

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
X Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem
INÊS MARIA DA CRUZ SOUSA

A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob a Orientação do
Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva

Porto

Outubro de 2005

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob a Orientação do
Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva

Inês Maria da Cruz Sousa

Porto, Outubro de 2005

*Dedico este trabalho àqueles que comigo
partilham todos os momentos e nunca desistem
de me incentivar: pais, irmãs e Paulo...*

Agradecimentos

Obrigada...

... a todos quantos contribuíram de forma directa ou indirecta para a concretização deste trabalho:

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Abel Paiva, pela disponibilidade demonstrada em todos os momentos, pela orientação, ajuda e apoio constantes;

A todos os utentes hipertensos do Centro de Saúde de Leça da Palmeira que acederem participar neste estudo;

Ao Sr. Director do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, Dr. Cruz Santos e ao Sr. Enfermeiro Chefe, Enf.º Luís Barriga Negra por todo o apoio dispensado e pelo interesse com que acederam à realização deste estudo;

À Dr.^a Rosa Santos, ao Professor Doutor Mário Espiga Macedo, ao Professor Doutor Agostinho Monteiro e à Dr.^a Emília Teixeira, pela forma gentil com que analisaram o instrumento de recolha de dados;

Aos colegas da Escola Superior de Enfermagem de São João por todo o apoio dispensado, à Maria Rui e à Fernanda Bastos pela partilha;

Um agradecimento especial às amigas Natália, Antónia, Filomena e ao amigo Filipe, pela colaboração, pelo incentivo e pelas palavras de ânimo, nomeadamente nos momentos em que o desânimo ameaçava;

Resta agradecer àqueles que mais de perto nos apoiaram e sem a ajuda dos quais não teríamos conseguido: à minha querida Mãe, companheira de todos os momentos, mesmo nas minhas longas ausências; ao meu pai por ter permitido que aqui chegasse; às minhas irmãs Mi, Ginha, Nuna e Bá pelo acréscimo de trabalho, mas sempre acompanhado por um sorriso e por palavras de incentivo; a ti Ginha por nunca teres deixado de acreditar em mim; aos meus cunhados Nelo e Nando, pelo apoio; às minhas meninas Taninha, Patrícia, Mariana e Ni por todas as privações e pela ausência de brincadeiras; aos meus sogros pela ajuda; e finalmente a ti Paulo pela partilha, pela paciência, enfim... por tudo, e tu sabes que foi muito!

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

Resumo

O estudo que realizámos centra-se na área da adesão ao regime terapêutico nos portadores de doenças crónicas, mais concretamente nas pessoas com hipertensão arterial. O tema emergiu da preocupação que esta temática tem suscitado na comunidade científica, tendo como finalidade contribuir para que os enfermeiros possam implementar intervenções baseadas em evidência, para melhorar a qualidade da assistência, centrada no problema da não adesão ao regime terapêutico prescrito.

Pretendeu-se com a sua realização avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico; identificar a informação transmitida pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da doença; identificar o nível de conhecimentos relativos à doença; identificar factores não cognitivos que influenciam a não adesão e, finalmente, relacionar o nível de conhecimento sobre a hipertensão, as características sócio-demográficas e a informação sobre as recomendações terapêuticas, com a adesão ao regime terapêutico.

Para a concretização destes objectivos delineou-se um estudo de cariz exploratório, correlacional e também metodológico. A investigação foi desenvolvida no Centro de Saúde de Leça da Palmeira, tendo a amostra sido constituída por 108 pessoas com hipertensão arterial.

Os resultados obtidos indicaram que os aspectos do tratamento onde se verificaram menores níveis de adesão foram no exercício físico e na alimentação. Também se verificou que, de uma forma geral, os doentes haviam sido informados acerca do regime de tratamento da doença pelos profissionais, e apresentavam conhecimentos acerca da mesma; contudo, não se encontraram relações com significado estatístico entre estas variáveis e a adesão terapêutica. Já no que concerne às características sócio-demográficas, foram encontradas várias relações entre idade, sexo, situação profissional, apoio de pessoas significativas e diferentes dimensões do regime terapêutico. A principal razão encontrada para a não adesão parece direccionar-se para a valorização do prazer de comer, de fumar e de consumir bebidas alcoólicas.

Palavras-chave: adesão ao regime terapêutico; razões da não adesão; hipertensão; estilos de vida; conhecimento.

Abstract

This study is focused on adherence to the therapeutic regimen by patients suffering of chronic diseases, more specifically patients having hypertension. The theme emerged from the attention it has received from the scientific community, with the aim of helping nurses implementing interventions based on evidence, in order to improve the quality of care, centered in the problem of non-adherence to the prescribed therapeutic regimen.

The goal of this study is to evaluate the level of adherence to the therapeutic regimen: identify the information transmitted by health care professionals about recommendations to control the disease; identify the knowledge level about the disease; identify non-cognitive factors which influence non-adherence; and, finally, relate the knowledge level about hypertension, the socio-demographic characteristics and the information about therapeutic recommendations, with adherence to the therapeutic regimen.

In order to accomplish the aforementioned goals, a study was delineated which is exploratory, correlational and, also, methodological. The research was carried out at Leça da Palmeira's Health Care Center, and the sample was comprised of 108 people having hypertension.

The obtained results showed that physical exercise and diet were the therapeutic regimen's aspects having the lowest levels of adherence. Although patients were generally informed about the disease's therapeutic regimen by health care professionals and had knowledge about the disease, a statistically significant relation was not found between these variables and adherence. Nevertheless, concerning the socio-demographic characteristics, several statistically significant relations were found between age, gender, professional status, social support, and different therapeutic regimen's dimensions. The importance given to the pleasure of eating, smoking and consuming alcoholic drinks seemed to be the main cause of non-adherence.

Keywords: adherence to therapeutic regimen; reasons of non-adherence; hypertension; life styles; knowledge.

Abreviaturas e siglas

ANOVA – Analysis of Variance

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CID – Classificação Internacional das Doenças

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado

col. – colaboradores

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension

DECO – Defesa do Consumidor

DCV – Doenças Cérebro-Vasculares

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DIC – Doença Isquémica Cardíaca

ESH – European Society of Hypertension

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

gr - gramas

hab. – habitantes

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde

INTERSALT – International Study of Sodium, Potassium, and Blood Pressure

ISH – International Society of Hypertension

JNC – Joint National Committee

Kg – kilograma

Kg/m² – kilograma por metro quadrado

LIHEF – Lifestyle Intervention against Hypertension in Eastern Finland

MAR – Modelo da Auto-Regulação

MCS – Modelo de Crenças de Saúde

ml – mililitros

mmHg – milímetros de mercúrio

mmol – milimoles

NANDA – North American Nursing Diagnoses Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

op. cit. – oportunamente citado

p. – página

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

SEH – Sociedade Espanhola de Hipertensão

SPSS – Statistical Program for Social Sciences

TAR – Teoria da Acção Racional

TCP – Teoria do Comportamento Planeado

TONE – Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly

U.S. – United States

WHO – World Health Organization

Índice de figuras

FIGURA 1 – MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE (ADAPTADO DE BENNET & MURPHY, 1999, P. 53).	77
FIGURA 2 – TEORIA DA ACCÇÃO RACIONAL (ADAPTADO DE OGDEN, 1999, P. 46).....	78
FIGURA 3 – TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO (ADAPTADO DE BENNET & MURPHY, 1999, P. 51).	80
FIGURA 4 – MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA DOENÇA DE LEVENTHAL (ADAPTADO DE OGDEN, 1999, P.61).	86
FIGURA 5 – MODELO DA HIPÓTESE COGNITIVA DA ADESÃO (ADAPTADO DE OGDEN, 1999, P.84).	88
FIGURA 6 – CONTRIBUTO DE CADA DIMENSÃO DA ADESÃO NO SCORE GLOBAL DA ADESÃO	129
FIGURA 7 – ESQUEMA EXPLICATIVO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO E SUAS RELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	155
FIGURA 8 – ESQUEMA EXPLICATIVO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E RAZÕES DA NÃO ADESÃO	161
FIGURA 9 – ESQUEMA EXPLICATIVO DOS RESULTADOS DO ESTUDO.....	167

Índice de tabelas

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS COM IDADE SUPERIOR OU IGUAL A 18 ANOS	26
TABELA 2 – FACTORES QUE AFECTAM A ADESÃO AO TRATAMENTO NAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E INTERVENÇÕES PARA A MELHORAR (ADAPTADO DE WHO, 2003B, p.111).....	91
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DOS PARTICIPANTES POR SEXO.....	101
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DOS PARTICIPANTES POR SITUAÇÃO PROFISSIONAL	103
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DOS PARTICIPANTES POR GRUPO PROFISSIONAL....	103
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL POR TIPO DE AGREGADO FAMILIAR	104
TABELA 7 – EXEMPLO DE QUESTÃO DO FORMULÁRIO: INGESTÃO DE SAL.....	112
TABELA 8 – EXEMPLO DE QUESTÃO DO FORMULÁRIO: RAZÕES PARA A NÃO ADESÃO À DIETA RECOMENDADA.....	114
TABELA 9 – EXEMPLO DE QUESTÃO DO FORMULÁRIO: HÁBITOS TABÁGICOS.....	115
TABELA 10 – EXEMPLO DE QUESTÃO DO FORMULÁRIO: RECOMENDAÇÃO RELACIONADA COM A INGESTÃO DE SAL	116
TABELA 11 – EXEMPLO DE QUESTÃO: CONHECIMENTOS SOBRE A DOENÇA	116
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DA EXISTÊNCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSÃO NA AMOSTRA	120
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DA AMOSTRA QUANTO AO LOCAL DE MONITORIZAÇÃO DA PA.....	121
TABELA 14 – CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	124
TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DA ADESÃO A CADA ITEM DA ALIMENTAÇÃO	126
TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS RAZÕES DA NÃO ADESÃO À ALIMENTAÇÃO..	130
TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS RAZÕES DA NÃO ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO.....	131
TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS RAZÕES DA NÃO ADESÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	131
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS RAZÕES DA NÃO ADESÃO AO USO DO TABACO.....	132
TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS RAZÕES DA NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO.....	133
TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DAS DIFICULDADES SENTIDAS NO CUMPRIMENTO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	133
TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DO CONHECIMENTO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA O CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	134
TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DO CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL (CONHECIMENTOS, CONHECIMENTOS ERRADOS E DESCONHECIMENTOS)	136
TABELA 24 – CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE O SCORE GLOBAL DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	

E CADA UMA DAS DIMENSÕES.....	139
TABELA 25 – RESULTADOS DO TESTE T DE STUDENT ENTRE: SCORE MÉDIO DA ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES FACE À ALIMENTAÇÃO E RAZÕES DA NÃO ADESÃO.....	140
TABELA 26 – RESULTADOS DO TESTE T DE STUDENT ENTRE: SCORE MÉDIO DE ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES FACE AO CONSUMO DE ÁLCOOL E RAZÕES DA NÃO ADESÃO	141
TABELA 27 – RESULTADOS DO TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO E RAZÕES DE NÃO ADESÃO	142
TABELA 28 – RESULTADOS DO TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE ADESÃO À MEDICAÇÃO E RAZÕES DA NÃO ADESÃO.....	143
TABELA 29 – RESULTADOS DO TESTE T DE STUDENT ENTRE O SCORE MÉDIO DE ADESÃO À ALIMENTAÇÃO E AO USO DO ÁLCOOL E A DIFICULDADE DE ADERIR A ESTAS RECOMENDAÇÕES	145
TABELA 30 – RESULTADOS DO TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE ADESÃO À ACTIVIDADE FÍSICA E ADESÃO À MEDICAÇÃO E A DIFICULDADE EM ADERIR A ESTAS RECOMENDAÇÕES	145

Índice de gráficos

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR GRUPO ETÁRIO	102
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA ADESÃO E NÃO ADESÃO AOS VÁRIOS ITENS DAS RECOMENDAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO	126
GRÁFICO 3 – REGRESSÃO LINEAR SIMPLES: SCORE DE ADESÃO À ALIMENTAÇÃO VERSUS IDADE	137
GRÁFICO 4 – REGRESSÃO LINEAR SIMPLES: ADESÃO AO USO DO TABACO VERSUS IDADE.....	138

Índice geral

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL	21
1.1.1. <i>Definição e Classificação</i>	22
1.1.2. <i>Consequências</i>	27
1.1.3. <i>Tratamento</i>	30
1.1.3.1. <i>Modificação dos estilos de vida</i>	31
1.1.3.2. <i>Tratamento Farmacológico</i>	38
1.1.4. <i>A hipertensão arterial como problema de saúde pública</i>	41
1.1.5. <i>A prevenção da hipertensão</i>	46
1.2. ADESÃO TERAPÊUTICA.....	49
1.2.1. <i>Definição de adesão</i>	50
1.2.2. <i>Métodos de medida da adesão</i>	53
1.2.3. <i>A magnitude do problema da adesão/não adesão</i>	56
1.2.4. <i>Factores determinantes da adesão</i>	60
1.2.4.1. <i>Factores relacionados com a pessoa</i>	60
1.2.4.2. <i>Factores relacionados com a relação doente/profissional</i>	64
1.2.4.3. <i>Factores relacionados com a doença e com o tratamento</i>	68
1.2.4.4. <i>Factores relacionados com o contexto social e institucional</i>	71
1.3. MODELOS TEÓRICOS DA MUDANÇA COMPORTAMENTAL	72
1.3.1. <i>Modelo de crenças de saúde</i>	73
1.3.2. <i>Teoria da acção racional</i>	77
1.3.3. <i>Teoria do comportamento planeado</i>	79
1.3.4. <i>Modelo transteórico de mudança do comportamento</i>	80
1.3.5. <i>Locus de controlo de saúde</i>	81
1.3.6. <i>Modelo da auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal</i>	83
1.3.7. <i>Modelo da hipótese cognitiva da adesão</i>	86
1.3.8. <i>Modelo da adesão (adherence)</i>	88
1.4. ADESÃO TERAPÊUTICA E HIPERTENSÃO	89
CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	94
2.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	94
2.1.1. <i>Objectivos do estudo</i>	97
2.2. FINALIDADE DO ESTUDO	97
2.2.1. <i>Perguntas de investigação</i>	98
2.3. DESENHO DO ESTUDO.....	99

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	100
2.4.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	101
2.5. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	104
2.5.1. Dados sócio-demográficos e antecedentes pessoais	107
2.5.2. Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão e causas da não adesão.....	110
2.5.3. Recomendações para o tratamento da hipertensão.....	115
2.5.4. Conhecimentos sobre hipertensão.....	116
2.6. PROCEDIMENTOS.....	117
2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	117
CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	119
3.1. RESULTADOS	119
3.1.1. Caracterização clínica da amostra	119
3.1.2. Características psicométricas do instrumento de medida.....	122
3.1.2.1. Escala da adesão ao regime terapêutico	123
3.1.3. Adesão ao regime terapêutico.....	125
3.1.4. Razões da não adesão ao regime terapêutico	129
3.1.5. Conhecimento sobre as recomendações terapêuticas para o controlo da hipertensão arterial	134
3.1.6. Conhecimento sobre a hipertensão arterial.....	134
3.1.7. Relações entre variáveis sócio-demográficas e adesão terapêutica	136
3.1.8. Adesão global ao regime terapêutico e suas dimensões	139
3.1.8.1. Relação entre a adesão ao regime terapêutico e razões da não adesão	139
3.1.8.2. Relação entre a adesão ao regime terapêutico e as dificuldades sentidas no cumprimento das recomendações.....	144
3.1.8.3. Relação entre recomendações terapêuticas para a gestão da doença e adesão ao regime terapêutico	145
3.1.8.4. Relação entre conhecimentos sobre hipertensão e adesão ao regime terapêutico.....	146
3.2. DISCUSSÃO	146
CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO	168
BIBLIOGRAFIA	175
ANEXOS.....	190

Introdução

As previsões da Organização Mundial de Saúde apontam para que a principal causa de morbidade e de mortalidade, nos próximos anos, seja atribuída às doenças crónicas não transmissíveis. Estima-se que até 2020 estas sejam responsáveis por dois terços do peso total da doença (Chopra et al., 2002).

A mortalidade e a incapacidade atribuídas às doenças não transmissíveis, em particular as doenças cardiovasculares, superam as referentes às doenças transmissíveis dos países em desenvolvimento (WHO, 2003a). A nível mundial, das cerca de 45 milhões de mortes registadas em 2002 (em idades superiores a 15 anos), 32 milhões devem-se a doenças não transmissíveis e, destas, mais de metade (16,7 milhões) são atribuídas às doenças cardiovasculares (Ibidem). Dados do World Health Report referentes a 2002 indicam que a doença isquémica cardíaca e a doença cérebro-vascular foram, respectivamente, a segunda e a quinta causa de morte nos adultos com idades compreendidas entre os quinze e os cinquenta e nove anos. Nos adultos com idade igual ou superior a 60 anos, a principal causa de morte foi a doença isquémica cardíaca, seguida das doenças cérebro-vasculares. Conjuntamente, estas doenças são responsáveis por 36% das mortes ocorridas nos países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento a mortalidade e a morbidade a elas atribuída está a aumentar (WHO, 2003a).

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral e a doença isquémica cardíaca, também constituem a principal causa de mortalidade em Portugal, considerada das mais elevadas da Europa e do Mundo (DGS, 2003). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, estas doenças foram em 2002 responsáveis por cerca de 40% dos óbitos ocorridos no país. Adicionalmente, estas doenças também se

encontram entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (Ibidem). Deste modo, as graves consequências que acarretam para a pessoa, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um importante problema de saúde pública que urge minorar.

Ao reconhecer-se a importância destas doenças, espelhada no lugar cimeiro que ocupam entre as causas de morte no país e entre as causas que motivam internamento hospitalar, torna-se imperioso abordar os principais factores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular.

A hipertensão arterial é considerada um dos factores de risco mais importantes que preenchem os critérios de causalidade destas doenças (Mackay & Mensah, 2004; Falcão et al., 1997). O risco de acidente vascular cerebral, doença coronária ou morte súbita encontra-se directamente relacionado com os níveis de pressão arterial e reduz-se através do controlo da mesma (Kaplan, 1994). De acordo com os resultados do estudo de Framingham (encetado com o objectivo de identificar as causas das doenças cardiovasculares), a hipertensão arterial aumenta 2 a 3 vezes o risco de todas as doenças arterioscleróticas cardiovasculares (Artalejo, 2001; Dórea & Lotufo, 2001). Conhecida como a epidemia silenciosa do nosso tempo, a hipertensão pode permanecer assintomática durante anos, só se manifestando após provocar sérios danos em órgãos vitais, que frequentemente são irreversíveis (Abolfotouth et al., 1996; Pérez & Unanua, 2003).

Os estudos conduzidos nesta área indicam que a hipertensão arterial já afecta um elevado número de pessoas a nível mundial. Contudo, perspectiva-se um aumento da sua prevalência, relacionado com o envelhecimento demográfico e com o actual estilo de vida das pessoas, caracterizado por comportamentos de risco que favorecem o aparecimento da doença. Neste sentido, afigura-se como prioritária a implementação de medidas que visem a prevenção, detecção e controlo da doença, de forma a alterar as estimativas actuais, evitando as suas consequências nefastas na saúde das pessoas e todos os custos que lhe estão associados, quer sejam directos ou indirectos.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2003), o facto da principal causa de morte em Portugal ser atribuída às doenças cardiovasculares, e o lugar cimeiro que ocupam entre

as causas de internamentos hospitalares, confirmam a hipótese que a prevalência da hipertensão arterial, no país, é elevada e o seu controlo insuficiente. Efectivamente, dois em cada cinco portugueses em idade adulta sofrem de hipertensão arterial. Dados do primeiro estudo nacional sobre prevalência, tratamento e controlo da hipertensão revelam que 43,7% dos portugueses são hipertensos; no entanto, só 39% estão a ser tratados, e apenas 11,1% estão controlados. A relevância destes achados, associada ao facto da hipertensão ser um dos factores de risco da doença cardiovascular mais modificáveis (Kearney, 2004; Sociedade Española de Hipertensión, 2002) justifica a pertinência e a necessidade de se investigar nesta área.

Ora, se a carga genética determina fraquezas e susceptibilidades que marcam o percurso da pessoa, esta também sofre influência dos factores do meio externo. A forma como cada pessoa gere a saúde ao longo da sua vida, através das opções individuais expressas no que se pode entender como estilo de vida, constitui um aspecto fulcral na saúde individual e colectiva. De facto, vários aspectos relacionados com o estilo de vida estão identificados como sendo os factores de risco da hipertensão, como sejam, a obesidade; o consumo continuado de álcool; os hábitos tabágicos; o excessivo consumo de sal e de gorduras saturadas; o baixo consumo de potássio; o sedentarismo e o *stress* (Swales, 1996; Artalejo, 2001; Kaplan, 1994). Intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia fundamental que permitirá reduzir a prevalência da hipertensão, das doenças cardiovasculares, bem como dos custos económicos e sociais a elas associados. Neste sentido, as recomendações das organizações nacionais e internacionais com responsabilidades na prevenção e tratamento da hipertensão sugerem que o regime terapêutico necessário para o controlo da doença inclua, para além das medidas farmacológicas, a modificação dos estilos de vida. A responsabilidade da pessoa pela sua saúde e pelo tratamento da doença fica assim aumentada, uma vez que as recomendações para a gestão da hipertensão incluem a modificação de hábitos (Lahdenpera & Kingas, 2000).

Contudo, a hipertensão arterial, como doença que acompanha a humanidade desde há várias décadas, está longe de ser controlada, independentemente dos avanços científicos sobre etiopatogenia, tratamento e prevenção. O facto das pessoas não aderirem ao regime terapêutico prescrito parece ser um factor concorrente para esta realidade. A

baixa adesão ao regime terapêutico prescrito foi identificada como sendo a principal causa da falta de controlo da doença (WHO, 2003b; Kaplan, 1994; Sociedade Española de Hipertensión, 2002). Como consequência da baixa adesão, aproximadamente 75% dos doentes hipertensos não atingem valores de pressão arterial controlados (WHO, 2003b). Vários estudos têm contudo concluído que o nível de adesão ao regime medicamentoso é superior ao do regime não farmacológico (Kingas & Lahdenpera, 1999; Lahdenpera & Kingas, 2000). Quando se pretende a adopção de estilos de vida saudáveis, componente indispensável da terapêutica de todas as pessoas com hipertensão arterial, a adesão tende a diminuir. Por outro lado, a cronicidade da doença, à qual se associa a ausência de sintomatologia, também podem dificultar a adesão; quer por via da continuidade do tratamento quer por via da não percepção de susceptibilidade à doença.

A problemática da adesão/não adesão dos doentes aos regimes terapêuticos é de primordial importância, uma vez que influencia grandemente a eficácia dos tratamentos, o controlo das doenças, a qualidade de vida e os custos relacionados com a saúde. A adesão é um determinante primário da eficácia do tratamento, enquanto a não adesão é um impedimento importante para a eficácia das intervenções de saúde (Irina & Katrien, 2002). Para além dos evidentes benefícios clínicos do portador de doença crónica, altas taxas de adesão conferem benefícios económicos. A não adesão envolve custos que seriam minimizados com o tratamento instituído (WHO, 2003b). Em termos de resultados, a não adesão conduz a um aumento do risco clínico e, conseqüentemente, a um aumento da morbidade e mortalidade.

Sublinhando a importância desta temática para a saúde e qualidade de vida das pessoas, diversos estudos têm sido conduzidos no sentido de investigar a adesão às medidas farmacológicas na pessoa com hipertensão; no entanto, e no que concerne às medidas não farmacológicas a informação existente é limitada (WHO, 2003b), justificando a necessidade de mais investigação.

O conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico e a sua relação com os comportamentos de adesão também tem sido pretexto de alguns estudos; contudo, as relações existentes entre conhecimento e adesão terapêutica são frágeis e pouco consistentes. Todavia, o conhecimento é um requisito indispensável para que a pessoa

possa tomar decisões conscientes e para que possa gerir a doença e o regime terapêutico aconselhado pelos profissionais de saúde (Williams et al., 2004). Neste contexto, alguns estudos (Aubert et al., 1998; Ailinger, 1982; Prior et al., 2001) indicam que a maioria dos doentes possuem conhecimentos adequados sobre a hipertensão e sobre estilos de vida saudáveis, no entanto estes não se reflectem nos seus comportamentos (Aubert et al., 1998). Outros estudos referem que os doentes hipertensos não têm conhecimento suficiente e mesmo o conhecimento que possuem é parcialmente incorrecto (Li et al., 2003).

Perante esta realidade, que toma proporções inquietantes e comprometedoras da saúde das pessoas, optámos no âmbito de uma dissertação de mestrado por estudar a problemática da adesão/não adesão dos doentes hipertensos ao regime terapêutico prescrito. Esta motivação surgiu do interesse que esta temática nos suscita, e por considerarmos que os enfermeiros, como grupo profissional, podem prescrever intervenções, resultantes da sua concepção de cuidados, perante diagnósticos de enfermagem de não adesão ao regime terapêutico prescrito e assim ser uma mais valia para a saúde das pessoas.

O contacto profissional com esta realidade, em que muitas preocupações se foram revelando, a elevada taxa de prevalência de hipertensão no país e o seu controlo insuficiente, bem como a quase inexistência de estudos nacionais que avaliem o nível de conhecimentos, de adesão ao regime terapêutico prescrito e causas de não adesão por parte de pessoas com hipertensão, contribuíram para o interesse por esta área temática.

