999)

(Versão Portuguesa de Pereira & Silva, 1999)

Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos, QUE ESTÁ A TOMAR. As frases que se seguem são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos que tomam. Por favor indique em que grau concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada, com um X.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo Totalmente
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos					
2. Ter de tomar medicamentos preocupa-me					
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos					
4. Sem os meus medicamentos estaria muito doente					
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo					
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim					
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos					
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida					
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos					
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior					

43- ESCALA DE MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO (MAT)

(Morisky, Green e Levine, 1986)

(Versão Portuguesa: Delgado & Lima, 2001)

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?						
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?						
3. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
7. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

44- QUESTIONÁRIO DE AUTORREGULAÇÃO (Q.A.R.)
(Treatment Self-Regulation Questionnaire)
 (Deci & Ryan, 1985)

Este questionário pretende perceber quais os motivos que o levam a seguir um tratamento (dieta saudável, prática de exercício físico, tomar a medicação, etc.) As pessoas têm diferentes razões para o fazer e gostaríamos de saber em que medida as razões que apresentamos seguidamente são verdadeiras no seu caso. Por favor, assinale com um X (numa escala de 1 a 7) até que ponto cada uma das razões seguintes são verdadeiras no seu caso.

Razões para eu seguir o tratamento:	Nada verdadeira		Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Porque quero ser responsável pela minha própria saúde	1	2	3	4	5	6	7
2. Porque sentiria culpa ou vergonha se não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3. Porque acredito pessoalmente que é a melhor coisa para a minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
4. Porque os outros ficariam aborrecidos comigo se eu não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu realmente não penso muito nisso	1	2	3	4	5	6	7
6. Porque acredito que é muito importante para muitos aspetos da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Porque me sentiria mal comigo se não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
8. Porque é uma escolha importante que eu quero realmente fazer	1	2	3	4	5	6	7
9. Porque os outros me pressionam para seguir o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
10. Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar sobre o assunto	1	2	3	4	5	6	7
11. Porque está de acordo com os meus objetivos de vida	1	2	3	4	5	6	7
12. Porque quero que os outros aproveem o meu comportamento	1	2	3	4	5	6	7
13. Porque é muito importante ser o mais saudável possível	1	2	3	4	5	6	7
14. Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer	1	2	3	4	5	6	7
15. Realmente não sei bem porquê	1	2	3	4	5	6	7

45- ESCALA DE COMPETÊNCIA PERCEBIDA (E.C.P.)

(Perceived Competence Scale)

(Deci & Ryan, 1985)

Assinale com um X (numa escala de 1 a 7), até que ponto cada uma das frases seguintes são verdadeiras no seu caso:

	Nada verdadeira		Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir o tratamento da hipertensão arterial.	1	2	3	4	5	6	7
2. Presentemente, sinto-me capaz de ter os cuidados necessários por causa da hipertensão arterial.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto que sou capaz de não falhar nos cuidados necessários a ter por causa da hipertensão arterial.	1	2	3	4	5	6	7
4. Consigo fazer o que é necessário para o tratamento da hipertensão arterial.	1	2	3	4	5	6	7

46- QUESTIONÁRIO ABREVIADO DA PERCEÇÃO DO CLIENTE SOBRE O AMBIENTE TERAPÊUTICO (Q.P.C.A.T.)

(Health Care Climate Questionnaire)

(Deci & Ryan, 1985)

Por favor assinale com um X (numa escala de 1 a 7), até que ponto cada uma das frases seguintes é verdadeira no seu caso:

	Nada verdadeira		Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto que os profissionais de saúde (enfermeiro/a, médico/a, etc.) me dão várias opções sobre como resolver o(s) meu(s) problemas da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto que os profissionais de saúde compreendem o modo como eu encaro os aspetos relacionados com o(s) meu(s) problema(s) de hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3. Os meus profissionais de saúde confiam na minha capacidade de seguir o tratamento para a hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
4. Os profissionais de saúde têm em atenção o modo como eu gostaria de gerir o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
5. Os profissionais de saúde encorajam-me a fazer perguntas sobre o(s) meu(s) problema(s) da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
6. Os profissionais de saúde tentam compreender como eu vejo os meu(s) problema(s) de hipertensão antes de sugerir qualquer mudança	1	2	3	4	5	6	7

47- QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SOBRE A DOENÇA -VERSÃO BREVE
(Illness Perception Questionnaire-Brief)
 (Broadbent, Petrie , Main & Weinman, 2006)
 (Traduzido para Portugal por Araújo-Soares, Trovisqueira & McIntyre)

Por favor assinale com um X (numa escala de 1 a 5), até que ponto cada uma das frases seguintes é verdadeira no seu caso.

	Não afeta nada					Afeta gravemente a minha vida					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?											
2. Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?											
3. Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?											
4. Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?											
5. Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?											
6. Qual o grau de preocupação com a sua doença?											
7. Até que ponto sente que compreende a sua doença?											
8. Até que ponto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (ex. fá-lo sentir-se zangado, assustado, triste ou deprimido)											
Por favor, refira por ordem de decrescente (1,2,3), as três razões mais importantes que acredita terem causado a sua doença?	1. _____										
	2. _____										
	3. _____										

48- ESCALA DE AUTO-CUIDADO COM A HIPERTENSÃO
 (Ribeiro, 2013)

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta com pouco sal?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2. Em quantos, dos últimos SETE DIAS acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	0	1	2	3	4	5	6	7

2.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebidas alcoólicas, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta pobre em gordura?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.8. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ATIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. MEDICAMENTOS								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da hipertensão arterial?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da hipertensão arterial?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. HÁBITOS TABÁGICOS								
5.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim								
5.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
5.3 Quando fumou o seu último cigarro? <input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje								

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo II:

Solicitação de autorização para uso dos instrumentos de colheita de dados

Exma Sr.^a Professora Doutora Maria Luísa Lima,

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, a docente Cláudia Chaves e a mestranda Cátia Alexandra Marques Pinto estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde”. Consideramos premente para o estudo desta problemática a utilização da Escala Medida de Adesão aos Tratamentos da qual V. Ex.^a é autora.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a utilização da escala no protocolo de avaliação junto dos utentes que frequentam a Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os seus interesses.

Mais informamos que estamos disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 962913723 ou pelo telefone 232419139.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração,
Cláudia Chaves e Cátia Pinto

Cara Cláudia,

temos todo o gosto em que use a nossa escala. Bom trabalho!

Luisa

Exma Sr.^a Professora Doutora Maria da Graça Pereira,

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, a docente Cláudia Chaves e a mestranda Cátia Alexandra Marques Pinto estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde”. Consideramos premente para o estudo desta problemática a utilização da Escala de Crenças Acerca dos Medicamentos da qual V. Ex. cia é autora.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a utilização da escala no protocolo de avaliação junto dos utentes que frequentam a Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os seus interesses.

Mais informamos que estamos disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 962913723 ou pelo telefone 232419139.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração,
Cláudia Chaves e Cátia Pinto

Exmo Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro,

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, a docente Cláudia Chaves e a mestranda Cátia Alexandra Marques Pinto estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde”. Consideramos premente para o estudo desta problemática a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social da qual V. Ex.^a é autor.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a utilização da escala no protocolo de avaliação junto dos utentes que frequentam a Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os seus interesses.

Mais informamos que estamos disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 962913723 ou pelo telefone 232419139.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração,
Cláudia Chaves e Cátia Pinto

Caras colegas,

Autorizo o uso da ESSS.

Informo que no meu site, na secção books, encontra o manual da escala que é de acesso livre e pode fazer download para o seu computador
cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Exmo Sr. Doutor Luís Rebelo,

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, a docente Cláudia Chaves e a mestranda Cátia Alexandra Marques Pinto estão a realizar um estudo subordinado ao tema “Gestão da pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde”. Consideramos premente para o estudo desta problemática a utilização da Escala de APGAR familiar da qual V. Ex.^a é autor.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a utilização da escala no protocolo de avaliação junto dos utentes que frequentam a Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os seus interesses.