Considerando a importância do regime terapêutico no controlo da hipertensão e os consequentes riscos da não adesão, importa desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão às terapêuticas recomendadas. Neste sentido, os profissionais de saúde devem concentrar-se na identificação dos doentes que não demonstrem comportamentos de adesão e na compreensão dos factores que influenciem esta tomada de decisão. A razão que subjaz a esta necessidade baseia-se na premissa de que a pessoa beneficiará ao nível do seu estado de saúde, se aderir às recomendações terapêuticas sugeridas pelo profissional de saúde. Nesta perspectiva, pretendemos que o estudo que a seguir descrevemos, possa contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, perante pessoas às quais foi identificado o diagnóstico de não adesão ao regime

terapêutico prescrito.

O relatório que apresentamos está estruturado em quatro capítulos centrais: o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico, a apresentação e discussão dos resultados e as conclusões. No primeiro capítulo, que intitulamos de enquadramento teórico procuramos abordar a problemática em estudo revisitando os autores e a investigação que tem sido produzida na área da hipertensão arterial e da adesão terapêutica. No capítulo seguinte abordamos os aspectos metodológicos precisando o caminho percorrido na realização desta investigação. Iniciamos com uma reflexão que justifica a pertinência e a importância do estudo bem como os objectivos que pretendemos atingir, partindo para a finalidade do estudo e para a formulação das perguntas de investigação, terminando com a descrição do desenho do estudo. No terceiro capítulo, apresentámos e discutimos os resultados que emergiram do estudo, em função das perguntas de partida que nortearam esta investigação, comparando-os com os resultados de outros trabalhos publicados. Finalmente, no último capítulo, apresentamos as conclusões do estudo e fazemos referência às suas limitações, sugerindo futuras pesquisas.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1. Hipertensão Arterial

Um dos principais problemas de saúde que o mundo actual enfrenta é a hipertensão arterial. A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular frequente, que se destaca de entre as principais doenças crónicas, afectando um grande número de pessoas a nível mundial. A sua alta prevalência e o facto de se constituir como um dos principais factores de risco das doenças cardiovasculares, tais como o acidente vascular cerebral e a doença isquémica cardíaca, fazem com que seja reconhecida como um importante problema de saúde pública (Artalejo et al., 2001; DGS, 2003). Perante esta constatação generalizada da sua elevada prevalência, assiste-se a uma preocupação crescente por parte dos governos, comunidade científica e profissionais de saúde no sentido de mobilizarem esforços e de implementarem estratégias que visem minimizar as ameaças impostas à sociedade pela progressão da doença, investindo na sua prevenção, detecção e tratamento.

Todavia, os progressos conseguidos através da investigação dos seus aspectos clínicos e terapêuticos não têm influenciado significativamente a situação em termos de nível de saúde. Embora a hipertensão arterial seja, na grande maioria dos casos, de fácil diagnóstico e as terapêuticas disponíveis sejam eficazes, o número de doentes diagnosticados é pequeno; destes apenas parte são tratados e poucos são os que se encontram controlados¹ (Sharma et al., 2004; Kearney et al., 2004; Hajjar & Kotchen,

¹ Com valores de pressão arterial inferiores a 140/90 mmHg.

2003; Compan et al., 1998). Efectivamente, apesar de um maior conhecimento dos factores de risco da hipertensão, e dos avanços em termos de diagnóstico e tratamento, a percentagem de doentes controlados é baixa, tanto nas sociedades industrializadas como nos países em desenvolvimento (WHO, 2003b). Como resultado, as doenças relacionadas com a hipertensão constituem hoje a principal causa de morbilidade e mortalidade das sociedades desenvolvidas (Kaplan, 1994). São também estas doenças as principais responsáveis por morte prematura, situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e por perda de qualidade de vida. A sua ocorrência conduz também a um maior consumo de serviços de saúde, implicando elevados custos económicos individuais e sociais (DGS, 2003).

Não obstante os valores já preocupantes da prevalência da hipertensão e a sua relação com a doença cardiovascular, perspectiva-se um acréscimo generalizado dos casos de doença e das suas complicações, a não ser que sejam aplicadas medidas efectivas de prevenção e tratamento, que abranjam suficientemente as camadas de população em risco. As causas que estão na base destes receios são, por um lado, o aumento da esperança média de vida e consequente aumento da probabilidade de se desenvolver hipertensão (Chobanian et al., 2003); e por outro lado, os estilos de vida associados à vida moderna, como a obesidade, o sedentarismo, os hábitos alimentares menos saudáveis e o *stress* que se constituem como importantes factores de risco da doença (Swales, 1996; Artalejo, 2001; Kaplan, 1994). Acresce que a hipertensão coexiste muitas vezes com outros factores de risco cardiovasculares, como o consumo de tabaco, diabetes, hipercolesteremia² e obesidade, que agravam ainda mais o risco de doença cardiovascular (WHO/ISH, 2003). Por todos estes motivos, a gestão da hipertensão e seus determinantes assume grande relevância no panorama de saúde mundial.

1.1.1. Definição e Classificação

A hipertensão arterial é uma situação clínica na qual a pressão arterial média está acima do limite superior aceite como normal (Guyton, 1992). O conceito «pressão arterial» significa a pressão exercida pelo sangue numa determinada artéria de grande calibre (Swales, 1996). A pressão arterial é o produto da quantidade de sangue bombeado pelo

² Termo técnico utilizado para descrever valores elevados de colesterol no sangue.

coração a cada minuto (débito cardíaco) e o grau de dilatação ou constrição das arteríolas (resistência vascular periférica). Sob o ponto de vista conceptual assume-se como hipertensão o nível de pressão arterial a partir do qual os benefícios do tratamento excedem os custos e os riscos da abstenção terapêutica (Kaplan, 1994; Pérez & Unanua, 2003).

A hipertensão como doença, reconhecida pela primeira vez no século XVIII por Richard Bright (Swales, 1996), tem múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifactorial, e pode ou não, no momento da sua detecção ser acompanhada por lesões em órgãos alvo (sistema nervoso central, coração, rins, retina, etc.). Na maioria das vezes, tanto a pressão arterial sistólica (PAS) como a pressão arterial diastólica (PAD) estão aumentadas. Quando somente a pressão arterial sistólica está elevada, a hipertensão é denominada de «hipertensão sistólica isolada».

À semelhança de outros parâmetros biológicos, a pressão arterial (PA), apresenta uma variabilidade intra e inter-individual, ou seja, varia nos diferentes momentos da vida do indivíduo e difere de acordo com o património genético e o meio ambiente onde se encontra inserido (Swales, 1996). Os valores de PA são influenciados por características sócio-demográficas como a idade, sexo, raça e situação sócio-económica. A PA tende a aumentar progressivamente com a idade, ainda que a PAS e a PAD tenham comportamentos diferentes: a PAS aumenta de forma continuada, enquanto que a PAD se eleva progressivamente até aos 50-60 anos, diminuindo posteriormente de forma ligeira. Na adolescência, a PA permanece idêntica em ambos os sexos. Na idade adulta, é mais frequente nos homens, mas a partir da sétima década a prevalência inverte-se (Swales, 1996; Burt et al., 1995, cit. por Cunningham, 2005). De salientar que as pessoas de raça negra tendem a apresentar valores mais elevados de PA (Swales, 1996). Outro factor que também influencia a prevalência da hipertensão é a situação sócio-económica, apresentando uma relação inversa com o nível de educação e a situação laboral e económica (Sociedade Española de Hipertension, 2002). Jones (1999, cit. por Cunningham, 2005) considera que o impacto da condição sócio-económica sobre a PA se relaciona tanto com barreiras sociais e financeiras para a assistência à saúde, como com a adopção mais frequente de estilos de vida menos saudáveis. Segundo Swales (1996), os trabalhadores manuais não especializados apresentam valores de PA mais

elevados, parecendo provável que o álcool e a dieta sejam factores que influenciem estes valores.

Apesar do avanço constante do conhecimento da Medicina, da descoberta de terapêutica eficaz, e de medidas mais adequadas de prevenção das complicações, 90 a 95% dos casos de doença são de etiologia desconhecida (Kaplan, 1994; Artalejo, 2001; Pérez & Unanua, 2003). Nestas situações em que não se encontra um factor causal ao qual se possa atribuir a origem da hipertensão, atribui-se a elevação dos valores de PA a uma interacção entre predisposição genética (história familiar de hipertensão) e factores do meio externo como a obesidade, ingestão excessiva de sal, consumo insuficiente de potássio, uso abusivo de bebidas alcoólicas, inactividade física e o *stress* (Ibidem). Nestas situações, denomina-se a hipertensão arterial como primária, essencial ou idiopática. Nos restantes 5 a 10%, é possível detectar uma causa directa à qual se pode atribuir a origem da elevação da PA. Nestes casos, a hipertensão é designada secundária e pode ser provocada por fármacos ou estar associada a patologia renal, endócrina, vascular ou neurológica.

A hipertensão é uma doença crónica, assintomática, pelo que, segundo Pérez & Unanua (2003), alguém a apelidou como «a epidemia silenciosa do nosso tempo». Até que se manifestem as complicações por ela provocadas, a hipertensão geralmente não provoca sintomas. A forma silenciosa com que surge e a ausência de manifestações clínicas, à excepção dos valores de PA elevados, fazem com que o diagnóstico ocorra tipicamente muito tempo após o início da doença. As cefaleias, tonturas, vertigens ou hemorragias nasais, que alguns doentes associam à PA elevada, não são exclusivas dos hipertensos ou, porventura, até nada têm a ver com essa entidade, podendo aparecer com a mesma frequência em pessoas com uma PA normal (Silva, 2002; Costa, 1997). Quando os sintomas aparecem, a doença já está instalada há muito tempo e já comprometeu o funcionamento de vários órgãos, entre os quais o cérebro, os olhos, o coração e os rins; no entanto, o facto dos doentes associarem as cefaleias a um aumento da PA pode ser vantajoso, pois motiva-os eventualmente a recorrer aos serviços de saúde para monitorização da PA, podendo assim contribuir para que o diagnóstico seja efectuado mais precocemente (Costa, 1997).

A relação entre a pressão arterial e o risco de doença cardiovascular é contínua,

consistente e independente de outros factores de risco. Quanto mais elevados forem os valores de pressão arterial, maior é o risco de doença isquémica cardíaca, AVC e doença renal (Chobanian, 2003). Esta relação é de tal forma contínua, que não existe um valor concreto de PA acima do qual comece o risco e abaixo do qual esse risco desapareça, pelo que qualquer definição numérica de hipertensão é arbitrária (European Society of Hypertension, 2003; Kaplan, 1994; Sociedade Espanhola de Hipertension, 2002; WHO/ISH, 2003).

Entretanto, surgiu entre a classe médica a necessidade de se estabelecerem critérios, mesmo que arbitrários, que orientassem a prática profissional (Kaplan, 1994). A definição de um limite preciso, que determine o diagnóstico e tratamento, tem variado ao longo do tempo, à medida que se tem desenvolvido grandes estudos epidemiológicos que têm permitido conhecer as repercussões da hipertensão no organismo. As orientações mais conhecidas, que definem níveis normais e elevados de PA, foram desenvolvidas pelo *Subcommittee of the World Health Organization and International Society of Hypertension (WHO/ISH)* e pelo *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC)*. Nos seus relatórios mais recentes, ambas as organizações concordam nos valores mínimos de definição de hipertensão, utilizando porém terminologia diferente para os vários níveis de PA.

A classificação da pressão arterial proposta pela Organização Mundial de Saúde em 1999 e reiterada em 2003 encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos com idade superior ou igual a 18 anos

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120 - 129	e	80 - 84
Normal alto	130 - 139	ou	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	ou	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	ou	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥180	ou	≥110

De acordo com estas últimas orientações, são considerados hipertensos os adultos com idade superior ou igual a 18 anos, que apresentem valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, ou valores de pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Os três níveis de pressão normal são «ótima», «normal» e «normal alta». Estes termos reflectem o aumento do risco associado ao aumento da PA, mesmo que esta não tenha subido a um nível que seja considerado hipertensão (Cunningham, 2005). Acima dos valores de 140/90 mmHg, existem três estádios de hipertensão com limites bem definidos para pressões sistólicas e diastólicas. Porque os valores de PA apresentam grandes oscilações durante o dia e em dias diferentes, esta classificação é baseada na média de duas ou mais medições devidamente realizadas em duas ou mais consultas nos serviços de saúde³. Uma vez que geralmente a hipertensão não provoca sintomas nos primeiros anos, o diagnóstico baseia-se na constatação de valores elevados

³ Os limites para definição de hipertensão através da auto-monitorização da PA são inferiores. Pessoas com valores de PAS iguais ou superiores a 135 mmHg ou com valores de PAD iguais ou superiores a 85 mmHg são consideradas hipertensas (WHO/ISH, 2003; Chobanian et al., 2003).

de PA.

No relatório do JNC VII surge uma nova categoria designada por pré-hipertensão, que compreende os valores de PAS entre 120-139 mmHg ou PAD entre 80-89 mmHg, e que engloba uma grande percentagem de americanos. Utilizando estas categorias de PA do JNC VII, foi estimado que 21,6% dos americanos têm valores de PA normais, 39,5% são pré-hipertensos, enquanto 24,8% apresentam hipertensão estágio 1⁴ e 14% hipertensão estágio 2⁵. Segundo os autores, as pessoas com pré-hipertensão têm risco elevado de desenvolver hipertensão, pelo que sugerem a adopção de medidas preventivas. Não existem em Portugal estudos que façam referência à percentagem de pessoas com pré-hipertensão; no entanto, se a realidade for semelhante à americana, espera-se um aumento da prevalência da doença. Será importante referir que é actuando nas situações de pré-hipertensão que se poderá obter benefícios a longo prazo em termos de redução das complicações decorrentes da doença (Chobanian et al., 2003).

1.1.2. Consequências

No seu processo evolutivo, a hipertensão arterial tende a produzir lesões que ocorrem essencialmente em quatro órgãos, denominados de órgãos alvo: coração, cérebro, rins e olhos. Estas lesões surgem como consequência das alterações vasculares provocadas pelo aumento continuado da PA, que se repercutem na diminuição do lúmen das artérias e na perda de elasticidade das mesmas.

Quando a hipertensão não é tratada, é grande a probabilidade de se desenvolver doença cardíaca – hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca, doença coronária ou enfarte do miocárdio –, insuficiência renal, AVC ou inclusivamente morte súbita. A hipertensão é um dos factores de risco mais importantes do AVC e é também um dos principais factores de risco do enfarte do miocárdio, juntamente com o consumo de tabaco, os valores elevados de colesterol e a diabetes. A associação da hipertensão com estes factores de risco aumenta o risco cardiovascular total. Ao rever estudos nesta área, Falcão (1997) refere que a relação entre os factores de risco pode não ser aditiva mas

⁴ Categoria que compreende os valores de PAS entre 140-159 mmHg ou valores de PAD entre 90-99 mm Hg (Chobanian et al., 2003).

⁵ Categoria que compreende os valores de PAS iguais ou superiores a 160 mmHg ou valores de PAD iguais ou superiores a 100 mmHg (Chobanian et al., 2003).

sinérgica. A associação de HTA e hipercolesterémia aumenta o risco de enfarte do miocárdio em 15 vezes. Os hipertensos fumadores têm 3 a 6 vezes maior risco de morte por doença coronária.

Relativamente às consequências cardíacas da hipertensão dados do *Framingham Heart Study*, um dos maiores estudos levados a cabo com o intuito de identificar as causas das doenças cardiovasculares, iniciado em 1948, mas do qual ainda hoje emergem dados com reconhecido valor científico, indicam que pessoas com hipertensão têm um risco pelo menos duas vezes maior de doença coronária e insuficiência cardíaca do que as pessoas consideradas normotensas⁶ (Kannel, 1995, cit. por Cunningham, 2005; Dórea & Lotufo, 2001). Segundo dados do mesmo estudo, a hipertensão contribui de forma significativa para o aparecimento de todas as doenças ateroscleróticas e a melhoria dos factores de risco cardiovascular, como a HTA, contribui para o declínio da mortalidade (Dórea & Lotufo, 2001).

O sistema nervoso central é outro dos órgãos alvo da HTA, representando os acidentes vasculares cerebrais e a encefalopatia hipertensiva as suas consequências mais graves (Franco, 1997). No cérebro, a HTA origina alterações na circulação que estão na base dos AVC's. Por um lado, a HTA contribui para a formação e crescimento da placa aterosclerótica; por outro lado contribui para a ruptura das artérias cerebrais, com consequente hemorragia para o tecido cerebral, originando a sua destruição. De todos os factores de risco do AVC, a hipertensão é aquele que, logo a seguir à idade, desempenha o papel mais relevante e aquele onde mais se pode intervir (Fonseca et al., 1996; Cunningham, 2005; Franco, 1997). Segundo Dobrossy (1994, cit. por Falcão, 1997), a hipertensão aumenta 7 vezes o risco de desenvolver doença cérebro-vascular e 3 a 4 vezes o risco de desenvolver doença isquémica cardíaca. Os resultados de um estudo, que foi conduzido numa amostra populacional de 248 doentes internados com o diagnóstico de AVC agudo, demonstraram que a HTA era prevalente em 69% dos casos (Fonseca et al., 1996). Outros estudos encontraram valores de prevalência de HTA superiores, rondando os 75% (Franco e col., 1995, cit. por Franco, 1997). Estes achados confirmam que a hipertensão arterial é muito frequente nos doentes com AVC, o que reflecte a estreita relação etiológica com os AVC's. Contudo, e apesar desta relação, os

⁶ Pessoas com níveis normais de pressão arterial.

AVC's são das complicações mais evitáveis, desde que os valores de PA sejam controlados através de um tratamento adequado (Neal et al., 2000; Staessen et al., 2000).

Os rins podem sofrer também lesões provocadas pela hipertensão arterial. A relação entre o rim e a hipertensão é cíclica: por um lado, a doença renal crónica pode ser uma causa da hipertensão; por outro lado, a hipertensão contribui para o desenvolvimento da doença renal crónica. Num estudo de larga escala, que envolveu 332.544 homens de meia-idade, o *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), foi encontrada uma relação positiva forte entre a PA de base e a doença renal em estágio final (Klag, 1996, cit. por Cunningham, 2005). Quando comparados homens que apresentavam valores de PA de normal alta a hipertensão grave com homens cuja PA era menor que 120/80mmHg, os primeiros tiveram riscos significativamente elevados de doença renal em estágio final. Apesar de um maior conhecimento acerca do papel que a hipertensão desempenha nas lesões renais, crescem nos serviços de nefrologia o número de situações que necessitam de diálise. Por exemplo, nos Estados Unidos, a hipertensão é a segunda causa que mais contribui para a necessidade de hemodiálise (Pérez & Unanua, 2003).

Nos olhos, as consequências nefastas da hipertensão manifestam-se na retina, provocando retinopatia. Contudo, enquanto a repercussão da hipertensão nos três primeiros tipos de órgãos – coração, cérebro e rins – fazem perigar a própria sobrevivência, a repercussão ocular não representa perigo vital, mas pode deteriorar a visão e afectar significativamente a qualidade de vida do doente hipertenso (Ramalho, 1997).

Entretanto tem aumentado a evidência de que as lesões dos órgãos alvo não são exclusivas da população com níveis elevados de PA, mas ocorrem num contínuo afectando mesmo aqueles com níveis de PA baixos (MacMahon et al., 1990, cit. por WHO/ ISH, 2003). Todavia, o risco de se progredir para a hipertensão é elevado mesmo nas pessoas com valores de PA dentro da normalidade. Dados recentes do estudo de Framingham (Vasan et al., 2002 cit. por Chobanian 2003) sugerem que pessoas normotensas até aos 55 anos têm 90% de probabilidade de desenvolver hipertensão no futuro. Assim, a maior parte das pessoas desenvolverá hipertensão durante a sua vida.

Estas tendências epidemiológicas, associadas à gravidade das consequências da hipertensão e à já elevada prevalência da doença, enfatizam a importância do tratamento da hipertensão no sentido da diminuição das complicações que lhe estão associadas, mas principalmente na sua prevenção. Desta forma, podem-se evitar mortes prematuras, custos sociais elevados e perda muito significativa da qualidade de vida.

1.1.3. Tratamento

A bibliografia recente consultada denota um aparente consenso sobre quais são os objectivos terapêuticos do tratamento da hipertensão arterial. Uma vez que a hipertensão arterial é o principal factor de risco da doença cardiovascular, o principal objectivo do tratamento da doença é obter a longo prazo a máxima redução da mortalidade e morbilidade cardiovascular e também renal (Chobanian et al., 2003; WHO/ISH, 2003; ESH, 2003; DGS, 2004; Williams et al., 2004). Este objectivo poderá ser concretizado através da redução dos valores elevados de pressão arterial e do tratamento de todos os factores de risco identificados, particularmente aqueles que são reversíveis, incluindo o tabagismo, a dislipidemia, a diabetes, o sedentarismo e a obesidade. O controlo da pressão arterial assume assim uma posição central no tratamento da hipertensão, pela diminuição das complicações que lhe estão associadas.

O objectivo a ser atingido com o tratamento na população hipertensa em geral é a redução da PA para valores inferiores a 140/90 mmHg. Quando, concomitantemente à hipertensão arterial, estão presentes outras situações clínicas, como a diabetes ou a doença renal, devem ser perseguidos valores de PA ainda menores. Nestes casos específicos, devido ao alto risco cardiovascular inerente a estas associações, o objectivo do tratamento é a redução da PA para valores inferiores a 130/80 mmHg. Acresce o facto destes valores estarem relacionados com uma maior redução das complicações microvasculares da diabetes (Zanchetti, 2002, cit. por WHO/ISH, 2003).

As organizações nacionais (DGS, 2004) e internacionais (WHO/ISH, 2003; ESH, 2003; Sociedade Española de Hipertensión, 2002; Chobanian et al., 2003; Williams, 2004) com responsabilidades na prevenção e tratamento da hipertensão recomendam que o seu tratamento deve incluir duas vertentes: modificação dos estilos de vida (anteriormente referida como terapia não farmacológica) e tratamento farmacológico. Estas

recomendações baseiam-se em inúmeros estudos que comprovam os benefícios decorrentes da redução da PA, através de medidas que envolvem modificações nos estilos de vida e no uso de medicamentos.

Porque a hipertensão é uma doença crónica cujo tratamento se prolonga por toda a vida, é essencial a colaboração do doente no tratamento. É importante que o doente altere o seu estilo de vida de forma a obter o máximo benefício do tratamento; no entanto, não é fácil para muitos doentes aceitar esta realidade e lidar com as consequências sobre os seus estilos de vida, do uso diário de medicação, dos gastos económicos e dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos (Kaplan, 2002, cit. por Pozzan et al., 2003). Uma vez que a gestão da hipertensão requer mudanças nos estilos de vida e no comportamento diário, o papel central e a responsabilidade do doente devem ser enfatizados no sistema de saúde (OMS, 2002). Este tipo de foco centrado no doente constituiu uma importante mudança na prática clínica vigente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), deve-se agarrar a oportunidade de tirar proveito do que o doente pode fazer para promover a sua própria saúde, envolvendo-o na decisão terapêutica. Para as condições crónicas, o tratamento deve ser reorientado em torno do doente e da família, de uma forma individualizada.

1.1.3.1. Modificação dos estilos de vida

Como componente indispensável da terapêutica, a modificação dos estilos de vida deve ser aconselhada a todas as pessoas com hipertensão arterial diagnosticada (WHO/ISH, 2003), ou que apresentem valores de pressão arterial normal alto (Williams et al., 2004). Com o objectivo de prevenir a doença cardiovascular, o último relatório do *Joint National Committee* é ainda mais incisivo, aconselhando estas medidas às pessoas que apresentem valores de PAS entre 120 e 139 mmHg, ou valores de PAD entre 80 e 89mmHg (Chobanian et al., 2003).

Adoptar estilos de vida saudáveis é essencial para a prevenção da HTA e indispensável para a gestão da doença. As vantagens da modificação dos estilos de vida incluem: a redução na incidência da hipertensão; os efeitos benéficos noutros factores de risco cardiovascular, como a diabetes e as dislipidemias; a redução da mortalidade pela cessação do hábito de fumar e a redução da pressão arterial que, por si só, reduz a

morbilidade e mortalidade cardiovasculares (WHO/ISH, 2003). O estudo LIHEF, realizado durante dois anos em 10 centros de saúde Finlandeses, cuja amostra consistiu em 715 participantes hipertensos (divididos em grupo de intervenção e de controlo) sujeitos a sessões de aconselhamento sistemáticas sobre modificações comportamentais, conduzidas por enfermeiras, confirma os benefícios auferidos pela modificação dos estilos de vida (Kastarinen et al., 2002). Após o primeiro ano, e como resultado destas alterações, entre os participantes sem terapêutica anti-hipertensiva instituída, os valores de PAS e PAD diminuíram, respectivamente, 2,6 mmHg e 2,7 mmHg. Esta mudança nos valores de PA manteve-se durante o segundo ano. O impacto destas medidas assume particular importância pois, segundo Cook et al. (1995, cit. por Whelton et al., 2002), uma pequena diminuição (2 mmHg) na PA média da população reduz a incidência e as mortes por doença cardiovascular.

Mesmo quando a modificação dos estilos de vida não é, isoladamente, suficiente para atingir o controlo da PA, pode coadjuvar a terapia farmacológica, através da redução do número de doses ou fármacos anti-hipertensores necessários para gerir a doença (Williams, 2004). Acresce o facto de não lhe serem conhecidos efeitos nocivos e de oferecer múltiplos benefícios a baixos custos.

De acordo com a WHO, a ISH, a ESH e o sétimo relatório do JNC, as alterações no estilo de vida para o tratamento da hipertensão incluem redução do peso nos obesos, adopção de dieta rica em frutos, vegetais e alimentos com baixo teor de gorduras saturadas, redução da ingestão de sal, moderação do consumo de álcool e incremento da actividade física. A cessação do hábito de fumar previne a doença cardiovascular e não cardiovascular, pelo que deve ser aconselhada a todas as pessoas com hipertensão arterial. Para além da sua possível influência na pressão arterial, esta indicação é sobretudo importante numa perspectiva de redução global do risco cardiovascular (WHO/ISH, 2003). A WHO faz ainda referência a outras modificações no estilo de vida que têm sido estudadas, mas cujos resultados dos estudos clínicos não demonstraram ter um efeito antihipertensivo significativo. Estas medidas incluem suplementos de cálcio e magnésio, redução da ingestão de cafeína e uma variedade de técnicas para reduzir o *stress*.

Para efeitos deste estudo, optámos pelas recomendações da DGS (2004) que, através da

circular normativa nº 2 de 31/03/04, designa linhas orientadoras para a prática dos profissionais de saúde no país. Em consonância com as medidas preconizadas pela comunidade científica internacional, a Direcção Geral de Saúde recomenda diversos comportamentos e estilos de vida que passamos a enunciar; no entanto, e para permitir uma melhor compreensão das recomendações, tentamos, de uma forma não muito exaustiva uma vez que não é o propósito do estudo, justificar cada uma das indicações.

- Redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de índice de massa corporal (IMC)⁷ de 18.5 a 24.9 kg/m².

A obesidade é considerada o factor de risco mais importante da hipertensão. Estimativas sugerem que cerca de 70% dos novos casos de hipertensão podem ser atribuídos à obesidade ou ao ganho excessivo de peso (Dórea & Lotufo, 2001). Esta correlação entre o peso corporal e a maior frequência de hipertensão arterial nos obesos foi referida em vários trabalhos de investigação (Clara, 1997; Leiter et al., 1999). No estudo de Framingham, citado por Leiter et al. (1999), a PAS aumentava 4 mmHg por cada aumento de 4,5 kg de peso, em ambos os sexos. A redução do peso nos obesos e a manutenção de um peso corporal saudável reduzem a PA tanto nas pessoas hipertensas como nas normotensas, indicando a potencial utilidade da perda ponderal na prevenção da hipertensão. Ao diminuir os valores da PA, diminui-se concomitantemente a necessidade de fármacos anti-hipertensores (Whelton et al., 1998). Dever-se-á ainda considerar que a diminuição do peso se faz acompanhar de benefícios em factores de risco associados como resistência à insulina, diabetes e dislipidemia (Swales, 1996).

- Adopção de um plano alimentar saudável, rico em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas.

Whelton (1997) e Kaplan (1994) fazem referência a estudos observacionais que demonstraram uma relação inversa entre a ingestão de potássio e a PA. Os resultados de uma meta-análise de 33 estudos randomizados, nos quais os suplementos de potássio eram a única diferença entre o grupo de controlo e o de intervenção, levaram os autores a concluir que a baixa ingestão de potássio pode ter um papel importante na génese da hipertensão, e que o aumento da sua ingestão deve ser considerado como recomendação

para a prevenção e tratamento da hipertensão, uma vez que diminui a PA (Whelton, 1997). Neste sentido, os doentes devem ser aconselhados a um maior aporte de potássio através de uma maior ingestão de fruta e de vegetais (Swales, 1996; Kaplan, 1994).

O estudo clínico "*Dietary Approaches to Stop Hypertension*" (DASH), cujos resultados datam de 1997, contribuiu para um maior conhecimento do efeito da dieta sobre a PA (Appel et al., 1997). Este estudo examinou os efeitos de uma intervenção dietética de 8 semanas sobre a PA em pessoas normotensas e hipertensas e concluiu que determinado plano alimentar, designado pelos autores de «dieta combinada», reduz a PA tanto nas pessoas normotensas como nas hipertensas, podendo assim ajudar a prevenir e a controlar a hipertensão. Além disso, a redução da PA é rápida, verificando-se após duas semanas do início do plano. Este plano alimentar é rico em fruta (4 a 5 doses diárias), vegetais (4 a 5 doses diárias), derivados do leite com pouca gordura, e pobre em gorduras saturadas, gorduras totais e colesterol. Também é rico em magnésio, potássio, cálcio, fibras e proteínas. Os autores do estudo estimam que poderia obter-se nos Estados Unidos uma redução de 15% na doença coronária e de 27% nos AVC's, se os Americanos seguissem a dieta DASH e se as reduções da PA fossem iguais às do estudo.

Apesar dos resultados deste estudo, a *American Heart Association* (2005) e a *British Hypertension Society* (Williams et al, 2004) recomendam uma ingestão diária de pelo menos 5 doses de fruta fresca e/ou vegetais.

- Redução do consumo de sal (que, segundo JNC7, não deve exceder os 100 mmol/dia correspondendo a 2.4 gr de sódio ou 6 gr de cloreto de sódio).

Em várias regiões do globo, onde ainda não foram adoptados os costumes, crenças e padrões de comportamento das sociedades ditas civilizadas, e a dieta dos naturais é pobre em sal, os valores de PA são baixos, não aumentam com o envelhecimento e a incidência da hipertensão também é baixa. Tipicamente, nestas populações que vivem isoladas, a alimentação é constituída por alimentos naturais, as pessoas são magras, fisicamente activas e consomem pequenas quantidades de sal (He & Whelton, 2002); no entanto, quando os elementos destas populações se deslocam para locais mais

⁷ O IMC é calculado dividindo o peso corporal, em Kg, pelo quadrado da altura em metros.

urbanizados, adoptam rapidamente as características de PA da população hospedeira. Apesar de na base desta subida de PA poder estar um aumento da ingestão de sódio, estão presentes outras modificações nas condições de vida que não se restringem apenas ao plano alimentar (Clara, 1997).

Contudo, os estudos epidemiológicos sugerem que o consumo excessivo de sal contribui para a elevação da PA e para o aumento da prevalência da HTA. Este efeito parece ser agravado quando associado a uma dieta com alimentos com baixo teor de potássio (ESH, 2003). Os resultados de um estudo epidemiológico de larga escala – o INTERSALT –, com uma amostra de 10 074 participantes de 52 centros em 32 países diferentes, revela uma forte associação positiva entre o consumo de sal e a hipertensão e sublinha a importância da redução do seu consumo na prevenção e tratamento da doença (Elliott et al., 1996). Este estudo correlacionou a ingestão média de sal, estimada pela sua excreção urinária em 24 horas, associando-a com a prevalência da hipertensão. Outros estudos randomizados e controlados (Cutler et al., 1997, cit. por ESH, 2003) realizados em doentes hipertensos indicam que uma redução do consumo de sal para 80-100 mmol (4,7-5,8 gr) por dia, de uma dose inicial diária de 180 mmol (10,5 gr), reduz a PA numa média de 4-6 mmHg. Valores acrescidos de redução de PA são alcançados se combinados com outras alterações dietéticas. Como revela o estudo TONE, as vantagens da redução do aporte de sal não se limitam aos adultos, mas estendem-se aos idosos, diminuindo a necessidade de medicação anti-hipertensiva (Whelton et al., 1998).

Todavia, parece que não é possível uniformizar a variação da PA em relação à administração e restrição de sal (Clara, 1997). Ao rever estudos nesta área, Swales (1996) e Clara (1997) referem que alguns doentes experimentam um maior decréscimo da PA e outros não sofrem alterações, quando submetidos à restrição salina. Com base nestes dados, os indivíduos têm sido classificados em «sensíveis ao sal» e «resistentes ao sal». Uma vez que, na população em geral, a percentagem de hipertensos sensíveis ao sal é elevada (60%), justifica-se o interesse da restrição salina como medida a adoptar na redução dos valores de PA e na prevenção da doença hipertensiva (Clara, 1997).

A falta de tempo, apanágio da sociedade actual, que se repercute na preferência por refeições industrializadas e “*fast food*” em detrimento de refeições cozinhadas em casa

com alimentos naturais, constitui-se como um grande impedimento para a restrição de sódio devido às altas concentrações deste ião naquele tipo de alimentos. Portugal é o país da União Europeia com maior consumo de sal. Os portugueses consomem entre 16 e 18 gr diárias, sobretudo devido à quantidade de sal que existe nos alimentos processados. Recentemente, a associação de defesa do consumidor (DECO) publicou os resultados de um estudo onde se revela que o pão surge como um dos principais fornecedores de sal para o organismo, devido à quantidade que contém⁸ e à frequência do seu consumo. A DECO (2005) alertou ainda para a quantidade de sal nas sopas instantâneas, caldos de carne e refeições preparadas, exemplificando que uma *pizza* pequena, com 300 gramas, contém uma média de cinco gramas de sal, mais de 80 por cento do valor máximo recomendado por dia.

Face ao exposto, o doente hipertenso deve ser aconselhado a substituir este condimento por ervas aromáticas; evitar adicionar sal aos alimentos servidos às refeições (uso do saleiro na mesa das refeições); evitar alimentos salgados, particularmente alimentos pré-cozinhados, enlatados e fumados; e ingerir mais refeições cozinhadas directamente com ingredientes naturais (Clara, 1997; Pérez & Unanua, 2003).

-Efectuar actividade física aeróbica regular, como, por exemplo caminhar pelo menos 30 minutos por dia, 5-7 dias/semana.

A inactividade física é um importante factor de risco da doença cardiovascular e, segundo a American Heart Association (cit. por Whelton et al., 2002), pessoas menos activas têm mais 30 a 50% de risco de desenvolver hipertensão. Entretanto, vários estudos e meta-análises têm examinado a relação entre exercício e hipertensão (Whelton et al., 2002; Kelley & Kelley, 2000). Os resultados demonstram que a actividade física, nomeadamente o exercício aeróbio, reduz a PA. Esta redução verifica-se nas pessoas hipertensas e normotensas, obesas ou com índice de massa corporal normal, independentemente da perda de peso (Whelton et al., 2002). Estes achados levam os autores a sugerir que os efeitos do exercício aeróbio na PA podem ser independentes da perda ponderal.

O exercício deve ser dinâmico, moderado e realizado com regularidade como andar,

⁸ Quatro carcaças contêm metade da dose de sal diária recomendada.

nadar, etc. Os exercícios isométricos, como por exemplo levantar pesos, podem ter um efeito pressor, pelo que devem ser desaconselhados.

- Moderação do consumo de álcool, com um máximo de 30 ml de etanol/dia nos homens e 15 ml/dia nas mulheres (segundo Smeltzer & Bare (2002), 30 ml de etanol corresponde a 750 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de whisky).

Os dados epidemiológicos mostram consistentemente a existência de uma relação entre o consumo excessivo de álcool, os níveis de PA e a prevalência da hipertensão. Esta é independente da idade, do sexo e da presença de outros factores de risco, sendo observada numa variedade de populações culturalmente diferentes (Swales, 1996). Segundo Swales (1996), o consumo de álcool superior a 2 unidades diárias é responsável por 11% da hipertensão no sexo masculino. Uma unidade tem sido definida como aproximadamente 14 gr de álcool, que é a quantidade contida em 300 gr de cerveja, 125 gr de vinho ou 45 gr de bebidas como *gin*, *vodka* ou *whisky* (Cushman, 1999, cit. por Cunningham, 2005); contudo, devido à grande variabilidade das medidas que cada um entende para si, por exemplo de um copo de vinho, de um cálice de *brandy*, ou mesmo de um *whisky*, torna-se difícil calcular a real ingestão de álcool (Clara, 1997).

A HTA ocorre com mais frequência nos alcoólicos crónicos que nos abstémicos ou nos consumidores moderados. Todavia, o efeito do álcool na PA parece ser reversível e a cessação do hábito repercute-se numa diminuição dos valores. Ex-alcoólicos têm níveis de PA semelhantes aos não bebedores (Swales, 1996). Alguns estudos sugerem até que indivíduos com ingestão moderada de álcool apresentam níveis de PA inferiores aos dos abstémicos totais, pelo que não existe justificação clínica para aconselhar os doentes hipertensos a absterem-se completamente do consumo de bebidas alcoólicas (Swales, 1996; Cunningham, 2005). Acresce o facto de baixas doses de álcool terem eventualmente um efeito benéfico sobre o espectro lipídico, pela diminuição do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (LDL).

Uma meta-análise de 15 estudos randomizados, nos quais a redução da ingestão de álcool foi a única intervenção diferente entre o grupo de intervenção e de controlo, concluiu que a diminuição do consumo do álcool estava associada a uma diminuição da

PAS e da PAD de, respectivamente, 3,31 mmHg e 2,04 mmHg (Xin et al., 2001). Estes resultados sugerem que esta recomendação deve ser aconselhada, como uma componente importante de modificação dos estilos de vida, para a prevenção e tratamento da hipertensão entre os seus consumidores. Por outro lado, o álcool atenua os efeitos da medicação anti-hipertensiva, pelo que se aconselha moderação na sua ingestão.

- Cessação do hábito de fumar.

Como efeito agudo da inalação do tabaco, a PA sobe por um pequeno período de tempo. Sempre que se fuma, o fenómeno repete-se sem haver habituação e quebra de resposta. Como refere Swales (1996), apesar desta constatação, os estudos epidemiológicos concluem que os fumadores têm valores de PA ligeiramente inferiores aos não fumadores, e que a PA tende inclusive a subir com a interrupção deste hábito. Contudo, importa salientar que o facto do tabagismo parecer estar associado a valores mais baixos de PA não desvaloriza o seu efeito nocivo na saúde em geral, e no sistema cardiovascular em particular.

Na realidade, embora seja pequeno qualquer efeito cr nico independente do hábito de fumar na PA (Primatesta et al., 2001) e a cessação desse hábito não baixe a PA, o risco cardiovascular total é significativamente aumentado. Para além disto, alguns estudos sugerem que fumar pode interferir com os efeitos benéficos de alguns fármacos anti-hipertensores, como os beta-bloqueantes. Na medida em que na comunidade científica não existe d vida sobre o efeito deletério do tabaco na saúde, particularmente a nível cardiovascular, e pelas outras razões já expostas, os hipertensos fumadores devem ser aconselhados a deixar de fumar.

O efeito antihipertensivo das modificações dos estilos de vida depende da respectiva adesão do doente às recomendações. Maiores decréscimos nos valores de PA são alcançados quando os doentes aderem às recomendações prescritas. No sub-capítulo seguinte, abordaremos estes aspectos da adesão.

1.1.3.2. Tratamento Farmacológico

A instituição da terapêutica farmacológica anti-hipertensiva visa a prevenção da

ocorrência, agravamento ou recorrência de eventos cerebrais, cardiovasculares e renais, através da redução persistente da PA para valores considerados normais (DGS, 2004). De facto, nos estudos clínicos, o tratamento anti-hipertensor tem sido associado a reduções significativas da morbidade e mortalidade cardiovascular e da mortalidade geral, em ambos os tipos de hipertensão (hipertensão sistó-diastólica e hipertensão sistólica isolada). A redução da PA com várias classes de fármacos anti-hipertensores, incluindo os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, os antagonistas dos receptores da angiotensina, os alfa e os B-bloqueadores, os antagonistas dos canais de cálcio, vasodilatadores e os diuréticos, utilizados com frequência em associação, reduz as complicações da HTA (Chobanian et al., 2003). Independentemente dos fármacos utilizados para a diminuição da PA, as principais vantagens da terapêutica anti-hipertensora são a diminuição da PA por si só. Todavia, o tratamento previne mais eficazmente o AVC do que os eventos coronários (Staessen et al., 2000).

Segundo um estudo prospectivo que consistiu na análise de 15 estudos randomizados, o tratamento anti-hipertensor, dependendo da classe farmacológica, está associado a uma redução de 20% a 39% na incidência de AVC, 19 a 28% na doença coronária e de 15 a 21% noutros eventos cardiovasculares (Neal et al., 2000). Estas vantagens não são exclusivas dos adultos mas estendem-se aos grupos etários mais idosos. Nos idosos com idade superior a 60 anos e hipertensão sistólica isolada, o tratamento farmacológico reduz a mortalidade total em 13%, a mortalidade cardiovascular em 18%, todas as complicações cardiovasculares em 26%, o AVC em 30% e os eventos coronários em 23% (Staessen et al., 2000).

Tem sido atribuído historicamente uma maior ênfase à pressão arterial diastólica, em detrimento da sistólica, como preditor da doença cérebro e cardiovascular (ESH, 2003). Contudo, a evidência actual confirma que tanto a pressão arterial diastólica como a sistólica, apresentam uma relação contínua e independente com o risco de AVC e de doença coronária. Na maioria dos doentes, controlar a hipertensão sistólica, que constitui o factor de risco mais importante da doença cardiovascular nas pessoas com mais de 50 anos, e que ocorre com maior frequência nos mais idosos, tem sido considerado mais difícil do que controlar a hipertensão diastólica (Chobanian, 2003).

Uma terapêutica de associação de dois ou mais fármacos anti-hipertensores pode ser

necessária para se atingir o desejado controlo da pressão arterial. A adição de um segundo fármaco de uma classe diferente deve ser iniciada quando a monoterapia, em doses adequadas, não é suficiente para alcançar o objectivo tensional. A indústria farmacêutica tem investido na produção de associações fixas de baixas doses, já disponíveis na Europa assim como noutras partes do mundo, permitindo a administração de dois fármacos num único comprimido, de forma a otimizar a adesão do doente à terapêutica (ESH, 2003; Dezii, 2000a). A utilização de fármacos de acção prolongada, que garantam a eficácia nas 24 horas, numa toma diária única, parece também contribuir para melhorar a adesão terapêutica. Um aspecto que merece particular atenção são os possíveis efeitos secundários da terapêutica, mesmo tratando-se de alterações subjectivas, pois podem constituir-se como uma importante causa de não adesão (Kaplan, 1994). O cariz assintomático da doença não permite que a pessoa se sinta melhor com a instituição da terapia farmacológica; no entanto, esta pode ser responsável por a pessoa se sentir pior, como resultado de efeitos adversos, pondo em causa a adesão à terapia. Uma vez iniciada, a terapêutica anti-hipertensora é geralmente para toda a vida. A cessação da terapêutica pelos doentes aos quais foi diagnosticada hipertensão e prescrito um regime terapêutico, é usualmente seguida pelo retorno aos valores de PA iniciais (ESH, 2003).

Parece ser consensual na bibliografia consultada que os grandes progressos conseguidos através da investigação biomédica no diagnóstico e tratamento da hipertensão não têm influenciado significativamente a situação em termos de nível de saúde. É que apesar da hipertensão ser uma doença relativamente fácil de diagnosticar, e da terapêutica disponível ser, teoricamente, eficaz no tratamento da mesma, verifica-se que a percentagem de doentes controlados é baixa, mesmo em países com bons recursos económicos. A WHO e a ISH (2003) citam estudos que demonstram que cerca de três quartos de todas as pessoas com hipertensão não atingem níveis de pressão arterial controlada. As razões parecem ser várias e complexas incluindo: falhas na detecção dos casos de HTA; dificuldade dos doentes ou dos profissionais de saúde em iniciar o tratamento ou continuar com o tratamento; não adesão por parte dos doentes ao regime terapêutico e às linhas de orientação para a prática profissional pelos médicos, e falta de terapias adequadas para se controlar a pressão arterial (WHO/ISH, 2003).

1.1.4. A hipertensão arterial como problema de saúde pública

A hipertensão arterial afecta aproximadamente 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos e cerca de 1 bilião em todo o mundo (Chobanian et al., 2003). A WHO e a International Society of Hypertension (2003) estimam que, a nível mundial, a hipertensão seja a causa de 7,1 milhões de mortes prematuras. Perspectiva-se, contudo, um agravamento na dimensão do problema devido ao envelhecimento da população e aos actuais estilos de vida nos países desenvolvidos, que são também cada vez mais frequentes nos países em desenvolvimento, caracterizados por alimentação e exercício físico inadequados, comportamentos pouco saudáveis e ritmos de vida demasiado intensos.

A hipertensão é um dos problemas de saúde mais comuns do mundo industrializado. Um estudo realizado na Alemanha (Sharma et al., 2004) concluiu que é diagnosticada hipertensão a aproximadamente 40% do total de utentes consultados nos cuidados de saúde primários, dos quais cerca de dois terços têm idade igual ou superior a 60 anos. Na América, a hipertensão é o diagnóstico primário mais comum (U.S. Department of Health and Human Services, 2003). As repercussões económicas e sociais que a doença acarreta constituem-se como uma sobrecarga para os sistemas de saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, em 1998, as despesas de saúde relacionadas com a hipertensão foram de 108,8 biliões de dólares, o que representa 12,6% do gasto total da saúde (Hodgson, 2001). A falta de comparência nos locais de trabalho e a diminuição da produtividade, que se repercute económica e socialmente, contribuem para os custos indirectos com a doença.

Sendo a hipertensão um problema mundial, não se manifesta de forma idêntica em todos os países. Os resultados de um estudo (Kearney et al., 2004), que consistiu numa revisão sistemática de 173 estudos publicados na base de dados MEDLINE, entre Janeiro de 1980 e Julho de 2003, concluíram que a prevalência da hipertensão é variável nos diferentes países. A região rural do norte da Índia é a que apresenta menos casos de hipertensão (3,4% nos homens e 6,8% nas mulheres), contrastando com a Polónia onde se verificam as taxas de prevalência mais elevadas (68,9% nos homens e 72,5% nas mulheres). Dados da European Society of Hypertension (2003), referentes a 2002, revelam que a prevalência média da hipertensão é mais elevada na Europa (44%)

comparativamente com os Estados Unidos (27%). A prevalência referente a alguns países específicos situa-se em 37% na Itália, 38% na Suécia, 41% em Inglaterra, 47% na Finlândia e 55% na Alemanha. Outros dados demonstram que a média da pressão arterial, em ambos os sexos, em idades compreendidas entre os 35 e 64 anos, é superior na Europa Central e Oriental quando comparada com a Europa Ocidental.

Relativamente aos dados nacionais, e segundo Dias et al. (1983), até ao início da década de setenta, os artigos sobre HTA publicados na literatura portuguesa não faziam referência à sua prevalência na nossa população. Em 1972, surgiram os primeiros inquéritos epidemiológicos sobre a distribuição da HTA na população adulta portuguesa, ainda que com algumas reservas metodológicas (Dias et al., 1983). Tendo por base os dados destes inquéritos, foi estabelecida a hipótese de trabalho de 25% a 30% para a sua prevalência no nosso país (Ibidem). Posteriormente, em 1995, a informação obtida através do Inquérito Nacional de Saúde permitiu estabelecer uma prevalência global de HTA de 15,6%, atingindo valores muito superiores (37,6%) no grupo etário dos 65 aos 74 anos (Dias et al., 1997). Entretanto, outras estimativas foram surgindo e, mais recentemente, em 2003, no âmbito do programa Saúde XXI, resultante de uma parceria entre o Instituto de Biologia Molecular e Celular e a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, foi realizado um estudo epidemiológico com o objectivo de caracterizar os níveis de prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. De acordo com este estudo, denominado “*Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial em Portugal*”, cuja amostra foi constituída por 5023 pessoas, a prevalência da hipertensão no país é de 43,7%. Entre as cinco regiões estudadas, verifica-se a menor prevalência no Norte (37,8%), seguida do Algarve (42,1%), Lisboa e Vale do Tejo (43,8%), Centro (45,4%) e a mais alta no Alentejo (49,5%). A prevalência é significativamente superior no sexo masculino (49,5%) quando comparada com o feminino (39,8%); no entanto, na população hipertensa, o grau de conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão é superior no sexo feminino, apresentando diferenças significativas.

Ainda de acordo com este estudo, e no que concerne ao conhecimento da hipertensão, só 46,1% dos hipertensos sabem que têm pressão arterial elevada, valores que são inferiores aos verificados noutros países. Dos hipertensos encontrados (43,7%), só 39%

estão a ser tratados e apenas 11,1% estão controlados, com valores de pressão arterial inferiores a 140/90 mmHg. No grupo dos hipertensos tratados, apenas 28,6% apresentam valores de pressão arterial controlada, tal como se verifica nos restantes países, em que a proporção dos hipertensos tratados e controlados varia entre os 20 e os 50% (Kearney et al., 2004).

Estes dados mostram claramente que a percentagem de hipertensos controlados é insatisfatória, objectivando a necessidade de se implementar estratégias conducentes, por um lado, a um melhor conhecimento dos casos de HTA e, por outro lado, a um crescente controlo da pressão arterial no país. Desta forma, um controlo rigoroso e eficaz da pressão arterial deverá manter-se como objectivo prioritário dos profissionais de saúde e das entidades com responsabilidade na elaboração dos programas de saúde, empreendendo acções que visem a redução das ameaças impostas pelas doenças crónicas à população, aos sistemas de saúde e às economias.

Para além destes aspectos que se prendem com a elevada prevalência da hipertensão, a OMS alerta para o número elevado de mortes prematuras relacionadas com a doença. Em Portugal, durante a década de 90, as doenças hipertensivas⁹ foram responsáveis por 2% dos óbitos verificados no grupo das Doenças do Aparelho Circulatório¹⁰ (DAC) (Dias et al., 1997). De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, que se reportam a 2002, este valor ascendeu a 2,8%. Contudo, o impacto da doença na mortalidade das populações não se circunscreve aos óbitos por doença hipertensiva. A hipertensão é uma das causas mais importantes de morte no país e uma importante causa de morbilidade, invalidez e absentismo, através do seu contributo na aparição das doenças do aparelho circulatório, mais especificamente na doença cérebro-vascular (DCV) e doença isquémica cardíaca (DIC) (DGS, 2003). A hipertensão é um dos factores de risco mais importantes que preenche os critérios de causalidade das DAC (Mackay & Mensah, 2004; Falcão et al., 1997). Neste sentido, urge fazer referência às mesmas por permitirem uma melhor compreensão da real dimensão do problema em estudo.

⁹ Na Classificação Internacional das Doenças (CID:9) as doenças hipertensivas estão incluídas no grupo das doenças do aparelho circulatório (Dias et al., 1997).