Mais informamos que estamos disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 962913723 ou pelo telefone 232419139.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração,
Cláudia Chaves e Cátia Pinto

Caras Investigadoras

o autor desta escala é o Prof.. Gabriel Smilkstein, infelizmente já falecido. A versão validade para português foi publicada na RPCG e é da responsabilidade do Dr Gil de Morais.

Cpts, Luís Rebelo

Anexo III:

Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados

Exma. Senhora
Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n.º 102
3500 – 843 VISEU

N/Ref. 02.02
Proc. n.º 11384/2015
Of. n.º 24176 08/09/2015

Assunto: Legalização de tratamentos automatizados de dados pessoais.

Com referência ao assunto em epígrafe, fica(m) V. Exa(s). devidamente notificado/a(s) para todo o conteúdo da Deliberação desta CNPD n.º 1412/2015, de 08 de setembro de 2015, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da CNPD,



(Isabel Cristina Cruz)

RC

*COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS*

DELIBERAÇÃO N.º 1412 /2015

Cláudia Margarida Correia Balula Chaves notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais, no âmbito de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com a finalidade de elaborar um estudo sobre a "Gestão da Pessoa com Hipertensão Arterial na Unidade Móvel de Saúde".

O objetivo principal do estudo consiste em identificar a adesão ao regime terapêutico na pessoa com hipertensão arterial e sua relação com a satisfação dos cuidados de enfermagem na Unidade de Móvel de Saúde.

O estudo terá lugar na Unidade de Saúde Móvel do Município de Castro Daire e terá como participantes pessoas com mais de 18 anos sem anomalia cognitiva que aceitem participar no estudo.

A participação no estudo consistirá na resposta a um questionário, no qual não são recolhidos dados que identifiquem os participantes, nem é aposto qualquer código.

Será fornecida aos participantes uma carta de apresentação sobre o estudo e declaração de consentimento informado para assinatura prévia.

As categorias de dados recolhidos são: idade; género; situação laboral; religião, estado civil; habilitações literárias; coabitação; número de pessoas com quem vive, rendimento bruto mensal (por intervalos); se recebe apoio social; Escala de Apgar familiar; Questionário CAGE (sobre hábitos de consumo de álcool); Teste de Fagëstrom (sobre hábitos tabágicos); Questionário de Atividade Física; alimentação e Questionário sobre saúde nutricional; parâmetros antropométricos; tensão arterial, doenças; questões sobre os cuidados de saúde recebidos; questionário de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde na unidade Móvel; escala de crenças sobre os

COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

medicamentos; Escala de medida de adesão ao tratamento; Questionário de auto-regulação; Escala de competência percebida; questionário abreviado da percepção do cliente sobre o ambiente terapêutico; questionário de crenças sobre a doença; escala de auto-cuidado com a hipertensão.

Da análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes com as respostas aos questionários. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

Lisboa, 8 de setembro de 2015

Filipa Calvão (Presidente)

Anexo IV:

**Autorização para efetuar colheita de dados na Câmara Municipal de Castro Daire
(Unidade Móvel de Saúde)**

Exmo. Senhor 11761/2015/414
Presidente
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102,

3500-843 VISEU

V/ Referência	V/ Comunicação	N/ Referência	Data
		Ofício N.º: 11761 Proc. N.º:	11/09/2015

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

Em resposta ao V/ ofício, de referência ESSV 0616, datado de 24 de agosto de 2015, informo V.^a Ex.^a que, em conformidade com o solicitado, autorizo a recolha de dados/informação junto dos utentes que frequentam a Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire, pela mestranda Cátia Alexandra Marques Pinto.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Câmara Municipal



José Fernando Cameiro Pereira