¹⁰ Estas doenças englobam um conjunto de patologias descritas no capítulo VII da 9ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID:9), nomeadamente as doenças cérebro-vasculares, doença

Nas últimas décadas, as doenças do aparelho circulatório têm-se afirmado no panorama mundial pelo lugar cimeiro que ocupam nas principais causas de morte das populações. A elas se atribui a responsabilidade por mais de um terço da totalidade de óbitos. As DAC também se encontram entre as principais causas de morbidade, invalidez e mortalidade em Portugal. Dados do Instituto Nacional de Estatística (2003) revelam que, em 2001, as DAC foram responsáveis por 38,6% da totalidade dos óbitos, valores em muito superiores aos provocados pela segunda principal causa de morte no país, as neoplasias com 21,2%.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde referentes a 1998-1999 (INSA, 2001), a principal causa de incapacidade de longa duração é atribuída às DAC. Cerca de 40% da população inquirida, que declarou estar sempre acamada, sentada ou limitada à sua casa para se movimentar, referenciou as DAC como sendo responsáveis pela situação. Em consonância com estes factos, e tendo em conta a dimensão do problema, o Ministério da Saúde, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, elegeram as DAC como áreas de saúde prioritárias do “*Plano de Acção para a Saúde 2004*”.

A nível europeu, comparando as taxas disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde, Portugal ocupa um dos primeiros lugares no que se refere à DCV, apresentando inversamente uma baixa taxa de mortalidade por DIC (Dias et al., 1997; Ministério da Saúde, 2002). Em 2001, registaram-se 20 473 óbitos por DCV (em maior percentagem no sexo feminino) e 9 077 por DIC (em maior percentagem no sexo masculino) (Ministério da Saúde, 2004b). O padrão de distribuição deste grupo de doenças demonstra um predomínio da DIC no norte da Europa e da DCV no sul, distribuição esta que se acredita estar associada a determinados hábitos comportamentais (Dias et al., 1997).

Apesar do decréscimo verificado nas últimas décadas (de 204/100.000 hab em 1986 para 198/100.000 hab em 2002), as taxas de mortalidade por DCV continuam a ser das mais elevadas da União Europeia (Ministério da Saúde, 2004b). A região autónoma dos Açores e as sub-regiões de saúde de Viana do Castelo e Viseu registam as taxas mais elevadas (Ibidem).

isquémica cardíaca, doença hipertensiva, entre outras (Dias et al., 1997).

Não são conhecidas com exactidão as taxas de incidência ou prevalência das DCV e das DIC, embora dados da rede Médicos – Sentinela, entre 1992 e 1996, apontem para valores de taxa de incidência de DCV de 198,1/100.000 para o sexo masculino e de 172,4/100.000 para o sexo feminino, com um decréscimo nos últimos anos. Para as DIC, as taxas de incidência no mesmo período foram de 92,4/100.000 nos homens e 37,7/100.000 nas mulheres (Ministério da Saúde, 2004b). Um estudo epidemiológico recente, encetado com o objectivo de determinar a incidência e mortes por AVC nas populações rurais e urbanas do Norte de Portugal, concluiu que a incidência dos AVC nestas populações é alta, quando comparada com outras regiões da Europa Ocidental. Contudo, o mesmo estudo conclui que os valores elevados da mortalidade oficial no nosso país, os quais podiam ser explicados por uma incidência alta, não era devida a uma taxa elevada de casos de morte (Correia et al., 2004).

Para além do elevado número de óbitos que originam e pelo seu impacto em termos de morbilidade e incapacidade, as DCV e a DIC constituem um importante problema de saúde pública, sendo respectivamente a terceira e a quarta principais causas de anos de vida perdidos da população (Ministério da Saúde, 2004b).

Dados dos registos hospitalares baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo¹¹ (GDH) permitem constatar que as DCV e as DIC são as que geram maior número de episódios de internamento, excedendo os motivados pelas doenças cancerígenas (Ministério da Saúde, 2004b). Em 2002, nos hospitais públicos, ocorreram 36.308 episódios de internamento por DCV e 29.568 por DIC, valores estes que são superiores a 1998, em que os episódios de internamento foram, respectivamente, 33.358 e 26.290 (Ibidem). Os custos económicos que acarretam são elevados, constituindo uma sobrecarga para o Estado e para o orçamento familiar. Em 2002, o custo médio por episódio de internamento, por DCV, foi de 2.492,95€ (mais 44,50€ que em 1998), enquanto o custo por DIC foi de 3.163,41€ (mais 529,51€ que em 1998) (Ministério da Saúde, 2004b).

Perante esta realidade nacional que assume contornos preocupantes, têm sido desenvolvidas medidas na área da prevenção das doenças cardiovasculares e suas

¹¹ Os grupos de diagnóstico homogéneo resultam da codificação dos episódios de internamento

complicações, bem como na concretização do seu rápido e adequado tratamento. Tal como foi defendido pela OMS, o Ministério da Saúde português desenvolveu o “*Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças Cardiovasculares*”, iniciado em 2003 e visando abranger um horizonte temporal de 10 anos. Este programa pretende, através de uma abordagem integrada, “*enfatizar quer a educação para a saúde como a educação terapêutica, enquanto processos que visam contribuir para que mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma*” (Ministério da Saúde, 2003, p.7). Este programa visa a redução dos riscos cardiovasculares através da implementação de várias estratégias, entre as quais, melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. O Ministério da Saúde pretende assim “*promover a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso, aderência à terapêutica, assim como auto vigilância e o autocontrolo da HTA e dos riscos associados*” (Ministério da Saúde, 2003, p.12). Para este efeito, o programa contempla a publicação, por parte da Direcção-Geral de Saúde, de orientações técnicas baseadas em conhecimento formal sobre diagnóstico e tratamento da HTA, destinadas aos profissionais de saúde, e de um manual de auto vigilância e controlo da pressão arterial, destinado ao doente hipertenso.

Contudo, face à real magnitude do problema, a chave da resolução parece residir na prevenção.

1.1.5. A prevenção da hipertensão

A HTA é um problema de saúde individual, mas é também, e cada vez mais, um problema de saúde pública. A HTA é provavelmente o problema de saúde pública mais importante dos países desenvolvidos e prepara-se para o ser nos países em desenvolvimento. Portugal não foge à regra e, como foi anteriormente referido, a HTA revela indicadores preocupantes no que se refere às taxas de mortalidade atribuíveis às suas complicações (DAC), que se mantêm na liderança das causas de morte no país. Parece que, apesar dos avanços científicos conseguidos, no que concerne ao diagnóstico

verificados anualmente nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

e à terapêutica da doença, reside ainda na prevenção primária o maior potencial para diminuir os casos de doença, suas repercussões em órgãos alvo e, principalmente, as taxas de mortalidade por AVC e DIC.

Segundo Miguel (1997) e Artalejo et al. (2001) aceitam-se actualmente duas principais estratégias no âmbito da prevenção primária e secundária: a estratégia de alto risco e a estratégia populacional. A estratégia de alto risco centra-se na identificação e tratamento dos indivíduos considerados em alto risco, permitindo ganhos individuais elevados. São exemplos de intervenções neste âmbito o rastreio e o tratamento dos portadores da doença, ou que se encontrem em alto risco de a desenvolver. As estratégias populacionais são mais abrangentes, ignorando as diferenças de risco existentes entre a população. Medidas gerais de educação para a saúde e de modificação do ambiente são exemplos destas estratégias, que se coadunam com ganhos individuais pequenos mas com grandes benefícios sociais (Miguel, 1997). Apesar da importância das medidas individuais, parece consensual que um problema de massas, como são as doenças cardiovasculares e a HTA, requerem também intervenções populacionais (Artalejo et al., 2001; WHO, 2003a), implicando a existência de equipas multidisciplinares, integrando sociólogos, psicólogos, nutricionistas, médicos, enfermeiros, etc. (Miguel, 1997). A OMS alerta inclusive para o facto de já se assistir na actualidade a um declínio das doenças cardiovasculares nos países industrializados, onde primeiramente se manifestaram. Esta mudança resulta essencialmente do sucesso da prevenção primária (WHO, 2003a). De facto, segundo Miguel (1997), pela dimensão deste problema a nível nacional e nos países industrializados, pelo conhecimento das suas causas e pela validade das medidas preventivas, acredita-se que a atitude mais defensável é a de intervir de acordo com uma estratégia combinada.

A necessidade de medidas preventivas é ainda mais marcante se considerarmos o panorama não muito animador da realidade nacional. Segundo dados contidos no “*Plano de Acção para a saúde 2004*” do Ministério da Saúde, as estimativas indicam que 7% dos portugueses são alcoólicos e 9% são bebedores excessivos. O consumo de alimentos de origem animal tem aumentado, associado ao consumo excessivo de gorduras, em especial as saturadas, sal, açúcar, e a um baixo consumo de fruta, legumes e vegetais. Esta transição alimentar, com o abandono da dieta tradicional rica em fibra e

alimentos naturais e a crescente incorporação de alimentos pré-cozinhados e com percentagens elevadas de gordura, contribuí para o aumento da incidência da obesidade. O excesso de peso e a obesidade afectam 54% dos homens e 46% das mulheres portuguesas. Adicionalmente, somos o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo e 19,5% da população (com idade superior a 15 anos) é fumadora.

A estreita relação entre estes estilos de vida e a ocorrência da hipertensão, e a tomada de consciência da realidade portuguesa, devem nortear programas que visem alterar estas tendências nacionais, contribuindo para um melhor controlo da hipertensão e para a sua prevenção; no entanto, estratégias de prevenção individuais, que se limitem à identificação dos comportamentos de risco e, conseqüentemente, à identificação das pessoas com risco acrescido, fornecendo informação para que as opções individuais sejam informadas, podem não ser suficientes para alterar a tendência actual.

Medidas legislativas e acordos com a indústria alimentar, que visem a redução da quantidade de sal nos produtos confeccionados, podem contribuir para reduções substanciais na quantidade diária de sal ingerida, repercutindo-se nos níveis de PA das populações. Intervenções de saúde pública, como redução de calorias, de gorduras saturadas, de sal nos produtos pré-cozinhados, e o incremento da actividade física nas escolas, podem ser estratégias a adoptar com a finalidade de alterarem os padrões actuais de incidência da hipertensão na população, pela diminuição da probabilidade de ocorrência da doença (Chobanian et al., 2003). Estas medidas podem constituir-se como uma oportunidade ímpar para prevenir os contínuos custos associados à gestão da hipertensão e das suas complicações (Ibidem). Contudo, e apesar da importância da adopção de medidas preventivas ser inquestionável, reconhece-se que o sistema de saúde, e até a sociedade em geral, estão pouco preparados para este tipo de resposta (Miguel, 1997). O paradigma é ainda demasiado orientado para uma intervenção exclusivamente clínica. Para que a necessária mudança ocorra, é fundamental a educação para a saúde e o envolvimento dos órgãos de governação, orientando políticas com vista à promoção da saúde (Ibidem).

1.2. Adesão terapêutica

Para que as recomendações dos profissionais se possam repercutir em mudanças positivas no estado de saúde das pessoas é essencial que se cumpram dois requisitos. A recomendação deve ser correcta e adequada à situação específica da pessoa que, simultaneamente, deve aderir a essa recomendação (Brannon & Feist, 1996; Cluss & Epstein, 1985). Prescrever (aconselhar) determinado regime de tratamento é só uma das etapas do processo terapêutico. Ora, esta constatação, num período de mudança do padrão de prevalência das doenças infecciosas para as doenças crónicas, reveste-se duma importância fulcral. É que, no contexto actual das doenças crónicas, que podem não cursar com sintomatologia, a participação do doente na gestão do regime terapêutico não só é importante, como decisiva para o prolongamento da sua qualidade de vida.

Partindo do pressuposto de que a prescrição se baseia em evidência científica que comprova os benefícios do tratamento, que é a mais apropriada à situação e ao doente, então, a não adesão repercute-se numa perda de oportunidade de saúde. Assim, e uma vez que o comportamento das pessoas é decisivo para a promoção e protecção da sua saúde e para a prevenção ou tratamento das suas doenças, *“os que prescrevem têm de se debater com o dilema de o fazer de tal modo que tenham a certeza que a probabilidade de a prescrição não ser seguida é diminuta”* (Ribeiro, 1998, p.291). Alterar o comportamento das pessoas não é seguramente fácil, mesmo que tal se revele benéfico para elas mesmas e para a comunidade (Paul & Fonseca, 2001); no entanto, os profissionais de saúde não se podem demitir da sua função de contribuir para o bem-estar das pessoas, através da promoção da sua saúde, prevenção das doenças, bem como do seu adequado tratamento.

Cluss & Epstein (1985) referem que muita da investigação clínica é realizada com o objectivo de descobrir tratamentos mais eficazes; no entanto, apesar desta ser desejável, é necessária mais pesquisa sobre adesão para maximizar a eficácia do tratamento. O sucesso de qualquer tratamento depende assim quer da eficácia do tratamento, quer da adesão da pessoa ao mesmo. Os avanços na investigação biomédica, por si só, não são suficientes para diminuir o peso da doença, nomeadamente da doença crónica, sendo

também necessário considerar os factores que condicionam a adesão terapêutica. O desafio global que os sistemas de saúde enfrentam na actualidade é tornarem-se mais eficientes na criação de condições que capacitem as pessoas a tirar o máximo de benefício dos tratamentos disponíveis. Neste contexto, Haynes et al. (2001, cit. por WHO, 2003b, p.23) referem que, cada vez mais, a evidência sugere que, devido à magnitude do problema da não adesão *“Increasing the effectiveness of adherence interventions might have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments”*.

A adesão terapêutica, pela sua importância nos cuidados de saúde, tem-se tornado um tópico de intensa investigação. Nas últimas décadas, uma grande quantidade de pesquisa tem sido produzida, o que revela o crescente interesse da comunidade científica nesta área do conhecimento. Entre 1956 e 1960 existiam 12 publicações, de 1961 a 1965 – 45, de 1966 a 1970 – 79, de 1971 a 1975 – 133 (Blackwell, 1976b, cit. por Teixeira, 1998) atingindo o número de 850 artigos publicados em 1978 (Trostle, 1988). Entre 1979 e 1985 foram publicados mais de 3200 artigos em língua inglesa sobre o tema (Trostle, 1988). Os resultados destas pesquisas sublinham a preocupação que esta temática suscita.

Pela sua importância, o interesse demonstrado pelos enfermeiros nesta área sensível do conhecimento tem sido crescente. Tal como Ribeiro (1998), pensamos que cada vez mais a chave do sucesso de uma intervenção em que o diagnóstico é correcto e a prescrição do regime terapêutico adequada, está sediada na adesão da pessoa ao tratamento; no entanto, falta ainda percorrer um longo caminho para que se possam compreender melhor os determinantes da adesão e o comportamento humano, e assim se possam implementar intervenções que visem promover a adesão.

1.2.1. Definição de adesão

Numa primeira revisão crítica da investigação produzida sobre o tema, Sacket & Haynes (1976, cit. por Ribeiro 1998, p.295), definiram *compliance* como *“a extensão em que o comportamento do indivíduo (tomar medicação, seguir dietas, modificar o estilo de vida) coincide com a prescrição clínica”*. Três anos mais tarde (em 1979), os mesmos autores alteraram os termos *“prescrição clínica”* por *“conselho médico ou de*

saúde”, passando a considerar não só os contextos onde se aborda a doença como aqueles em que se aborda a saúde; no entanto, a literatura que aborda a adesão terapêutica não é consensual em termos dos conceitos que utiliza para a descrever. Embora sejam frequentemente utilizados como sinónimos, os termos ingleses *compliance* e *adherence* têm conotações e implicações diferentes (Turk & Meichenbaun, 1991; Brannon & Feist, 1996; Horne, 2000).

O termo *compliance*, amplamente utilizado, tem sido criticado pela conotação desfavorável que atribui à relação doente/profissional. *Compliance* significa “*the extent to which patients are obedient and faithfully follow health care providers’ instructions*” (Turk & Meichenbaun, 1991, p.251), o que reflecte uma abordagem autoritária do profissional, que decide o tratamento apropriado e emite as instruções relevantes, perante um doente passivo submisso às suas ordens (Bishop, 1994). O tratamento mal sucedido significa um doente não aderente que não conseguiu seguir as indicações do profissional. Nesta perspectiva, a não adesão pode ser interpretada como incompetência do doente ou como um comportamento desviante (Horne, 2000; Playle & Keeley, 1998).

O termo *adherence* tem sido adoptado como alternativa, no sentido de enfatizar que o doente é livre de decidir se adere ou não, não devendo ser culpabilizado no caso da sua decisão ser negativa. *Adherence* implica um envolvimento activo e voluntário do cliente num comportamento mutuamente aceite, com o intuito de produzir um resultado terapêutico (Turk & Meichenbaun, 1991). Segundo Leventhal (1993, cit. por Myers & Midence, 1998), a mudança conceptual de *compliance* para *adherence* representa um passo importante na alteração de modelos que enfatizam a obediência às instruções para modelos que enfatizam a independência, ou a actividade auto-reguladora do doente. Para Camarneiro (2002), esta perspectiva inscreve-se claramente no modelo biopsicossocial, em oposição ao modelo biomédico, reducionista, onde o doente era considerado apenas como um receptáculo passivo de prescrições.

Brannon & Feist (1996) sugerem que o termo mais indicado para descrever a relação ideal entre profissional/cliente devia ser “*cooperation*”, visto implicar uma relação de parceria na qual os intervenientes estão activamente envolvidos na restauração e manutenção da saúde do cliente.

Mais recentemente, alguns autores propõem o termo *concordance* que, segundo Horne (2000), não é uma alternativa para *compliance* ou *adherence*, porque, enquanto estes descrevem o comportamento do doente, o termo *concordance* relata o processo e o resultado da consulta médica.

Entretanto, várias outras definições de adesão terapêutica têm surgido ao longo do tempo. Contudo, os participantes da *WHO Adherence Meeting*, em Junho de 2001 (WHO, 2003b, p.3), adoptaram a seguinte definição de adesão para terapias que perduram no tempo: “*the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executive lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*”.

O interesse que a adesão ao regime terapêutico tem suscitado nos enfermeiros é relativamente recente, apesar de se verificar actualmente um aumento da investigação produzida sobre o tema por este grupo profissional. Segundo Murphy & Canales (2001), Marston terá sido o primeiro enfermeiro a publicar em 1970 uma revisão da literatura subordinada ao tema da adesão a recomendações médicas (*medical regimens*), sugerindo que “*There is much we need to learn concerning the factors involved in helping people to take care of their health when they are not under the direct surveillance of professional caretakers, such as physicians or nurses*” (op cit., p.175). Três anos mais tarde, em 1973, a não adesão foi aceite e reconhecida como um legítimo diagnóstico de enfermagem pela NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (Murphy & Canales, 2001; Russel et al., 2003). Na classificação de enfermagem mais recente, a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), e que estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, a adesão ao regime terapêutico é definida como “*um tipo de gestão do regime terapêutico com as seguintes características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante*” (ICN, 2000, p. 62). De um nível taxonómico superior, a gestão do regime terapêutico é “*um tipo de comportamento de adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades*

essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (Idem). Estes dois focos de atenção dos enfermeiros são utilizados para descrever necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, família ou comunidade, como por exemplo não adesão ao regime terapêutico e gestão ineficaz do regime terapêutico.

Mediante a análise das características definidoras destes dois focos da prática de enfermagem, e segundo Carpenito (1997), a identificação da ineficácia na gestão do regime terapêutico pressupõe a verbalização por parte da pessoa do desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção das complicações que lhe estão associadas, bem como a verbalização da dificuldade de integrar um ou mais componentes do tratamento prescrito para a gestão da doença e seus efeitos. Neste contexto, nomeia-se o diagnóstico quando não se verifica a implementação de actividades na vida diária que são essenciais para a prevenção ou tratamento da doença. Nesta perspectiva, e para que a pessoa possa implementar essas actividades na sua rotina diária, são necessários dois requisitos: em primeiro, que possua conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico, de forma a saber o que dela se espera; e em segundo, que adquira domínio de actividades práticas associadas ao treino (aprendizagem de capacidades) que lhe proporcione competências para lidar, sob o ponto de vista técnico, com a sua nova condição de saúde. Relativamente à não adesão ao regime terapêutico, e ainda segundo a mesma autora, as características major que devem estar presentes para a identificação desta necessidade de cuidados são a verbalização da não adesão ou da confusão sobre o tratamento e a observação directa do comportamento indicativo de não adesão. A definição da CIPE® ainda refere a *“aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante”*, o que já pressupõe o conhecimento necessário para a gestão da doença. Neste sentido, os factores relacionados com a adesão não parecem ser a falta de conhecimento sobre a situação, mas antes outros factores, como a falta de motivação.

1.2.2. Métodos de medida da adesão

A avaliação da adesão é uma tarefa complexa que requer uma abordagem criativa para medir o nível de adesão dos doentes ao tratamento (Myers & Midance, 1998). O conceito de adesão envolve uma variedade de comportamentos relacionados com a

saúde, e vários métodos de medida estão disponíveis para uso clínico, no intuito de avaliar a adesão. Estes incluem medidas de auto-relato, entrevistas ao médico ou enfermeiro, contagem de comprimidos, monitores electrónicos (monitores de eventos electrónicos), medidas biológicas, resultados terapêuticos e observação directa. Contudo, e apesar do grande leque de opções, um dos maiores problemas no estudo da adesão é obter medidas exactas dos comportamentos de adesão (Ibidem). De facto, uma falha comum para as diferentes formas de medida é a tendência para a sobrestimação da adesão. Burke (2005) argumenta que uma das razões para a ocorrência deste erro de medida é que o período medido não é geralmente representativo do comportamento habitual do doente.

Infelizmente é difícil medir o comportamento directamente, pelo que o auto-relato dos comportamentos é frequentemente utilizado. Estas medidas de auto-relato consistem de entrevistas, questionários estruturados ou diários que facilmente podem ser utilizados na prática clínica com vista à avaliação da adesão. Quando este método é comparado com outros métodos mais objectivos, os estudos tendem a mostrar que os doentes são correctos quando dizem que não tomaram a medicação (Fletcher, 1989, cit. por Myers & Midance, 1998). Contudo, para os que referem que tomam os medicamentos consoante prescrição, os dados objectivos frequentemente não confirmam os factos relatados.

Segundo Ley (1988, cit. por Myers & Midance, 1998), algumas das prováveis razões para o doente sub-relatar episódios de não adesão podem estar relacionadas com a intencionalidade de omissão perante o investigador, com o facto do doente não compreender o regime de tratamento e assim não ter a percepção de não estar a aderir, ou simplesmente poder esquecer episódios de não adesão; no entanto, o problema da sobrestimação da adesão pelo auto-relato não torna este método menos popular na avaliação da mesma (Burke, 2005; Myers & Midance, 1998; Lahdenpera & Kyngas, 2000). A facilidade de utilização do método, aliada ao baixo custo poderão ser factores que influenciem a decisão.

A contagem de comprimidos é um método de medida alternativo, mas com indicação exclusiva para a adesão à medicação. Esta baseia-se na contabilização dos comprimidos receitados e adquiridos previamente, que sobejam numa embalagem, e na comparação

deste valor com o número que deveria ter restado se a prescrição fosse correctamente seguida. A taxa de adesão pode ser calculada dividindo o número de comprimidos que devia ter sido tomado pelo número prescrito e multiplicando por 100 (Burke, 2005). Apesar deste método fornecer tipicamente estimativas mais elevadas de não adesão também tem limitações. Para além de ser intrusivo, pois exige aceder à medicação do doente, não permite qualquer indicação sobre quando a medicação foi retirada e se foi tomada. Na realidade, mesmo que o número de comprimidos retirados corresponda aos prescritos, o doente pode não ter sido aderente. Por vários motivos o doente pode, apesar de ter retirado os comprimidos, não os ter tomado, ou tê-los tomado de forma diferente da prescrita. Neste sentido, este método pode igualmente sobrestimar a adesão.

A tecnologia também tem propiciado ferramentas específicas que permitem avaliar o comportamento de adesão. Vários métodos electrónicos são descritos na bibliografia. O monitor electrónico ou de evento de medicação é um desses exemplos, que consiste num *chip* electrónico dentro da tampa do frasco da medicação que fornece dados sobre o dia e a hora de abertura do frasco para remoção dos medicamentos (Burke, 2005). Contudo, este método também não garante que a medicação tenha sido tomada. Acresce o facto de ser dispendioso e da sua utilização poder afectar o comportamento do doente, pois este pode percepcionar que a toma da medicação esteja a ser monitorizada (Myers & Midance, 1998).

Medidas biológicas mais objectivas, entre as quais, doseamentos séricos de fármacos e exames bioquímicos à urina, podem ser utilizadas para avaliar a adesão ao regime terapêutico; no entanto, enquanto que os níveis de fármacos no sangue e na urina podem ser medidas mais fiáveis da toma da medicação, e menos sujeitas a vieses, estas técnicas revestem-se de alguns problemas. Nesta perspectiva, Turk & Meicheibaum (1991) fazem referência aos elevados custos que as mesmas determinam, à limitada praticabilidade no contexto clínico, à disponibilidade limitada e à vulnerabilidade a variações individuais de absorção, metabolização, e excreção das drogas. Adicionalmente, alguns fármacos não se detectam facilmente na urina ou no sangue.

Os resultados terapêuticos são outro dos métodos de medida da adesão. Estes métodos podem ser úteis para identificar as pessoas que não atinjam os objectivos do tratamento (por exemplo através da monitorização da PA, do peso, etc.), e o argumento implícito

para a sua utilização é a assunção de que se a pessoa aderir ao regime terapêutico responderá melhor ao tratamento (Myers & Midance, 1998). Contudo, a maior dificuldade está em associar a adesão ao resultado terapêutico, ou seja, alguns estudos mais antigos, conduzidos na área da adesão em pessoas hipertensas e referenciados por Myers & Midance (1998), sugerem que 60% dos doentes que tomam a medicação anti-hipertensiva como prescrito não atingem valores de PA óptima e entre 16-28% dos doentes que não aderem atingem estes valores. Mais recentemente, Piñeiro et al. (1998, cit. por Marta & Falcão, 1999), ao estudarem a relação entre a adesão ao tratamento médico da HTA e o grau de controlo da mesma, constataram que 34% dos hipertensos que cumpriam a terapêutica estavam mal controlados. Deste modo, o controlo da PA depende não só da adesão do doente mas, também, do ajustamento da prescrição. Neste sentido, este método também apresenta limitações.

1.2.3. A magnitude do problema da adesão/não adesão

Apesar da problemática da adesão/não adesão ser motivo de preocupação e investigação por parte da comunidade científica, vários estudos estimam que, nos países desenvolvidos, só 50% dos doentes portadores de doenças crónicas aderem às recomendações terapêuticas (WHO, 2003b). Nos países em desenvolvimento, assume-se que a magnitude e o impacto da não adesão seja ainda maior devido à escassez de recursos de saúde e à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (Ibidem).

Em situações agudas, a adesão tende a ser mais elevada. A adesão a regimes terapêuticos curtos com fins curativos, como a toma de um antibiótico para debelar uma infecção é alta (entre 70% a 80%), quando comparada com regimes terapêuticos longos que envolvem mudanças nos estilos de vida (50% ou menos). Segundo DiNicola & DiMatteo (1984, cit. por Ribeiro, 1998), num período de cerca de 10 dias e perante situações agudas, a adesão relativa ao alívio dos sintomas oscila entre 70% e 80%, diminuindo para 60% a 70% em regime de prevenção. Mesmo os que se empenham no início do tratamento, tendem a apresentar valores inferiores de adesão após um período relativamente curto de entre três a cinco dias. Nas situações que requerem longos períodos de tratamento ou mudanças comportamentais, como seguir uma dieta ou deixar de fumar, os valores de adesão tendem a diminuir, acentuando-se ainda mais quando a sintomatologia regride ou desaparece. Na área da promoção da saúde a adesão tende

ainda a ser mais baixa (Ribeiro, 1998).

Para além de preocupante, o problema em análise também se reveste de complexidade, pela abrangência dos aspectos que contempla. De facto, em todas as situações nas quais o tratamento envolva algum aspecto de comportamento, a adesão é um problema potencial. A adesão terapêutica envolve vários comportamentos relacionados com a saúde, como por exemplo: seguir um regime alimentar, praticar exercício físico, deixar de fumar, tomar a medicação prescrita, comparecer nas consultas, entre outros. Assim, avaliar a adesão torna-se difícil pois, por um lado, a dificuldade em aderir pode ocorrer em diferentes componentes do regime terapêutico e, por outro lado, as pessoas podem aderir de forma diferente em cada aspecto do tratamento. Neste âmbito as pessoas podem não tomar a medicação, não comparecer às consultas, não cumprir determinado programa de reabilitação, ou não seguir o regime alimentar ou outras mudanças no estilo de vida sugeridas pelos profissionais de saúde. No que concerne à medicação, a adesão tem sido definida de diferentes formas: não tomar as doses prescritas, tomar doses adicionais não prescritas, não atender ao correcto intervalo entre as doses, ou não cumprir a correcta duração do tratamento (Ley & Llewelyn, 1995, cit. por Myers & Midence, 1998; Sarafino, 2002). Mesmo perante cada uma destas situações, os índices de adesão podem ser diferentes em momentos distintos (Turk & Meichenbaun, 1991).

A não adesão é geralmente definida como o não seguimento, por parte dos doentes, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde (Ley, 1997). Porém, a literatura não é consensual nos dados que apresenta sobre a sua prevalência. De acordo com as estimativas, a não adesão oscila entre os 15 e os 94% (Bishop, 1994). A disparidade destes dados é em parte explicada pela diversidade de métodos utilizados na avaliação da não adesão (directos - análises ao sangue e urina ou indirectos - auto-relatos, resultados terapêuticos, contagem de comprimidos, estimativas do profissional) (Bishop, 1994); no entanto, estas variações dependem também de outros factores, como sejam a natureza da doença e as características da população (Ribeiro, 1998). A referida variedade de métodos e de critérios utilizados para a avaliação do grau de adesão torna muito difícil comparar os diversos estudos.

Os dados estatísticos existentes acerca dos índices de não adesão ao regime terapêutico, que indicam que a incidência da não adesão é elevada, provavelmente não representam

a dimensão real do problema. Os participantes desses estudos são frequentemente voluntários, à priori com melhores índices de adesão do que os que neles decidem não participar (Turk & Meichenbaun, 1991; Cluss & Epstein, 1985), o que sugere que a magnitude do problema pode não ser completamente conhecida.

Se a prescrição representa a melhor opção de tratamento para a pessoa, então a não adesão representa uma perda significativa nos ganhos de saúde e um desperdício de recursos para o sistema de saúde (Horne, 2000). De facto, as consequências da não adesão fazem-se sentir a vários níveis, sendo de realçar o aspecto económico e as repercussões na morbilidade e mortalidade das populações devidas:

- À exacerbação e progressão das doenças;
- Ao desenvolvimento de complicações secundárias;
- Ao aumento da frequência de emergências médicas;
- À necessidade premente da utilização de fármacos mais potentes e com maior toxicidade;
- Ao desenvolvimento de resistências aos fármacos;
- Bem como à falha do tratamento (Turk & Meichenbaun, 1991).

Quando os doentes negligenciam a toma da medicação prescrita e não introduzem mudanças no estilo de vida, consoante recomendado, contribuem para reduzir substancialmente a possibilidade de recuperação (Bishop, 1994).

A não adesão envolve custos e leva à ocorrência de efeitos indesejáveis que o regime terapêutico prescrito tentaria minimizar. A ela se atribui parte da sobrecarga económica dos serviços assistenciais. Nos Estados Unidos e Inglaterra, em cerca de 750 milhões de novas prescrições anuais existem 250 milhões de casos de não adesão total ou parcial (Buckalew & Sallis, 1986, cit. por Turk & Meichenbaun, 1991). Estimativas mais recentes indicam que a não adesão ao regime medicamentoso custa à economia dos Estados Unidos \$100 biliões de dólares por ano. Destes, \$30 biliões são devidos a custos directos dos cuidados de saúde como resultado de hospitalizações, de maior

afluência aos serviços de saúde com aumento dos episódios de consulta, da utilização de meios auxiliares de diagnóstico e de tratamentos desnecessários. Os restantes \$70 biliões resultam de custos associados à baixa produtividade, à reforma antecipada e à morte prematura (Task Force for Compliance, 1994). A magnitude do problema não é conhecida em Portugal; no entanto, a ser semelhante fica-se com a ideia dos milhões de euros desperdiçados em medicação, tratamentos não utilizados e consequências indirectas da não adesão.

Sob o ponto de vista clínico, a não adesão é um impedimento importante para a eficácia das intervenções de saúde (Irina & Katrien, 2002). Em termos de resultados, a não adesão conduz a um aumento do risco clínico e, conseqüentemente, a um aumento da morbilidade e da mortalidade (WHO, 2003b). Contudo, e dependendo da doença ou da condição, as consequências da não adesão podem não ser imediatas mas só se fazem sentir a longo prazo. Um doente que não adira ao regime terapêutico para a gestão da hipertensão ou da osteoporose pode não experienciar um resultado negativo por vários anos. Por sua vez, a não adesão ao tratamento em situações de psicose ou diabetes pode cursar consequências negativas num espaço de dias. Nos Estados Unidos, calcula-se que a não adesão seja responsável por 125.000 mortes por ano e por 5 a 15% das admissões hospitalares anuais (American Pharmacists Association, 2003, cit. por Berger et al., 2004).

Importa também salientar que a não adesão não se repercute exclusivamente no estado de saúde individual. Em algumas situações a não adesão individual aumenta inclusive o risco de mortalidade e de morbilidade nos demais. Segundo Gibbons (1992, cit. por Myers & Midence, 1998) e Dezii (2000b), a não adesão é significativamente responsável pela emergência de microorganismos resistentes às drogas, como por exemplo nas situações de infecção e tuberculose. Na situação específica da tuberculose, e pelo facto de ser uma doença infecto-contagiosa, a não adesão por parte dos doentes implica quer um controlo mais tardio da doença, com aumento do número de conviventes infectados, quer a emergência de estirpes resistentes, e infecção dos conviventes com as mesmas. Se não controlada, esta situação, que é semelhante a uma bola de neve provocará uma calamidade pública com aumento da morbilidade e mortalidade das populações.

Curiosamente, mesmo perante situações potencialmente letais, os doentes não aderem ao regime medicamentoso prescrito. Estudos acerca da adesão em doentes transplantados indicam que estes doentes têm igualmente probabilidade de não aderir ao tratamento, mesmo que a não adesão possa provocar a rejeição do órgão ou a morte. Segundo Didlake et al. (1988, cit. por Myers & Midence, 1998), a não adesão é a terceira principal causa de rejeição nos transplantes renais.

Seria de esperar que os profissionais de saúde apresentassem taxas elevadas de adesão ao regime terapêutico, uma vez que presumivelmente detêm mais conhecimento sobre doença e tratamentos, bem como da importância e dos benefícios da adesão. Contudo, Corda et al. (2000) num estudo abrangendo 301 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) concluiu que a taxa de adesão era de 77% para tratamentos de curta duração e 84% para os de longa duração.

A adesão terapêutica é um problema de etiologia multifactorial, que se verifica em todos os contextos em que existe auto-administração do tratamento e que muitas vezes é independente do tipo de doença, qualidade ou acessibilidade aos recursos de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004). Mentos mais cépticas podem pensar que a não adesão é da exclusiva responsabilidade da pessoa; no entanto, tal como a bibliografia a descreve, a adesão é um fenómeno multi-dimensional determinado pela interacção de vários factores, dos quais os aspectos relacionados com a pessoa são só um dos determinantes. Também importa salientar que a crença comum de que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão terapêutica frequentemente reflecte o desconhecimento de como outros factores afectam os comportamentos das pessoas e a sua capacidade para aderir ao regime terapêutico (WHO, 2003b). Outros factores determinantes da adesão são os *factores relacionados com a relação doente/profissional*, os *factores relacionados com a doença e com o tratamento* e os *factores relacionados com o contexto social e institucional*.

1.2.4. Factores determinantes da adesão

1.2.4.1. Factores relacionados com a pessoa

Estudos têm investigado algumas características pessoais tais como a idade, sexo, classe

social, traços da personalidade e as crenças de saúde, na tentativa de explorar associações com a adesão terapêutica (Brannon & Feist, 1996); no entanto, as tentativas de identificar traços da personalidade como agentes causais da adesão têm sido infrutíferas (Brannon & Feist, 1996; Berlant & Pruitt, 2003; Horne, 2000). Como referimos anteriormente, a adesão não só varia entre as pessoas, como a mesma pessoa pode apresentar níveis de adesão diferentes em momentos distintos e aos diferentes aspectos do regime, o que de alguma forma contradiz a ideia de traços da personalidade estarem associados a não adesão. Contudo, a evidência recente assume que problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, são preditivos da adesão a recomendações médicas (Berlant & Pruitt, 2003). No estudo conduzido por Sousa (2002), maiores níveis de depressão estiveram associados a uma menor adesão à prática de exercício físico e à toma da medicação.

Relativamente à associação entre características sócio-demográficas e adesão, a literatura não refere relações claras entre idade, género, estado civil, etnia, vencimento, profissão e comportamentos de adesão (Horne, 2000; Brannon & Feist, 1996; Morrisson & Wertheimer, 2004; Vermeire et al., 2001; McDonald et al., 2002). A relação entre adesão e idade aparenta ser complexa e inconsistente. Estudos indicam que, dependendo de factores como a especificidade da doença e do tratamento, os níveis de adesão tanto aumentam como diminuem com a idade (Brannon & Feist, 1996), contrariando opiniões que salientam que os idosos apresentam menores índices de adesão. Quanto aos adolescentes, estes tendem a apresentar menores índices de adesão do que as crianças (Fotheringham 1995, cit. por WHO, 2003b). Já nos adultos portadores de diabetes, hipertensão ou patologia cardíaca, a adesão ao tratamento tende a aumentar com a idade (Brannon & Feist, 1996). Os resultados de um estudo realizado na consulta externa de cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, cuja amostra foi constituída por 400 hipertensos, demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e a adesão ao regime farmacológico anti-hipertensor (Silva, 2002). Entre as faixas etárias mais jovens, os índices de adesão foram mais baixos. Monade et al. (1996, cit. por Fulmer et al., 2000), num estudo retrospectivo de 4068 idosos a efectuar terapia anti-hipertensiva, também verificaram que bons índices de adesão (superior ou igual a 80%) estavam associados com o avançar da idade. Outros estudos corroboram estes achados (Caro et al., 1999; Solera et al., 2004; Al-Sowielem & Elzubier, 1998;

Fonseca & Clara, 2000). O avançar da idade também parece influenciar positivamente a adesão ao regime alimentar nos diabéticos (Sousa, 2003).

Estudos recentes (Leventhal & Crouch 1997, cit. por Horne, 2000) sugerem como explicação para o facto dos índices de adesão serem superiores nos doentes idosos, as diferentes atitudes na manutenção da saúde e gestão da doença, sendo os doentes idosos mais cautelosos com a sua saúde. Sarafino (2002) acrescenta que os idosos têm uma maior percepção de vulnerabilidade à doença, o que os pode levar a empreender acções que visem a sua prevenção.

No que concerne ao género, os índices de adesão são semelhantes, à excepção de algumas recomendações específicas como dietas alimentares e algum tipo de fármacos em que o sexo feminino exhibe melhor adesão (Brannon & Feist, 1996).

As crenças, cognições ou representações de doença também têm sido pretexto para estudos que as relacionam com comportamentos de saúde e, neste sentido com a adesão. Apesar deste aspecto por vezes não ser explorado durante a consulta, as crenças dos doentes acerca da doença e do tratamento são diferentes das dos profissionais (Noble, 1998). O facto da variação da adesão ser notória nos doentes com a mesma patologia, sugere que a variação da adesão surge do efeito da doença na pessoa, mais do que uma propriedade da doença que tem um efeito generalizado na adesão em todos os doentes. Segundo Horne (2000, p.173) “*what people do is influenced by wath they think*”, assim se queremos compreender o porquê das pessoas não aderirem ao regime prescrito, devemos olhar para o que é que elas pensam sobre a doença e o tratamento.

No seu trabalho sobre adesão ao tratamento, Leventhal et al. (1984, cit. por Bishop, 1994) descobriu que os doentes hipertensos se mantêm em tratamento, ou não, dependendo das suas ideias, ou representações acerca da natureza da doença. Os que acreditam que a hipertensão é uma doença crónica, que exige tratamento continuado com vista ao seu controlo, têm maior probabilidade de permanecer em tratamento do que os que percebem a hipertensão como uma doença aguda que, uma vez tratada, é curada.

Ainda nesta perspectiva da influência das crenças nos comportamentos de saúde,

Sarafino (2002) faz referência a vários estudos (Baumann & Leventhal, 1985; Brondolo, Rosen, Kostin & Shwartz, 1999; Pennebaker & Watson, 1988), que alertam para as crenças erróneas nos doentes hipertensos. De acordo com estes estudos, geralmente os doentes sobrestimam a sua capacidade intuitiva de saber quando a sua pressão arterial se encontra elevada, citando como justificação a presença de sintomas tais como, dores de cabeça, tonturas, rubor facial e nervosismo; no entanto, e como anteriormente foi referido, a hipertensão é uma doença assintomática, sendo estes sintomas pouco sugestivos do aumento da PA. O efeito prejudicial destas crenças erróneas é que os doentes alteram com frequência a medicação ou inclusive suspendem o tratamento baseados nas suas avaliações subjectivas dos valores de PA.

As teorias da psicologia, que se propõem explicar as relações entre o pensamento e os comportamentos na saúde e na doença, têm alguma capacidade para prever e explicar a adesão e a não adesão. As crenças de susceptibilidade, gravidade, custos e benefícios, bem como a auto-eficácia¹², são variáveis consideradas na tomada de decisão comportamental (Sarafino, 2002). Geralmente, “*when patients believe that adherence to treatment recommendations will result in health benefits, they are likely to comply with those recommendations*” (Brannon & Feist, 1996, p.198).

Segundo Horne (2000), os doentes decidem aderir ao regime farmacológico se esta acção fizer sentido à luz das suas crenças sobre a doença e sobre o tratamento e as suas expectativas no resultado. Se a medicação não fizer sentido para o doente (por exemplo tomar medicação regular na ausência de sintomatologia), ele não aderirá, mesmo que a medicação seja necessária e fácil de gerir. A WHO (2003b) salienta que os receios sobre a toma da medicação resultam tipicamente de crenças sobre efeitos secundários e ruptura nos estilos de vida, e ainda de preocupações mais abstractas sobre os efeitos a longo prazo e a dependência.

Estudos indicam que os que acreditam que são responsáveis pela sua saúde têm maior probabilidade de aderir às recomendações (Brannon & Feist, 1996). Também as normas culturais, uma vez que influenciam as crenças individuais sobre a doença e o tratamento, se relacionam positivamente com a adesão (Ibidem).

¹² Sarafino (2002, p.484) define auto-eficácia como “*people’s belief that they can succeed at something*”

Outro determinante importante da adesão é a compreensão do regime de tratamento. Os doentes evidenciam dificuldades em aderir a determinado plano terapêutico se não perceberem o que deles se espera, pelo que os profissionais de saúde nas interações que estabelecem com os doentes devem assegurar que estes tenham compreendido as recomendações (Bishop, 1994).

As intervenções direccionadas a promover a adesão requerem uma abordagem centrada no doente, que considere as suas percepções sobre doença e tratamento, e a medida em que os mesmos desejam envolver-se no tratamento (Horne, 2000; WHO, 2003b; Lowes, 1998). Contudo, todos os factores – factores relacionados com a pessoa, factores relacionados com a doença e com o tratamento, factores relacionados com a relação profissional/doente e factores relacionados com o contexto social e organizacional – devem ser considerados e explorados, no sentido de uma melhor compreensão da forma como estes influenciam a adesão, para que as intervenções delineadas com o objectivo de promover a adesão produzam os resultados esperados.

1.2.4.2. Factores relacionados com a relação doente/profissional

Vários autores têm advogado a importância da relação estabelecida entre doente/profissional de saúde, como preditora da adesão (Brannon & Feist, 1996; Noble, 1998; Sarafino, 2002; Bishop, 1994).

Os processos de informação e de comunicação em saúde revestem-se duma importância fundamental, pois podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental (Teixeira, 2004). Os utentes avaliam a qualidade dos cuidados de saúde prestados, essencialmente a partir da avaliação que fazem das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagem. Os processos de adaptação psicológica à doença também podem ser influenciados pela comunicação estabelecida com o técnico de saúde. Perante uma situação de doença e de procura de ajuda num serviço de saúde, o controlo do *stress* associado ao adoecer pode ser positivamente influenciado pela transmissão de informação adequada às necessidades da pessoa naquele momento específico, o que por

they want to”.

sua vez influencia o modo como a pessoa se confronta com os sintomas da doença e se relaciona com os técnicos (Teixeira, 2004). Segundo Brannon & Feist (1996), a insuficiente comunicação verbal entre profissional e doente é uma das maiores causas de não adesão.

Não obstante a importância da comunicação e da transmissão de informação nas interações entre o profissional de saúde e o utente, muitos dos utentes dos serviços de saúde terminam as consultas sem saberem como seguir o regime de tratamento (Sarafino, 2002). Um estudo conduzido por Svarstad (1976, cit. por Sarafino, 2002), com o propósito de entrevistar os doentes de um centro de saúde acerca da interação verbal estabelecida com o seu médico, concluiu que o conhecimento dos doentes sobre o tratamento era seriamente deficiente (metade não sabiam a duração do tratamento, e cerca de um quinto não sabiam o motivo nem a periodicidade da medicação). Uma das razões para o défice de conhecimento foi o facto dos médicos não fornecerem a informação necessária.

Estudos sugerem que os doentes aderem melhor quando lhes é transmitida informação sobre a sua doença e sobre as razões de determinado regime de tratamento (Brannon & Feist, 1996). Stanton (1987, cit. por Brannon & Feist, 1996)) refere que um dos determinantes da adesão nos doentes hipertensos é o seu conhecimento sobre o programa de tratamento anti-hipertensivo. Contudo, a relação entre o conhecimento demonstrado pelo doente sobre a doença e o regime terapêutico e a adesão ao mesmo não é simples nem linear. As associações entre o conhecimento e a adesão são pequenas e inconsistentes, e o aumento do conhecimento não conduz necessariamente ao aumento da adesão (Horne, 2000; Paúl & Fonseca, 2001; Thrall et al., 2004; Morrisson & Wertheimer, 2004; Chan & Molassiotis, 1999); no entanto, as pessoas necessitam que lhes seja transmitida informação e que lhes sejam ensinadas determinadas competências, no sentido de lhes permitir uma gestão eficaz do regime terapêutico e da doença. As pessoas necessitam de estar informadas, para que as suas opções em termos de saúde sejam conscientes (Paúl & Fonseca, 2001). Na realidade, o fornecimento de informação sobre a doença, sobre complicações e prevenção de complicações, bem como sobre regime terapêutico e seus efeitos, reveste-se duma primordial importância. O acesso à informação é fundamental para que os doentes sejam capazes de lidar com a

sua situação de doença. Contudo, a informação deve ser pensada e transmitida tendo em consideração o grupo etário, a escolaridade e as especificidades culturais e de atitudes dos destinatários (Paúl & Fonseca, 2001). A necessidade de ensinar, instruir e treinar os doentes sobre monitorização de alguns parâmetros fisiológicos, onde se inclui a PA e a glicemia capilar, entre outros, de forma a auto-regularem os tratamentos e a solicitarem ajuda mais especializada, faz cada vez mais parte das funções dos profissionais de saúde.

Para Raynor (1998) parece claro existirem, pelo menos, duas razões para a relação entre a informação e a adesão não ser directa. Por um lado, a transmissão de informação não é necessariamente acompanhada por uma transferência de conhecimento. Por outro lado, a transmissão de conhecimento nem sempre se relaciona com alterações de comportamentos ou atitudes.

Com frequência, os doentes não compreendem as recomendações dos profissionais, e esquecem parte das instruções fornecidas, o que dificulta a adesão (Horne, 2000; Sarafino, 2002). A terminologia utilizada pelos profissionais não facilita a compreensão dos doentes, particularmente os que provêm de meios sociais mais desfavorecidos. A utilização de termos técnicos, cujos significados são muitas vezes desconhecidos, sem o esclarecimento dos mesmos ou a constatação da sua compreensão, pode ser responsável por situações de confusão, ideias incorrectas ou inclusive descontentamento. Para além destes aspectos, a sua utilização também pode reduzir a possibilidade da pessoa reagir emocionalmente à informação ou questionar sobre o tratamento (Sarafino, 2002). A informação deve ser clara, compreensível e personalizada, ou seja, deve ir de encontro às necessidades de informação do utente naquele momento, sendo adaptada ao seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo. Ley (cit. por Ogden, 1999) faz referência a vários aspectos que parecem estar relacionados com o esquecimento, como: a quantidade de informação transmitida em cada contacto, sendo que o excesso de informação pode ser responsável por dificuldade em memorizar; o efeito da primazia, ou seja, os doentes recordam tendencialmente melhor a informação que lhes é transmitida em primeiro lugar e as condições emocionais, como a ansiedade.

Um estudo realizado em 187 doentes com doenças cardiovasculares encontrou variações entre os conhecimentos demonstrados pelo doente, relativamente a três aspectos da

medicação. Os doentes apresentavam bons níveis de conhecimento acerca do objectivo da medicação e da posologia, poucos sabiam como agir perante o esquecimento de uma toma, e apenas uma pequena minoria sabia identificar os efeitos secundários mais comuns, associados ao seu tratamento (Ascione, 1985, cit. por Teixeira, 1998). Numa revisão acerca da temática, Gottlieb (2000) faz referência a estudos que indicam que 40 a 60% dos doentes eram incapazes de reproduzir as indicações que tinham recebido do médico 10 a 80 minutos após a consulta. Outros indicam ainda que mais de 60% dos doentes entrevistados imediatamente após a interacção com o médico não tinham compreendido as instruções relacionadas com a toma dos medicamentos.

Outro dos aspectos que influencia a adesão é a satisfação do doente. Ley (1997, p.282) advoga a existência de uma associação consistente entre adesão e satisfação do doente com a consulta, afirmando que “*satisfied patients are more likely to comply*”. A satisfação do doente parece assumir um papel de mediador entre o fornecimento de informação, a sua memorização e a adesão. Porém, Horne (2000) refere que estudos conduzidos nas últimas duas décadas indicam que muitos doentes estão insatisfeitos com aspectos da consulta e com a informação dispensada sobre a doença e o tratamento.

A satisfação dos doentes com os cuidados de saúde parece resultar da qualidade da relação que estabelecem com os profissionais de saúde, demonstrando preferência por aqueles que são expressivos e que fazem uso das suas emoções, quando comparados com aqueles que permanecem emocionalmente neutros (Bishop, 1994). Profissionais que estabeleçam contacto visual, sorriam, brinquem e demonstrem interesse pelo bem-estar do doente facilitam a adesão (Brannon & Feist, 1996). Em oposição, profissionais que adoptem uma postura autoritária dificultam a adesão, mesmo quando os doentes lhes reconhecem competência.

Enquanto utilizadoras dos cuidados de saúde, as pessoas necessitam mais do que cuidados físicos, necessitam nomeadamente, de atenção ao seu bem-estar psicológico, aos medos e a ansiedades relacionadas com a saúde e com a doença, com a realização de exames, qualidade de vida, problemas pessoais e familiares, etc. (Teixeira, 2004). Perante situações em que a resposta a estas necessidades não é adequada, ocorre a insatisfação das pessoas em relação ao comportamento dos profissionais de saúde, e uma avaliação negativa da qualidade dos cuidados que lhe foram prestados, traduzindo-

se numa maior dificuldade de adesão.

Uma relação centrada no doente parece melhorar os índices de adesão. Segundo a WHO (2003b, p.4), “*patients should be active partners with health professionals in their own care and that good communication between patients and health professional is a most for an effective clinical practice*”. Os profissionais devem criar uma relação terapêutica que reflecta uma parceria entre as partes envolvidas, na qual aspectos como opções terapêuticas, negociação do regime terapêutico e adesão sejam discutidos (WHO, 2003b). A mesma fonte refere que os doentes que se sentem parceiros e que se empenham activamente no processo de tratamento têm melhores índices de adesão e melhores resultados terapêuticos.

Outros factores de satisfação dos doentes também podem afectar a adesão. São exemplos o tempo de espera na consulta e o tempo para adquirir a receita com a medicação (Brannon & Feist, 1996).

Assim, a relação doente/profissional afecta o resultado terapêutico pela facilitação, ou não, da adesão às recomendações. A existência de uma boa comunicação é uma condição necessária para que a relação seja eficaz.

1.2.4.3. Factores relacionados com a doença e com o tratamento

A evidência sustenta que os níveis de adesão dependem de algumas características da doença, nomeadamente da duração e da presença ou ausência de sintomatologia. Horwitz e colaboradores (1990, cit. por Horne, 2000) referem que num estudo com doentes a recuperar de um enfarte do miocárdio, só 10% foram considerados como não aderentes, enquanto que estudos que envolvem doentes com hipertensão revelam níveis bastante superiores de não adesão, com valores médios na ordem dos 50%. Os níveis de adesão nas doenças agudas são geralmente mais elevados do que nas doenças crónicas, especialmente quando o tratamento da doença crónica se traduz por uma fraca melhoria da sintomatologia (Horne, 2000). O facto de muitas das doenças crónicas permanecerem assintomáticas a maior parte do tempo e as consequências da não adesão tardarem em aparecer, também contribuem para estes resultados (Brannon & Feist, 1996; Turk & Meichenbaun, 1991; Dezii, 2000b). Apesar de serem providos de sentido, estes achados

são preocupantes pois a adesão é menor nos problemas de saúde que têm, a longo prazo, consequências mais nefastas.

A presença de sintomas tem uma grande influência na percepção de doença e no comportamento subsequente. Os doentes apercebem-se com mais facilidade dos seus problemas de saúde, e tentam resolvê-los, se os associarem a sintomas desagradáveis. Ou seja, os sintomas são necessários para que a pessoa se sinta doente e assim procure cuidados de saúde.

No caso específico da hipertensão, o conhecimento actual alerta para a estreita relação entre esta patologia e as doenças cardiovasculares, bem como patologia renal e cegueira. A hipertensão, pelo facto de ser assintomática, é desconhecida por uma grande parte dos seus portadores, e mesmo os que sabem que apresentam valores de pressão arterial elevados não procuram tratamento. A ausência de sintomatologia conduz a uma menor percepção da gravidade da doença e da susceptibilidade a complicações. Dos que procuram tratamento, uma percentagem substancial abandona-o no prazo de um ano (Bishop, 1994; Morisky, 1986 cit. por Ramalhinho & Cabrita, 1998). Associando a estes dados as alterações no estilo de vida que o tratamento pressupõe e os efeitos secundários indesejados provocados pelos fármacos anti-hipertensivos, facilmente se depreende que é baixa a percentagem dos doentes que aderem ao regime terapêutico (Dunbar-Jacob, 1991, cit. por Bishop, 1994).

A variabilidade dos índices de adesão notórios entre os doentes com a mesma doença salienta o efeito do indivíduo, mais do que da própria doença, na adesão (Horne, 2000). Assim, para compreender a não adesão, devemos concentrar-nos no doente e na forma como este interpreta, ou gere, os desafios impostos pela doença (Ibidem).

Alguns aspectos do tratamento instituído, nomeadamente no que concerne à duração, complexidade e necessidade de proceder a alterações nos hábitos diários, parecem influenciar os índices de adesão (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1996; Sarafino, 2002). Os doentes exibem melhor adesão a tratamentos relativamente simples, de curta duração, e que não se associam a alterações na rotina diária. Tratamentos complexos dificultam a gestão do regime terapêutico e são mais propícios à ocorrência de erros, como omissão de tomas e não cumprimento do horário prescrito das doses. Horne

(2000) refere que a quantidade de informação transmitida nos tratamentos complexos, associada às dificuldades de compreensão e de memorização das instruções, verificadas predominantemente nas faixas etárias mais avançadas, dificulta a adesão; no entanto, e apesar de uma das estratégias para reduzir a não adesão ser a simplificação do regime, recorrendo sempre que possível a fármacos e a doses únicas (Ley, 1997), existe pouca evidência que sugira que, sozinha, esta estratégia seja suficiente para prevenir a não adesão (Horne, 2000).

Estudos demonstram que a complexidade do regime farmacológico é um factor condicionante da adesão terapêutica, considerando que, quanto maior for o número de medicamentos prescritos e/ou quanto maior for o número de tomas diárias, menor será a adesão à terapêutica (Brannon & Feist, 1996; Feldman et al., 1998). Cramer et al. (1989, cit. por Brannon & Feist, 1996) descobriram que quando a prescrição inclui uma toma diária, 88% dos doentes aderem, valores superiores aos encontrados para duas (81%) e para três tomas diárias (77%). Os índices de adesão encontrados em quatro doses diárias descem substancialmente para 39%, o que indica que a adesão é muito menor aquando da necessidade de tomar a medicação mais de três vezes ao dia.

Quando o regime terapêutico envolve a mudança de hábitos já enraizados na rotina diária, como praticar exercício físico, reduzir a quantidade de calorias ou outros componentes da dieta, parar de fumar ou diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, os índices de adesão são inferiores aos verificados na adesão à terapêutica farmacológica (Kingas & Lahdenpera, 1999; Lahdenpera & Kingas, 2000; Chockalingam et al., 1998; Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Burk, Dunbar-Jacobs & Hill, 1997, cit. por Sarafino, 2002; Kravitz et al., 1993).

Outros aspectos do tratamento, que têm sido associados a baixos índices de adesão são o custo e os efeitos secundários; no entanto, estes aspectos não são consensuais pois, por um lado, nem todos os tratamentos provocam efeitos secundários indesejáveis (Sarafino, 2002) e por outro lado, mesmo quando os tratamentos são gratuitos, a adesão é baixa (Bovet et al., 2002). Porém, como argumenta Murdaugh (1998, cit. por Sarafino, 2002), estes dois aspectos, custo e efeitos secundários, podem prejudicar a adesão nalgumas pessoas.

A saúde mental também tem impacto na procura de cuidados de saúde, sendo os níveis de adesão menores nos doentes com patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão. Uma meta-análise conduzida por DiMatteo et al. (2000, cit. por Denzii, 2000a) concluiu que os doentes deprimidos têm uma probabilidade três vezes inferior de aderir à terapia medicamentosa e à modificação comportamental, em comparação com os doentes não deprimidos. Os autores especulam que, pelo facto da depressão ser acompanhada por um sentimento de desânimo, pode faltar aos doentes deprimidos uma atitude positiva em relação aos benefícios e à eficácia do tratamento, que é necessária para que a adesão ocorra. Acrescem mais dois aspectos que prejudicam a adesão nas pessoas deprimidas: por um lado, o facto destes doentes se isolarem socialmente, não beneficiando assim do suporte social que geralmente favorece a adesão; e por outro lado, a provável alteração das capacidades cognitivas, que também condicionam o cumprimento das recomendações. Uma grande proporção de pessoas com doenças crónicas, como diabetes e hipertensão, sofre de depressões que interferem significativamente com a sua adesão ao regime de cuidados de saúde (WHO, 2003b).

1.2.4.4. Factores relacionados com o contexto social e institucional

A adesão, ou não adesão, ao regime terapêutico não tem lugar num vácuo social, é antes influenciada por relações de outros. As recomendações de saúde são recebidas num contexto psicossocial onde intervêm factores externos (Turk & Meichenbaun, 1991), pelo que, neste sentido, as circunstâncias sociais dos doentes também são determinantes que influenciam a adesão (Bishop, 1994; Sarafino, 2002; Cameron, 1996). Brannon & Feist (1996) acrescentam que o apoio da família e dos amigos é um dos maiores preditores da adesão.

Na generalidade, as pessoas que vivem socialmente isoladas têm maior probabilidade de não aderir, do que aquelas cujas vidas são preenchidas por estreitas relações interpessoais (Brannon & Feist, 1996). Segundo Ribeiro (1998), o contexto social da pessoa, nomeadamente a falta de suporte social, o isolamento e a instabilidade do grupo primário em que se insere, induz uma deficiente procura dos cuidados de saúde.

O suporte social da família e dos amigos parece ser um determinante importante da adesão, particularmente quando o regime terapêutico envolve mudanças nos estilos de

vida (Bishop, 1994; Sarafino, 2002; Toljamo & Hentinen, 2001). O apoio social pode ajudar e encorajar a adopção de estilos de vida saudáveis. Pessoas socialmente apoiadas podem sentir, por exemplo, que porque os outros se preocupam e precisam delas, elas devem fazer exercício físico, deixar de fumar, fazer uma alimentação saudável e consumir pouco álcool (Sarafino, 2002). O mesmo autor cita estudos que referem que os adultos que fazem exercício físico tendem a ter esposos que os encorajam a adoptar estes comportamentos. Num estudo experimental realizado com uma amostra de diabéticos tipo 2, a presença da esposa no plano educacional influenciou positivamente a adesão ao exercício físico e à medicação (Bastos, 2002).

Um estudo realizado no México, com o objectivo de determinar a associação entre suporte familiar e adesão ao tratamento na hipertensão arterial essencial, concluiu que o suporte familiar foi o factor mais relevante relacionado com a adesão (Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001).

Viver com outra pessoa que partilhe das mesmas recomendações terapêuticas também parece melhorar a adesão individual (Brannon & Feist, 1996).

Clarificar o conceito de adesão e compreendê-lo através dos modelos explicativos da mudança comportamental parece ser fundamental para que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, possam implementar intervenções de enfermagem, perante diagnósticos de não adesão ao regime terapêutico, e assim possam contribuir para a saúde e bem-estar das pessoas. Assim, no sub-capítulo que se segue, faremos referência a alguns desses modelos teóricos que se propõem explicar as relações entre o pensamento e os comportamentos individuais.

1.3. Modelos teóricos da mudança comportamental

Segundo Bennet & Murphy (1999, p.41), “*A teoria psicológica actual parte do pressuposto de que os processos cognitivos medeiam o comportamento*”; no entanto, referem que ainda não surgiu qualquer teoria da tomada de decisão capaz de identificar e integrar todos estes processos.

O desenvolvimento da psicologia social e da psicologia da saúde contribuíram para o

emergir de modelos e teorias que se propõem explicar as variações nos comportamentos relacionados com a saúde, podendo por isso ser aplicadas à adesão terapêutica (Horne & Weinman, 1998), visto adesão ser comportamento (Berlant & Pruitt, 2003). Esses modelos e teorias fornecem uma estrutura conceptual para organizar o pensamento relativamente à adesão e a outros comportamentos de saúde (Berlant & Pruitt, 2003).

Os estudos empíricos, que analisam o nível em que os vários componentes dos modelos afectam o comportamento, são não só informativos no que se refere à nossa capacidade de prever o comportamento num determinado contexto, como fornecem também sugestões importantes sobre como influenciar esse comportamento (Stroebe & Stroebe, 1995).

Faremos referência a alguns desses modelos sócio-cognitivos bem como às teorias de adesão.

1.3.1. Modelo de crenças de saúde

O modelo de crenças de saúde (MCS) foi a primeira teoria desenvolvida com o objectivo de explicar o comportamento de saúde e doença e, segundo Ribeiro (1998), tem sido a mais utilizada na preparação de programas nesta área.

Foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock, em 1966, e posteriormente revisto por Becker e colaboradores, nos anos 70 e 80, de forma a predizer os comportamentos de prevenção relacionados com a saúde, bem como a resposta comportamental ao tratamento dos doentes agudos e crónicos (Ogden, 1999; Cluss & Epstein, 1985).

Ao predizer que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais (Ogden, 1999), este modelo preconiza a existência de quatro crenças que influenciam a adesão bem como a procura de comportamentos de saúde (Brannon & Feist, 1996). A probabilidade de uma pessoa adoptar ou manter determinado comportamento, para prevenir ou controlar uma doença, depende das crenças pessoais, ou seja, das percepções individuais sobre: a susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os custos e os benefícios envolvidos na prática de um comportamento.

A percepção de susceptibilidade descreve a percepção do risco de saúde pessoal,

entendida como a probabilidade de ter uma doença particular; enquanto a percepção de gravidade descreve a proporção das consequências negativas da doença. Perante a ameaça de doença, a pessoa avalia a sua acção em termos de benefícios potenciais que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras e os custos envolvidos na mudança comportamental (Ribeiro, 1998).

Becker & Maiman (1975, cit. por Horne & Weinman, 1998) adicionaram mais uma componente ao modelo, que consiste num sinal ou estímulo desencadeador necessário para desenvolver determinado comportamento. O sinal pode ser interno, como a experiência de um sintoma, ou externo, como uma campanha dos meios de comunicação social, um folheto informativo, uma doença num membro da família ou num amigo, ou um conselho do profissional de saúde (Stroebe & Stroebe, 1995; Ribeiro, 1998; Sarafino, 2002).

Janz & Becker (1884, cit. por Horne & Weinman, 1998), referem que, no essencial, o MCS parece funcionar melhor quando é utilizado como modelo preditivo para comportamentos preventivos. Segundo Ogden (1999), quando aplicado em rastreios do cancro do colo do útero, o MCS prediz rastreios regulares se a mulher perceber a sua alta susceptibilidade a este tipo de cancro, a gravidade do mesmo, bem como os benefícios que pode auferir com o rastreio regular a baixo custo. Os indícios externos para a acção, como um folheto informativo, ou internos, como a experiência de um sintoma que relacione com este tipo de cancro, poderão facilitar a adesão ao rastreio.

Versões posteriores incluíram outra dimensão – a motivação da pessoa para se preocupar com os assuntos de saúde – embora, segundo Conner & Norman (1996, cit. por Bennet & Murphy, 1999), esta raramente tenha sido objecto da atenção dos investigadores.

Por diversas vezes, o MCS foi modificado para incluir variáveis adicionais. Segundo Ribeiro (1998), variáveis demográficas (género, idade, etc.), sociais (classe, etc.) e psicológicas (personalidade, pressão de grupo, etc.), apesar de serem susceptíveis de influenciar a acção individual, não fazem formalmente parte do modelo. O mesmo autor refere que, pela sua importância, a variável psicológica auto-eficácia, passou a integrar o mesmo. Com a inclusão do conceito de auto-eficácia, Rosenstock (1990, cit. por

Ribeiro, 1998) agrupa as variáveis que compõem o MCS em três categorias:

1. Ameaça

1.1. Percepção de susceptibilidade à doença

1.2. Percepção da gravidade da doença

2. Expectativa de resultado

2.1. Percepção dos benefícios de uma acção específica

2.2. Percepção das barreiras para iniciar essa acção

3. Expectativa de eficácia

3.1. Convicção acerca da capacidade pessoal para realizar a acção recomendada.

O MCS tem sido utilizado em diversos estudos de investigação relacionados com comportamentos de saúde. Estudos sobre adesão a recomendações alimentares, auto-exame da mama, rastreios oncológicos, adesão ao regime farmacológico em patologias como hipertensão, diabetes, entre outras, basearam-se neste modelo (Horne & Weinman, 1998).

Weinstein (1983-1984, cit. por Ogden, 1999) refere que uma das razões que justifica a adopção de comportamentos prejudiciais para a saúde prende-se com percepções erradas sobre risco e susceptibilidade – o optimismo irrealista. Após a análise de uma lista de problemas de saúde, o autor solicitou a um conjunto de sujeitos que se manifestassem acerca da probabilidade de vir a ter esses problemas, quando comparados com outras pessoas da mesma idade e sexo. Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos sujeitos considera ter menos probabilidade de contrair esse problema de saúde, subestimando os seus próprios riscos de saúde quando comparados com os dos outros. A este fenómeno Weinstein designou de “*optimismo irrealista*”.

A investigação ofereceu provas da importância dos indícios externos para a acção, a informação, no que concerne à predição dos comportamentos de saúde. De facto, os programas de promoção da saúde usam a informação para modificar as crenças das

pessoas, na tentativa de promover comportamentos saudáveis (Ogden, 1999). Ogden (1999) cita autores que referem que a informação sobre a forma de avisos que induzam medo pode mudar atitudes e comportamentos de saúde em determinadas situações. A informação sobre as consequências negativas de um comportamento também é utilizada na prevenção do mesmo. Assim, parece existir uma relação significativa entre os conhecimentos sobre a doença e os comportamentos preventivos relacionados com a saúde (Ogden, 1999), pese embora alguns estudos apontem para outros factores que influenciam a previsão de comportamentos de saúde.

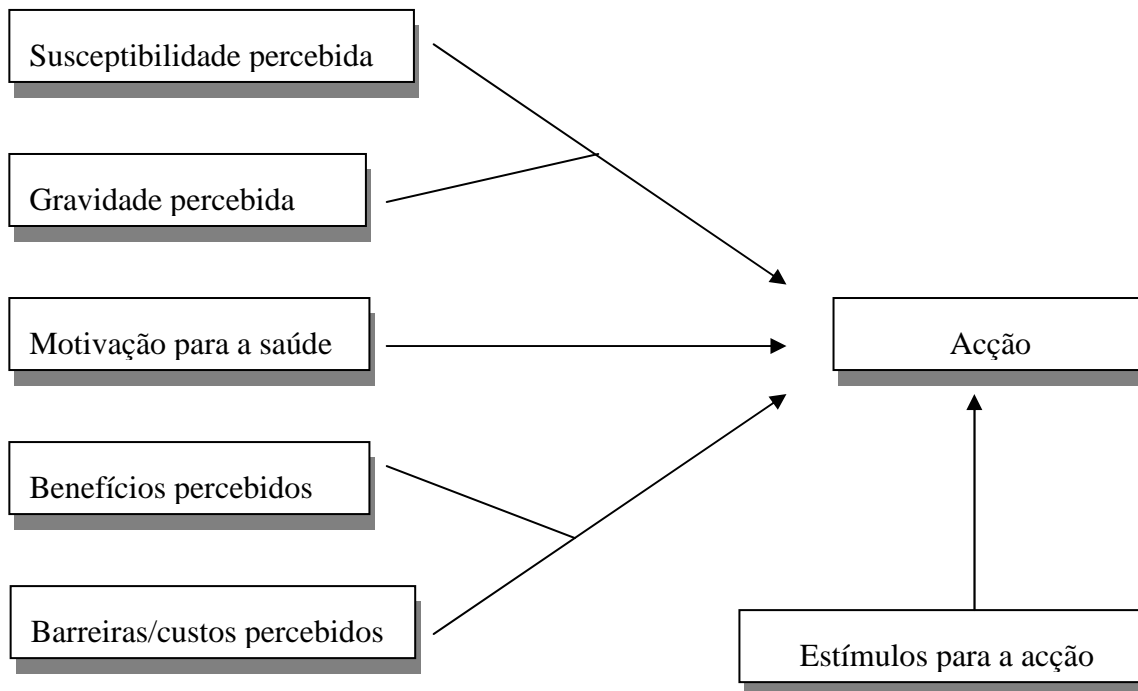
Segundo Horne & Weinman (1998), a evidência disponível suporta a noção de que a compreensão da adesão passa por conhecer as ideias dos doentes acerca da doença e do tratamento, e sugere que as variáveis cognitivas do MCS podem ser, nalgumas situações, pré-requisitos da adesão. Uma pessoa que se sinta susceptível de contrair uma doença que percebe como grave, e que acredite que os benefícios do tratamento excedem as barreiras, tem maior probabilidade de aderir às recomendações dos profissionais de saúde. Contrariamente, a pessoas que não se sintam ameaçadas por problemas de saúde, ou que considere que os custos envolvidos na acção excedem os benefícios, tem mais probabilidade de não aderir (Sarafino, 2002).

Apesar de amplamente utilizado, alguns autores reconhecem-lhe algumas limitações. Um estudo longitudinal conduzido por Abraham et al. (1996, cit. por Ribeiro, 1998), sobre um programa de educação baseado no MCS, destinado a adolescentes e com o objectivo do uso de preservativo como meio de protecção, concluiu que as mudanças nas crenças dos adolescentes não se reflectiam no seu comportamento, ou seja, as crenças não predizem o comportamento. Segundo Sheeran & Abraham (1996, cit. por Horne & Weinman, 1998), o MCS falha em não incluir a intenção entre a crença e o comportamento e em não especificar a relação entre os factores sociais, como o desejo de ter a aprovação dos outros, e os comportamentos relacionados com a saúde.

Ogden (1999) apresenta outras críticas como: a focalização no processamento racional da informação (aderir a comportamentos é determinado pelos prós e contras?); a ênfase no individual (qual o papel do meio social e económico?); a ausência de um papel para os factores emocionais como a negação e o medo; a não explicitação da relação entre as variáveis, entre outras.

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

Figura 1 – Modelo de Crenças de saúde (Adaptado de Bennet & Murphy, 1999, p. 53).



1.3.2. Teoria da acção racional

A teoria da acção racional (TAR) foi desenvolvida por Fishbein & Ajzen em 1975 (Stroebe & Stroebe, 1995), no sentido de explicar a relação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos (Berlant & Pruitt, 2003). É um dos modelos de comportamento mais gerais da psicologia social; no entanto, tem sido utilizada com sucesso na previsão de comportamentos relacionados com a saúde (Stroebe & Stroebe, 1995). Brannon & Feist (1996), inclusivamente referem estudos sobre esta teoria que parecem demonstrar o seu valor preditivo na adesão a recomendações médicas.

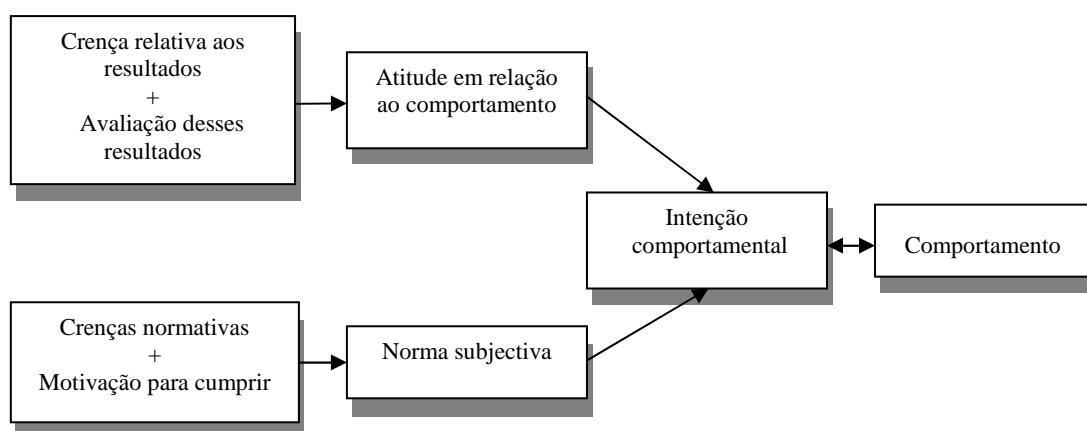
A TAR assume que o determinante primário do comportamento da pessoa é a intenção de praticar esse mesmo comportamento. A intenção precede e prediz os comportamentos (Horne & Weinman, 1998). Por sua vez, as intenções comportamentais são determinadas pelas atitudes das pessoas relativas a esses comportamentos e pelas

normas subjectivas. As atitudes face ao comportamento são definidas como o produto das crenças subjectivas sobre o possível resultado (crença relativa ao resultado) – por exemplo, seguir a recomendação do médico para usar a insulina vai manter a minha diabetes controlada – e o valor percebido do mesmo (avaliação dos resultados) – por exemplo, manter a diabetes controlada é importante para mim (Horne & Weinman, 1998). Os mesmos autores referem que as normas subjectivas dependem das crenças de pessoas significativas sobre o comportamento (crenças normativas) – por exemplo, o meu companheiro quer que eu siga a recomendação – e da motivação para aderir ao comportamento (motivação para cumprir) – por exemplo, eu quero agradar o meu companheiro, seguindo a recomendação.

De acordo com a TAR, a eficácia de estratégias com o objectivo de modificar comportamentos de saúde, depende do sucesso em mudar as atitudes relativas ao comportamento específico e às normas subjectivas relevantes (Stroebe & Stroebe, 1995). Os autores referenciados consideram que as atitudes podem ser modificadas, persuadindo as pessoas de que o seu comportamento actual as coloca em risco, e que esse risco pode ser diminuído com a mudança comportamental.

Segundo Stroebe & Stroebe (1995), apesar do sucesso do modelo no que concerne à previsão de intenções e comportamentos, este não inclui outros factores que afectam a acção relacionada com a saúde, como o comportamento passado.

Figura 2 – Teoria da Acção Racional (Adaptado de Ogden, 1999, p. 46).



1.3.3. Teoria do comportamento planeado

Segundo Ogden (1999), a teoria do comportamento planeado (TCP) foi desenvolvida por Ajzen e colaboradores, em 1985, como resultado duma evolução da TAR. O objectivo desta teoria foi o de colmatar uma fraqueza associada à TAR: a noção de que todas as pessoas possuem os recursos e as aptidões necessárias à prática da acção desejada (Bennet & Murphy, 1999). Assim, foi acrescentada a dimensão do controlo percebido sobre o comportamento, que reflecte a capacidade percebida da pessoa para praticar o comportamento desejado, ou seja, a crença de poder implementar tal comportamento. Stroebe & Stroebe (1995, p.57) referem que este conceito é muito semelhante ao conceito da auto-eficácia “*que reflecte o julgamento das pessoas relativamente à sua capacidade para executar certas acções necessárias, a fim de atingir os níveis de desempenho pretendidos*”.

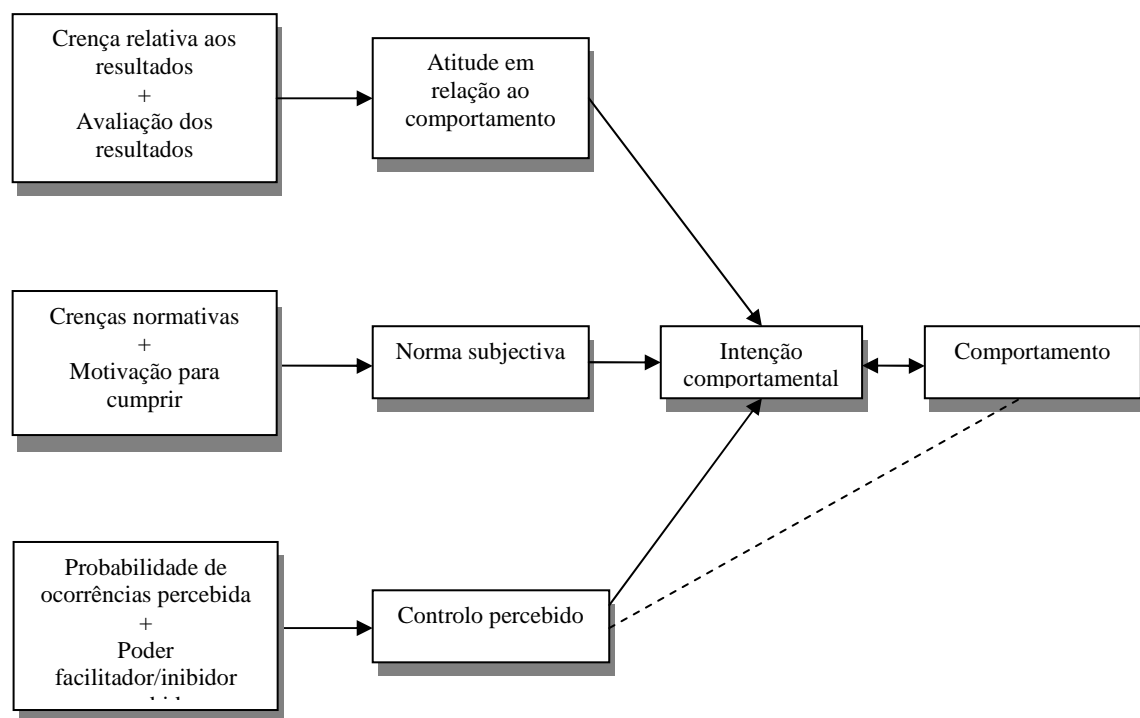
De acordo com Bennet & Murphy (1999), essa capacidade é facilitada ou inibida por factores de controlo internos (aptidões, informação, entre outros), que no seu conjunto são conhecidos como “*força de vontade*” (Stroebe & Stroebe, 1995) ou externos (inclui as oportunidades e a dependência relativamente aos outros). À luz desta teoria, as intenções comportamentais que antecedem o comportamento dependem então do controlo percebido, das atitudes e da norma subjectiva (Horne & Weinman, 1998). Quando aplicada a comportamentos como o consumo do álcool, a TCP faria as seguintes predições: se a pessoa acreditasse que a redução do consumo de álcool traria benefícios na sua saúde, tornando a sua vida mais produtiva (atitude para com o comportamento); acreditasse que as pessoas significativas queriam que ela diminuísse o consumo (crenças subjectivas); e acreditasse ainda que, tendo em conta a avaliação dos factores de controlo interno e externo, ela era capaz de reduzir o consumo, isso permitiria predizer a forte intenção de reduzir o consumo do álcool (Ogden, 1999).

Horne & Weinman (1998) fazem referência a estudos, nos quais alguns componentes da TAR e da TCP demonstraram ser úteis para predizer a adesão ao regime farmacológico prescrito para o tratamento de infecções do tracto urinário, desordens afectivas bipolares e hipertensão.

Bennet & Murphy (1999) reconhecem algumas críticas ao modelo, que se prendem com

alguma incapacidade deste em considerar certos factores, como as variáveis contextuais, que podem igualmente influenciar a tomada de decisão. No contexto do uso de preservativos pelos adolescentes e jovens adultos, Abraham e colaboradores (1995, cit. por Bennet & Murphy, 1999) relatam um exemplo de como as intenções podem não se repercutir em acções. As intenções comportamentais do uso do preservativo das jovens não se traduziram em acções, uma vez que com frequência estas eram excluídas da negociação sexual. Sarafino (2002) acrescenta como crítica ao modelo o facto deste não incluir o papel importante de experiências passadas da pessoa com o comportamento, citando estudos que demonstram que antecedentes pessoais de determinado comportamento de saúde são um forte preditor da prática futura desse comportamento.

Figura 3 – Teoria do Comportamento Planeado (Adaptado de Bennet & Murphy, 1999, p. 51).



1.3.4. Modelo transteórico de mudança do comportamento

Prochaska & DiClemente (1982) desenvolveram este modelo fruto de uma síntese de 18 terapias que descreviam os processos envolvidos na implementação e manutenção da mudança (cit. por Ogden, 1999). O modelo propõe uma estrutura de “*estados de*

mudança” baseada em cinco estádios:

- 1- **Pré-contemplação** – Neste estádio, a pessoa não considera fazer qualquer mudança. A pessoa pode ter decidido contra a mudança ou simplesmente nunca pensou sobre ela.
- 2- **Contemplação** – Durante este estádio, a pessoa está ciente de que o problema existe e considera a possibilidade de mudança.
- 3- **Preparação** – Neste estádio, a pessoa inicia pequenas mudanças.
- 4- **Acção** – A pessoa empenha-se activamente num novo comportamento.
- 5- **Manutenção** – Neste estádio a pessoa trabalha no sentido de manter a mudança ao longo do tempo (Ogden, 1999).

Este conjunto de estádios sucessivos não tem de ocorrer de forma linear (do estádio 1 para o 5), o modelo descreve a mudança comportamental como sendo dinâmica. É possível que a pessoa se situe em determinado estádio e que retorne a estádios anteriores antes de progredir para os superiores. Mesmo após atingir o estádio de manutenção, é possível regredir. O modelo também considera os custos e os benefícios de um comportamento específico. Segundo Ogden (1999), os autores afirmam que as pessoas se centram tanto nos custos como nos benefícios de um comportamento, independentemente do estádio de mudança em que se encontram.

1.3.5. Locus de controlo de saúde

A noção de *locus* de controlo, formulada por Rotter a partir da teoria da aprendizagem social e operacionalizada em 1966 (Horne & Weinman, 1998) reflecte as percepções da pessoa sobre a eficácia das suas acções no controlo da sua saúde (Bennet & Murphy, 1999). A pessoa pode acreditar que os acontecimentos resultam das suas acções, e neste sentido estão sobre o seu controlo (*locus* de controlo interno), ou que as situações não se relacionam com as suas acções, sendo controladas por outros factores (*locus* de controlo externo).

Este conceito de *locus* de controlo foi aplicado na saúde por Wallston e colaboradores

(1978, cit. por Bennet & Murphy, 1999), que identificaram três dimensões do controlo percebido que influenciam o comportamento. Se a pessoa encara a sua saúde como algo que depende maioritariamente do seu controlo, é provável que pratique comportamentos de manutenção da saúde. Se acredita que a saúde é independente do seu comportamento, é mais provável que se envolva em comportamentos prejudiciais para a saúde. As crenças em autoridades externas com potencial de influenciar a saúde são mais difíceis de prever, valores elevados tanto podem indicar uma alta receptividade às recomendações, como uma forte crença no potencial do médico para curar a doença, com conseqüente negligência das recomendações de promoção da saúde. Assim, a ideia principal deste modelo é a de que as pessoas têm maior probabilidade de aderirem a comportamentos de saúde se atribuírem mais valor à sua saúde e se percepcionarem um maior controlo sobre ela (*locus* de controlo interno) (Bennet & Murphy, 1999).

Estudos empíricos com o propósito de investigar a relação entre as crenças do *locus* de controlo da saúde e a adesão são inconclusivos, alguns não encontraram relação, enquanto que os que encontraram alguma relação relatam a pouca consistência no tipo de controlo associado com a adesão (Horne & Weinman, 1998).

As teorias de cognição social expostas descrevem pelo menos alguns dos processos implicados na decisão comportamental relacionada com a saúde, ou seja, permitem uma compreensão parcial desses processos cognitivos. Juntas fornecem uma fundamentação teórica para algumas iniciativas importantes de promoção da saúde, dirigidas quer à pessoa quer à comunidade (Bennet & Murphy, 1999). Na prática, os princípios comportamentais podem ser utilizados para planear intervenções que tenham o potencial de influenciar os comportamentos e assim facilitar a adesão terapêutica (Berlant & Pruitt, 2003).

Apesar da sua importância, Bennet & Murphy (1999) referem que, individualmente, os modelos descritos apenas explicam 20% a 30% do grau de variação nos comportamentos de saúde, pelo que ainda falta percorrer algum caminho para que seja possível obter uma compreensão mais aprofundada desses processos.

Horne & Weinman (1998) e Sarafino (2002) reconhecem limitações dos modelos sócio-cognitivos, relacionadas com a dificuldade de explicarem comportamentos de saúde que

são aparentemente irracionais, como a não procura de tratamento perante um tumor visível e de grandes dimensões. Por outro lado, investigações sobre os comportamentos de saúde demonstraram que o comportamento futuro é mais facilmente previsível por comportamentos passados que por cognições.

Na tentativa de explicar a interacção dinâmica entre cognições, motivação e comportamento, Leventhal e colaboradores desenvolveram a teoria da auto-regulação como uma estrutura para a compreensão do comportamento na doença (Horne & Weinman, 1998).

1.3.6. Modelo da auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal

Leventhal (cit. por Ogden, 1999, p.56) incorporou o seu modelo de cognições de doença, definidas como “*crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças*”, num de comportamento de doença, no sentido de analisar a relação entre a representação cognitiva da doença (o sentido que dá à doença) da pessoa e o seu consequente comportamento de *coping*. Desta união resultou o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal.

O modelo da auto-regulação (MAR) emergiu de investigações prévias sobre o impacto das mensagens de medo nos comportamentos preventivos de saúde. Estas demonstraram que, apesar da ameaça (através de mensagens que induzam medo) ser, por vezes, necessária para motivar as pessoas a adoptarem comportamentos preventivos (por exemplo: vacinação, cessação dos hábitos tabágicos), por si só, afigura-se como insuficiente (Horne & Weinman, 1998). Para que a mudança comportamental ocorra, é necessário adicionar à ameaça um plano de acção, através do fornecimento de instruções claras que facilitem o sucesso das acções, ajudando a pessoa a incorporá-las na sua vida diária.

De acordo com este modelo, que se baseia em modelos de resolução de problemas, a pessoa, como agente activo, assume um papel fulcral na resolução dos seus problemas. A ameaça à saúde e ou a doença (encaradas como problemas) motivam a pessoa para empreender acções que visem o restabelecer do estado de normalidade (Ogden, 1999). “*Patients respond to illness in a dynamic way based on their interpretation and*

evaluation of the illness” (Horne & Weinman, 1998, p.37), pelo que a escolha de determinada acção (por exemplo, tomar ou não tomar a medicação) depende do facto de essa acção fazer ou não sentido, segundo a sua perspectiva sobre a doença e os sintomas a ela associados. Neste sentido, a adesão/não adesão pode ser interpretada como um dos comportamentos adoptados para enfrentar a doença tal como esta é percebida (Ibidem).

Este modelo assume a existência de três fases de resposta à doença, que ocorrem em paralelo a um nível cognitivo e emocional, numa interacção dinâmica entre o processo de representação, *coping* e avaliação (Horne & Weinman, 1998):

- 1- Representação cognitiva da ameaça à saúde ou interpretação;
- 2- Desenvolvimento e implementação de um plano de acção ou *coping*;
- 3- Avaliação do resultado do plano de acção ou ponderação.

Ogden (1999) refere que as fases do MAR podem ser aplicadas à saúde da seguinte forma:

Fase 1: Representação cognitiva da ameaça à saúde ou interpretação – Ao ser confrontada com sinais internos (experiência de um sintoma) ou externos (mensagens sociais ou informação) de uma provável doença, a pessoa atribuirá sentido ao problema de acordo com as suas cognições acerca dessa doença. Estes estímulos contribuem para o desenvolvimento dessas mesmas cognições de doença, construídas de acordo com várias dimensões: identidade, causa, consequências, evolução e cura/controlo. As representações cognitivas do problema e o sentido que lhe é atribuído contribuem para o desenvolvimento de estratégias adequadas de *coping*. Por outro lado, a identificação do problema de doença provocará alterações no estado emocional, pelo que as estratégias de *coping* relacionam-se tanto com as cognições de doença como com o estado emocional da pessoa.

Fase 2: Desenvolvimento e implementação de um plano de acção ou *coping* – Nesta fase, a pessoa identifica e desenvolve estratégias de *coping*, para enfrentar a doença, que podem ser agrupadas em duas categorias: *coping de aproximação* (como procurar aconselhamento por técnicos qualificados, apoio social) e *coping de evitamento*

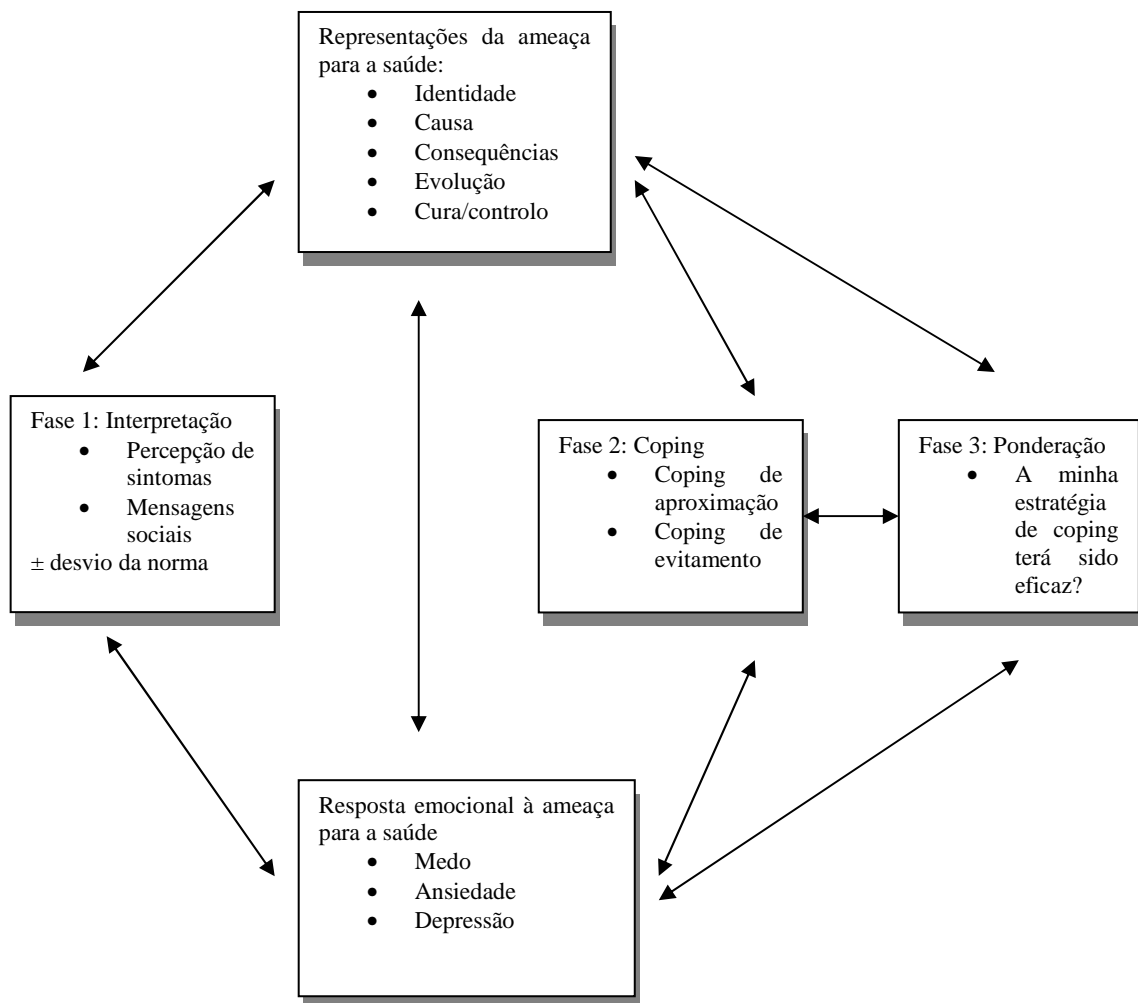
(negação).

Fase 3: Avaliação do resultado do plano de acção ou ponderação – Nesta fase, é avaliada pela pessoa a eficácia da estratégia de *coping* adoptada, ponderando a continuação desta ou, pelo contrário, a adopção de uma estratégia alternativa.

Segundo Horne & Weinman (1998) o facto destes processos – cognitivo e emocional – ocorrerem em paralelo, pode ser uma mais valia na explicação de respostas, aparentemente irracionais, a ameaças de doenças. Os mesmos autores referem que existe suporte empírico que sustenta a utilidade deste modelo em explicar as decisões de adesão, nomeadamente a adesão à medicação dos hipertensos (Meyer et al., 1985, cit. por Horne & Weinman, 1998). Apesar dos argumentos válidos para o estudo das cognições da doença como determinantes da adesão ao tratamento, poucos estudos utilizaram esta abordagem, talvez pela complexidade deste modelo que dificulta a operacionalização.

Em consonância com os modelos sócio-cognitivos, o MAR tenta focar a representação cognitiva da ameaça à saúde do indivíduo como um factor determinante nas variações dos comportamentos (Horne & Weinman, 1998). Contudo, estes modelos diferem na ênfase que o modelo da auto-regulação atribui aos processos de *coping* e ao feedback resultante das cognições, emoção e comportamento (Ibidem).

Figura 4 – Modelo de auto-regulação do comportamento da doença de Leventhal (Adaptado de Ogden, 1999, p.61).



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

1.3.7. Modelo da hipótese cognitiva da adesão

Desenvolvido por Ley (1981 e 1989, cit. por Ogden, 1999), este modelo defende que a adesão se pode prever através da combinação de três variáveis: a satisfação do doente relativamente à consulta, a compreensão da informação transmitida e a capacidade de memorizar essa informação.

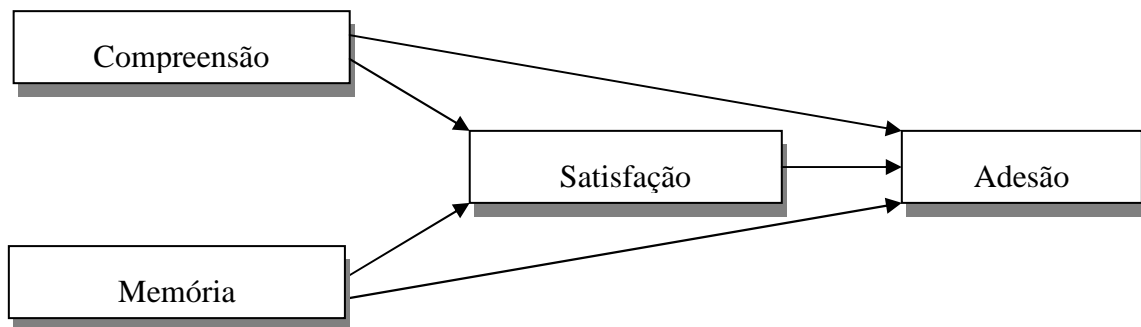
No que concerne à satisfação dos doentes, estudos conduzidos por Ley (1988) concluíram que esta resultava de diversos componentes da consulta, nomeadamente os aspectos afectivos, os aspectos comportamentais e os aspectos relacionados com a competência do técnico (cit. por Ogden, 1999). Relativamente aos aspectos afectivos, o autor refere-se à compreensão que é demonstrada ao doente e ao apoio emocional que lhe é dispensado. Os aspectos comportamentais referem-se à prescrição efectuada e às explicações adequadas acerca da mesma. A competência do profissional de saúde é uma avaliação subjectiva, efectuada pelo doente a partir do diagnóstico e do encaminhamento da situação. Ley (1989, p.85) também considerou como importante para a satisfação o conteúdo da consulta, afirmando que “*os doentes querem receber tanta informação quanto possível, mesmo que se trate de más notícias*”.

A compreensão da informação transmitida na consulta, acerca da doença, etiologia, gravidade, localização correcta do órgão envolvido e tratamento, parece influenciar a adesão. Se na consulta é sugerido determinado regime terapêutico sem que o doente perceba as causas da sua doença, a localização correcta do órgão afectado ou o regime terapêutico, então esta falta de compreensão irá afectar provavelmente a adesão às indicações.

A adesão é ainda influenciada pela capacidade de recordar as indicações fornecidas durante a consulta. Ley (1989) considera que a capacidade mnésica do doente não é influenciada pela idade, mas por uma multiplicidade de factores como: a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual, bem como o número de afirmações feitas pelo médico e o efeito da primazia (os doentes têm tendência a recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar) (cit. por Ogden, 1999).

Segundo este modelo, pode-se promover a adesão do doente ao regime terapêutico através da comunicação que com ele se estabelece (Camarneiro, 2002).

Figura 5 – Modelo da hipótese cognitiva da adesão (Adaptado de Ogden, 1999, p.84).



1.3.8. Modelo da adesão (adherence)

Desenvolvido por Stanton (1987, cit. por Ogden, 1999), este modelo introduziu a alteração do termo obediência (*compliance*) por adesão (*adherence*), numa tentativa de afastar a visão tradicional do médico como profissional que decide perante um doente passivo. Tal como o modelo da hipótese cognitiva de Ley, o modelo da adesão sugere que a comunicação do técnico de saúde aumenta o conhecimento do doente, a satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao regime recomendado. Um aspecto que o diferencia do modelo anterior é a inclusão de aspectos do próprio doente (apoio social sentido, *locus* de controlo do doente e crenças sobre a rotura no estilo de vida provocada pela adesão) e da sua interacção com o profissional de saúde; no entanto, estes modelos partem do princípio que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são objectivas, baseadas em conhecimento que advém da sua formação, não sofrendo influência das suas próprias crenças de saúde. O doente, esse é considerado leigo mas com crenças e perspectivas individuais que necessitam de ser consideradas pelo médico aquando do estabelecimento da comunicação (Ogden, 1999).

Apesar dos modelos expostos contribuírem para uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos na adesão, é necessário mais conhecimento que permita que os profissionais de saúde saibam “quando” e “como” devem intervir para facilitar a adesão ao regime terapêutico.

1.4. Adesão terapêutica e Hipertensão

Apesar de se encontrarem disponíveis tratamentos eficazes para a hipertensão, estudos demonstram que em muitos países só 20 a 50% dos doentes em tratamento alcançam valores de PA controlados (Kearney et al., 2004) e menos de 25% atingem valores de PA óptimos (Burt et al., 1995, cit. por WHO, 2003b). Não obstante esta ausência de controlo da HTA ser um problema de causa multifactorial, a adesão da pessoa ao regime terapêutico é um factor determinante para o sucesso do tratamento anti-hipertensor (Williams, 1998; Costa, 1996, cit. por Marta & Falcão, 1999). A baixa adesão ao tratamento foi identificada como a principal causa da falha do controlo da hipertensão (WHO, 2003b; Thrall et al., 2004). Estimativas recentes sugerem que a baixa adesão ao regime terapêutico contribui para que não se consiga atingir um controlo efectivo da pressão arterial em mais de dois terços da população hipertensa (JNC VI, 1997, cit. por WHO, 2003b). Por sua vez, a adesão às recomendações, para a gestão e prevenção primária da hipertensão, permite melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações, bem como diminuir a mortalidade e a morbilidade associadas às consequências da doença (Kingas & Lahdenpera, 1999; Lahdenpera & Kingas, 2000). Assim, promover a adesão é uma forma de atingir este objectivo e de simultaneamente reduzir os custos associados ao tratamento.

Relativamente à dimensão do problema em análise, a literatura aponta que cerca de 50% das pessoas com hipertensão não aderem ao regime terapêutico (Turk & Meichenbaun, 1991; Ogden, 1999; Hamilton et al., 1993, cit. por Gidron, 1998). A WHO (2003b) cita dados específicos de alguns países como a China, a Gâmbia e as Seicheles onde, respectivamente, só 43%, 27% e 26% dos doentes com hipertensão aderem ao regime farmacológico anti-hipertensivo. Nos Estados Unidos, os valores são superiores: cerca de 51%. Importa contudo salientar que a persistência à terapia anti-hipertensiva diminui nos primeiros seis meses após o início do tratamento e continua a decrescer nos quatro anos seguintes (Caro et al., 1999).

A eficácia da modificação dos estilos de vida na diminuição dos valores de pressão arterial está largamente documentada; contudo, existe pouca informação acerca da adesão dos doentes a estas recomendações. Lahdenpera & Kingas (2000) referem no

entanto, que alguns estudos têm concluído que os índices de adesão ao regime medicamentoso são superiores aos do regime não farmacológico. Quando se pretende a adopção de estilos de vida saudáveis, componente indispensável da terapêutica de todas as pessoas com hipertensão arterial, a adesão tende a diminuir. A WHO (2003b) refere que a maior parte dos problemas relacionados com a adesão ao regime de tratamento não farmacológico são correntemente assumidos como sendo similares aos relatados na adesão aos medicamentos anti-hipertensores; contudo, sublinha que esta é uma área que necessita de mais investigação. A mesma fonte aponta ainda algumas áreas importantes no domínio da adesão ao regime terapêutico na hipertensão, que carecem de mais investigação, como por exemplo, o desenvolvimento de instrumentos de medida válidos e fiáveis para obter informação acerca dos determinantes da adesão.

A literatura aponta vários factores que poderão estar relacionados com a não adesão ao regime terapêutico anti-hipertensor, tais como: não-aceitação do estado de saúde pelo cariz assintomático da doença, incompreensão da patologia ou do tratamento, falta de envolvimento do doente no plano terapêutico, ou inclusive a ocorrência de efeitos secundários indesejáveis associados ao tratamento farmacológico (Chobanian, 2003). Kjellgren et al. (1995, cit. por Gidron, 1998), numa revisão de vários estudos sobre adesão à medicação anti-hipertensiva, sugerem que os factores psicossociais afectam mais a adesão na hipertensão do que os factores sócio-demográficos. Entre estes factores psicossociais, encontram-se os sentimentos hostis, *locus* de controlo, a percepção da pessoa sobre a duração da doença e do tratamento, as crenças da pessoa sobre a medicação e a satisfação com o tratamento. No estudo conduzido por Benson & Britten (2002), as razões enunciadas pelos doentes para aderirem à medicação anti-hipertensiva foram as experiências positivas com os respectivos médicos e a percepção dos benefícios da medicação.

A complexidade do regime terapêutico, a necessidade de o manter para o resto da vida e o custo dos medicamentos são barreiras adicionais que devem ser minimizadas para se atingir o pretendido controlo da PA. A simplificação do regime medicamentoso, através da utilização de associações de fármacos anti-hipertensores num único comprimido, é uma estratégia que se tem revelado benéfica para promover a adesão e a sua manutenção ao longo do tempo. Um estudo conduzido por Denzii (2000a) concluiu que,

ao fim de doze meses, a percentagem de doentes que se mantinham em tratamento com uma associação de fármacos no mesmo comprimido era substancialmente maior do que os doentes cuja prescrição incluía a toma separada de dois anti-hipertensores. A tabela 2 sintetiza os factores que afectam a adesão ao tratamento nas pessoas com hipertensão.

Tabela 2 – Factores que afectam a adesão ao tratamento nas pessoas com hipertensão e intervenções para a melhorar (Adaptado de WHO, 2003b, p.111)

Hipertensão	Factores que afectam a adesão	Intervenções para melhorar a adesão
Factores sócio-económicos	(-) Classes sócio-económicas desfavorecidas; iliteracia; desemprego; fornecimento limitado de medicamentos; custo elevado da medicação	Preparação da família; Seguros de saúde; fornecimento ininterrupto dos medicamentos, finanças sustentáveis; preços acessíveis e sistemas de fornecimento fiáveis
Factores relacionados com a equipa prestadora de cuidados de saúde e com o sistema de saúde	(-) Falta de conhecimento e de treino dos profissionais de saúde na gestão das doenças crónicas; relação inadequada entre o prestador de cuidados de saúde e o doente; falta de conhecimento e tempo inadequado de consulta; falta de incentivos e de avaliação do desempenho (+) Boa relação entre doente/profissional de saúde	Educar e treinar os doentes a usar os medicamentos; boa relação entre doente e profissional de saúde; monitorização contínua e reavaliação do tratamento; monitorizar a adesão; assistência e atitude não julgadora; disponibilidade imediata e ininterrupta de informação; treino na capacidade de comunicação; distribuição, fornecimento e gestão apropriada dos medicamentos; farmacêuticos: desenvolvimento de fármacos com melhor perfil de segurança; farmacêuticos: participação em programas de educação dos doentes e desenvolvimento de instrumentos para medir a adesão dos doentes
Factores relacionados com a condição	(+) Compreensão e percepções acerca da hipertensão	Educação no uso dos medicamentos
Factores relacionados com a terapia	(-) regimes terapêuticos complexos; duração do tratamento; baixa tolerância ao medicamento; efeitos adversos do tratamento (+) Monoterapia com horários simples de toma dos medicamentos; diminuição do número de tomas; poucas alterações na medicação anti-hipertensivas; novas classes de medicamentos: antagonistas dos receptores da angiotensina II, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio	Simplificação dos regimes de tratamento
Factores relacionados com o doente	(-) conhecimentos e competências inadequadas na gestão dos sintomas e tratamento da doença; não percepção dos custos e benefícios do tratamento; não-aceitação da monitorização (+) Percepção do risco de saúde relacionado com a doença; participação activa na monitorização; participação na gestão da doença	Intervenções comportamentais e motivadoras; boa relação entre doente e profissional de saúde; auto-gestão da doença e do tratamento; auto-gestão dos efeitos secundários; auxiliares de memória e lembranças

(+) Factores que têm um efeito positivo na adesão; (-) factores que têm um efeito negativo na adesão.

De facto, é necessário um esforço considerável por parte das pessoas com hipertensão para aderirem às modificações de estilo de vida, ao regime medicamentoso recomendado, bem como à auto-vigilância. A ausência de sintomas pode não estimular a percepção de uma ameaça à saúde, pelo que a adesão ao tratamento pode não ser entendida como uma necessidade.

Neste contexto, os modelos comportamentais sugerem que o regime terapêutico mais eficaz só será percussor do controlo tensional, se os doentes estiverem motivados para tomar a medicação prescrita e aderir às alterações do estilo de vida (Chobanian et al., 2003). Uma estratégia centrada no doente, com objectivos tensionais fixados de mútuo acordo bem como estimativa temporal para se atingir esses objectivos, afigura-se como promotora da adesão pelo envolvimento do doente no plano terapêutico (Ibidem). Nesta perspectiva, a participação dos doentes no controlo da sua pressão arterial deve ser incentivada. Cada doente deve ser encorajado a incorporar as recomendações na sua rotina diária, adoptando estratégias com vista a evitar erros e omissões. Por outro lado, o doente deve ser alertado sobre a importância da terapêutica e da auto-monitorização dos efeitos da terapêutica através da medição regular da PA, na medida que a auto-monitorização da PA também se pode constituir como um factor promotor de comportamentos de adesão (Chobanian et al., 2003; Ramalhinho & Cabrita, 1998).

De facto, a importância da auto-monitorização da PA no domicílio e a sua influência no controlo da PA tem sido pretexto de debate na comunidade científica. Ao permitir a obtenção de informação acerca da resposta à medicação anti-hipertensiva, pode promover a adesão da pessoa à terapêutica e assim contribuir para um melhor controlo da pressão arterial (American Heart Association, 2003, cit. por Chobanian et al., 2003; Gidron, 1998). A auto-monitorização da PA é uma estratégia poderosa que permite ao doente obter feedback do seu comportamento de adesão, reforça a adesão bem sucedida e fornece um sentido de responsabilidade e de controlo. Vários estudos suportam estas premissas. Uma meta-análise de 18 estudos clínicos controlados e randomizados concluiu que o envolvimento dos doentes na auto-monitorização da PA resulta num melhor controlo da mesma, quando comparado com as situações em que a sua monitorização ocorre exclusivamente nas instituições de saúde (Cappuccio et al., 2004). Este estudo demonstrou que, nos doentes que monitorizavam a PA em casa, a PAS era

em média 4,2 mmHg mais baixa e a PAD 2,4 mmHg. Apesar da diferença de valores da PA entre os dois métodos ser pequena, os autores afirmam que provavelmente contribuem para uma importante redução das complicações vasculares na população hipertensa.

O envolvimento dos doentes na monitorização da sua pressão arterial pode ser um factor desencadeador de melhores índices de adesão, co-adjuvando uma gestão mais efectiva da hipertensão (Cappuccio et al., 2004).

Capítulo 2: Enquadramento Metodológico

Ao longo deste capítulo debruçamo-nos sobre as decisões metodológicas adoptadas na realização desta investigação. Iniciamos com a justificação e com os objectivos do estudo, faremos depois referência à sua finalidade e perguntas de investigação, ao desenho do estudo, à população e amostra, à técnica de recolha de dados, aos procedimentos adoptados durante a fase empírica e finalmente à análise estatística.

2.1. Justificação do estudo

Qualquer investigação se inicia com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador ou para a disciplina, que posteriormente se transpõe para uma questão de investigação que poderá ser estudada (Fortin, 1999). Assim, e como na fase inicial deste percurso fomos confrontados com várias opções de pesquisas, que se configuravam como um contributo para a disciplina bem como para o nosso desenvolvimento e satisfação pessoal, foi necessário decidir por um desses possíveis caminhos. Tendo em conta vários pressupostos, que seguidamente enunciaremos, a nossa decisão recaiu sobre um foco de atenção dos enfermeiros, ou seja, sobre uma *“área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional de enfermagem”* (ICN, 2000, p. xiii), mais especificamente, a adesão ao regime terapêutico. Numa tentativa de circunscrever o nosso estudo, delimitámos este foco de atenção às pessoas com hipertensão arterial, pela preocupação que esta patologia e suas repercussões têm gerado em torno daqueles que mais de perto convivem com ela.

Passámos então a referir os motivos que nortearam a decisão por este estudo e que justificam a pertinência do mesmo.

O problema da hipertensão arterial em Portugal coloca-se em relação à grande prevalência de AVC no nosso país. O AVC é a principal causa de morte e de doença incapacitante a nível nacional. Na realidade, Portugal é um dos países da União Europeia que apresenta uma das mais elevadas taxas de mortalidade por AVC, favorecida pela alta prevalência da hipertensão na nossa sociedade. Efectivamente, comparando as taxas mais recentes disponibilizadas pela OMS, e com excepção de alguns países do Leste Europeu, Portugal destaca-se com valores de mortalidade por AVC duas vezes superiores aos encontrados para a Espanha e três vezes superiores aos da França (WHO, 2005). Se alguns dos factores de risco, como a idade, o sexo e o genoma, são de carácter definitivo e não modificáveis, outros há cuja modificação permite alterar o curso das doenças e reduzir a respectiva mortalidade e morbilidade. A hipertensão arterial é o factor de risco mais modificável do AVC: por cada dez pessoas que morrem por AVC, quatro poderiam ser salvas se a sua pressão arterial fosse controlada (Mackay & Mensah, 2004).

A hipertensão arterial constitui-se como uma das afecções mais comuns do mundo moderno. Mais de quatro milhões de portugueses são hipertensos, pelo que a hipertensão é uma doença muito frequente na população portuguesa, representando muito provavelmente o maior problema de saúde pública no País. A elevada taxa de prevalência da doença no nosso país justifica que sejam adoptadas medidas que propiciem um controlo efectivo da mesma. A relevância desta problemática é ainda mais evidente, devido ao aumento da longevidade e ao envelhecimento da população. Acrescem as mudanças verificadas nos estilos de vida dos portugueses, que também contribuem para o aumento da incidência da doença. As recentes mudanças alimentares, com o abandono da nossa tradicional dieta mediterrânica, revelam um aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares, os quais favorecem a obesidade e, conseqüentemente, a hipertensão. O aumento do consumo de tabaco e álcool em faixas etárias cada vez mais jovens, e a falta da actividade física regular, também se constituem como factores concorrentes para esta realidade; no entanto, e apesar de se encontrarem disponíveis terapêuticas eficazes para a hipertensão e de existirem

evidências suficientes sobre o benefício do tratamento, a OMS cita estudos que demonstram que, em muitos países, menos de 25% dos doentes em tratamento alcançam níveis óptimos de pressão arterial. A baixa adesão ao regime terapêutico foi identificada como sendo a principal causa da falha no controlo da hipertensão (WHO, 2003a). Por sua vez, bons níveis de adesão associam-se a um controlo efectivo da pressão arterial, reduzindo as complicações associadas à doença (Ibidem).

O facto de vários estudos mundiais apontarem a baixa adesão dos doentes ao regime terapêutico prescrito como uma causa *major* da dificuldade de controlo da doença, justifica a necessidade de se investigar nesta área. Considerando a importância do regime terapêutico no controlo da hipertensão e os consequentes riscos da não adesão, importa desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão às terapêuticas recomendadas. Os custos e os riscos clínicos associados à não adesão justificam todos os esforços empreendidos que pretendam melhorar a adesão. Neste sentido, os profissionais de saúde devem concentrar-se na identificação dos doentes que não demonstrem comportamentos de adesão e na compreensão dos factores que influenciem esta tomada de decisão, de forma a poderem intervir e alterar este cenário actual.

Avaliar o grau de adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensor nas pessoas com hipertensão tem sido pretexto de muitos estudos. Contudo, constatámos da revisão bibliográfica efectuada que existem poucos estudos cujos objectivos se centrem em avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico prescrito, que incluam as duas vertentes de tratamento: as modificações dos estilos de vida e o tratamento farmacológico.

Pelas razões expostas, consideramos oportuno e pertinente realizar um estudo sobre a adesão ao regime terapêutico e as razões para a não adesão, no sentido de conhecer a magnitude do problema no nosso meio e os factores que o determinam, visando assim contribuir com estratégias que subsidiem as intervenções para o controlo da hipertensão arterial, por via da melhoria da adesão.

Acreditamos que a identificação do nível de conhecimentos dos hipertensos, acerca da doença e das recomendações para a sua gestão, associada a uma maior compreensão das causas que determinam os comportamentos de não adesão, poderá assistir os enfermeiros no planeamento de intervenções que promovam a adesão.

Uma vez justificada a importância e a pertinência do estudo, importa fazer referência aos objectivos que pretendemos atingir com a realização do mesmo.

2.1.1. Objectivos do estudo

Segundo Fortin (1999), os objectivos de um estudo são enunciados declarativos que precisam a orientação da investigação, indicando o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da investigação. Assim, e no contexto desta pesquisa, definimos cinco objectivos gerais:

- Identificar a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial;
- Identificar o nível de conhecimentos dos doentes hipertensos em relação à hipertensão arterial (etiologia e duração, manifestações clínicas, factores de risco, tratamento e consequências);
- Avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico prescrito;
- Relacionar o nível de conhecimento sobre a doença com a adesão ao regime terapêutico;
- Identificar factores não cognitivos que influenciam a não adesão ao regime terapêutico.

2.2. Finalidade do estudo

Como já tivemos oportunidade de referir, a não adesão impede que a pessoa possa usufruir dos benefícios clínicos de determinado regime terapêutico que é o mais indicado para a sua condição. Neste sentido, consideramos que a problemática em análise se configura como um pólo prioritário de investigação para as ciências da saúde em geral e para a enfermagem em particular. De facto, a adesão a programas de tratamento é um dos tópicos actuais de interesse para a enfermagem (Polit & Hungler, 1995). Os enfermeiros estão preocupados em investigar as associações que possam existir entre o conhecimento e as experiências prévias ou características psicológicas

das pessoas e o seu grau de adesão a programas terapêuticos (Ibidem). Por um lado, esta preocupação decorre do facto dos enfermeiros se preocuparem com a forma como as pessoas reagem e se adaptam às mudanças no seu modo de vida impostas pela doença; e por outro lado, pelo facto de pretenderem contribuir para a melhoria do estado de saúde das pessoas.

Acreditamos que qualquer contribuição para um melhor conhecimento e compreensão do problema se possa repercutir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois poderá ajudar os profissionais a orientar a sua intervenção.

Neste contexto, este estudo que encetamos tem como finalidade contribuir para que os enfermeiros possam implementar intervenções baseadas em evidência, tendo em vista melhorar a qualidade da assistência centrada no problema da não adesão ao regime terapêutico prescrito.

2.2.1. Perguntas de investigação

Segundo Fortin (1999, p.51), uma questão de investigação “*é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.*” As perguntas de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo a procura de respostas. Assim, e considerando a problemática e a finalidade do estudo, elaborámos um conjunto de perguntas de investigação que nortearam o desenvolvimento da pesquisa:

- Qual o grau de conhecimento das pessoas com hipertensão acerca da doença, nomeadamente etiologia e duração, manifestações clínicas, factores de risco, tratamento e consequências?
- Qual o grau de adesão ao regime terapêutico prescrito?
- Qual a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a adesão ao regime terapêutico?
- Qual a relação entre ter sido recomendado determinado regime terapêutico para o controlo da hipertensão e o nível de adesão terapêutica?

- Qual a relação entre o nível de conhecimentos das pessoas com hipertensão, acerca da doença e o seu nível de adesão ao regime terapêutico prescrito?
- Que factores não cognitivos influenciam a não adesão ao regime terapêutico prescrito?

2.3. Desenho do estudo

Segundo Fortin (1999, p.135), “a escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou definitiva”. Neste sentido, é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo do fenómeno (Fortin, 1999). É então necessário delinear um desenho adequado, segundo se pretenda descrever, explorar um fenómeno, verificar associações, ou estabelecer relações de causalidade.

Neste percurso de investigação, e considerando, por um lado, os objectivos e as questões que orientam a pesquisa e, por outro lado, a finalidade do estudo – “contribuir para que os enfermeiros possam implementar intervenções baseadas em evidência empírica, tendo em vista melhorar a qualidade da assistência centrada no problema da não adesão ao regime terapêutico prescrito” –, pareceu-nos adequado delinear um estudo exploratório e correlacional.

Como refere Polit & Hungler (1995, p. 14), a pesquisa exploratória visa mais do que a observação e a descrição do fenómeno: “a pesquisa exploratória visa explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros factores com os quais ele se relaciona”. É neste contexto que nos posicionamos nesta investigação. Pensamos que, ao explorar o fenómeno em estudo, podemos contribuir para um melhor conhecimento da magnitude do problema no nosso meio.

Contudo, temos outros objectivos que se centram na verificação de associações entre as variáveis, pelo que o estudo também é correlacional. Segundo Fortin (1999, p. 55), “a associação é uma forma particular de relação entre os factores. Associação e correlação significam que os factores variam juntos.” A mesma autora advoga que os estudos de verificação de associações são apropriados quando os factores já foram

descritos e quando “*existe uma boa razão para crer que eles estão associados*” (Idem, p. 54). Contudo, os estudos correlacionais não têm por objectivo estabelecer relações causa-efeito (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995), ainda que a correlação entre variáveis seja forte ou muito forte, esta não é suficiente para corroborar a conclusão de que uma variável tenha causado a outra.

Ainda no âmbito desta pesquisa, consideramos que este estudo também é metodológico, pois elaborámos um instrumento com a finalidade de medir a adesão ao regime terapêutico, as razões da não adesão e os conhecimentos sobre a hipertensão. Segundo Polit & Hungler (1995, p.127), o objectivo da pesquisa metodológica é “*a elaboração de um instrumento confiável, preciso, e utilizável que possa ser empregado por outros investigadores*”.

Uma vez que nesta pesquisa os dados são recolhidos num único momento, o estudo é transversal (Ribeiro, 1999). Não existe uma única forma correcta de compreendermos a complexidade dos fenómenos que se nos deparam. Devido à natureza do fenómeno em estudo, e uma vez que é nosso propósito encontrar regularidades e não exemplaridades, optámos por pautar esta investigação num paradigma quantitativo que, segundo Polit & Hungler (1995, p.18) “*tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana*”.

2.4. População e amostra

Este estudo decorreu no contexto de uma Unidade de Saúde de Matosinhos – Centro de Saúde de Leça da Palmeira –, após ter sido concedida autorização formal para a sua realização, pelo Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (anexo 1).

A opção por uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários prendeu-se com o facto da gestão da hipertensão ocorrer essencialmente nestas instituições (Williams et al., 2004). A escolha específica deste Centro de Saúde foi motivada pelo conhecimento prévio da existência de consultas de hipertensão, agendadas pelo enfermeiro e pelo médico, o que teoricamente facilitaria a recolha de dados. A proximidade do Centro de Saúde, bem como a disponibilidade e o interesse demonstrados pelo estudo por parte do respectivo

director e enfermeiro chefe, também contribuíram para a decisão.

A população de acesso foi constituída pelos doentes hipertensos que frequentavam as consultas de hipertensão do referido Centro de Saúde. Uma vez que não possuímos um conhecimento aprofundado da população em estudo, e porque não está instituída naquela unidade de saúde uma sistemática na marcação de consultas, o método de amostragem utilizado foi a amostragem acidental ou de conveniência. Segundo Fortin (1999), é aceitável a utilização de uma amostra acidental nos estudos exploratórios, que não têm como finalidade a generalização dos resultados. Neste sentido, a nossa opção enquadra-se no tipo de estudo.

A recolha de dados foi efectivada no período de 11 de Novembro de 2004 a 24 de Janeiro de 2005, segundo a disponibilidade temporal do investigador, perfazendo um total de 108 participantes.

Considerámos como critérios de inclusão na amostra: as pessoas aceitarem participar no estudo; terem hipertensão arterial essencial ou secundária diagnosticada no mínimo há um ano; frequentarem a consulta de hipertensão médica ou de enfermagem, independentemente do profissional que a executa; e terem idade igual ou superior a 18 anos.

2.4.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Sexo

No que concerne à distribuição por sexos, a amostra é constituída essencialmente por indivíduos do sexo feminino. Mais especificamente, 66,67% dos participantes são do sexo feminino e 33,33% são do sexo masculino (tabela 3).

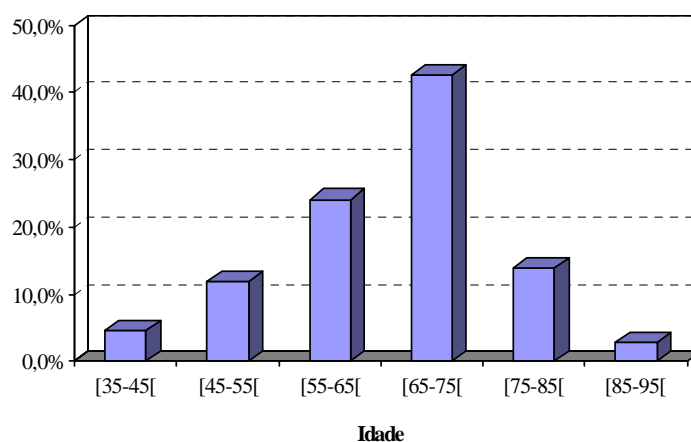
Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes por sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	72	66,67%
Masculino	36	33,33%
Total	108	100,00%

Idade

Os resultados relativos a esta variável mostram que a média de idade é de 64,8 anos, com um desvio padrão de 10,8 anos. O mínimo de idade encontrado foi de 39 anos e o máximo de 87 anos. O grupo etário dos 65 aos 75 anos é o mais representado, correspondendo a 42,6% da totalidade dos participantes. Segue-lhe o grupo dos 55 aos 65 anos, com 24,1%. Apenas 4,6% dos inquiridos têm idade inferior a 45 anos e 2,8% idade superior a 85 anos.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por grupo etário



Escolaridade

Relativamente ao nível de instrução, é de salientar que mais de metade da amostra (50,93%) possui quatro anos de escolaridade, ou seja, concluiu o ensino primário. Importa contudo realçar que a maioria dos inquiridos frequentou a escola por um período igual ou inferior a quatro anos (cerca de 80%) e que só um participante frequentou e concluiu um curso superior. A percentagem de analfabetos é de 12,04%.

Verificámos ainda que a média de anos de escolaridade dos participantes do sexo feminino (3,7) é inferior à do sexo masculino (4,9).

Situação profissional

Quanto à situação profissional, a maioria dos inquiridos referiu não se encontrar no activo devido a reforma ou invalidez (63,89%), desemprego (9,26%) ou outras situações

(6,48%). Os restantes 20,37% referiram ter uma vida profissional activa.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes por situação profissional

Situação Profissional	Nº	%
Trabalhador activo	22	20,37%
Desempregado	10	9,26%
Reformado / Inválido	69	63,89%
Outra	7	6,48%
Total	108	100,00%

Profissão actual ou anterior

Os grupos profissionais com maior representatividade na amostra são os operários, artífices e trabalhadores similares (37,04%), seguidos dos trabalhadores não qualificados (17,59%) e do pessoal dos serviços e vendedores (16,67%). Os grupos menos representados são os especialistas de profissões intelectuais e científicas e os técnicos e profissionais de nível intermédio, ambos com 0,93%. De referir que a percentagem de domésticas é de 10,19%.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes por grupo profissional

Grupo profissional	Nº	%
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	5	4,63%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	0,93%
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	0,93%
Pessoal administrativo e similares	6	5,56%
Pessoal dos serviços e vendedores	18	16,67%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	4	3,70%
Operários, artífices e trabalhadores similares	40	37,04%
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	2,78%
Trabalhadores não qualificados	19	17,59%
Domésticas	11	10,19%
Total	108	100,00%

Componentes do agregado familiar

Relativamente ao agregado familiar, constatámos que a maioria dos inquiridos vive acompanhado. De facto, 37,04% dos participantes referiu viver com o cônjuge ou

companheiro, 27,78 com a família restrita e 12,04% com a família alargada. De realçar que 18,52% dos participantes vive só e que nenhum dos participantes referiu viver num lar.

Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual por tipo de agregado familiar

Agregado Familiar	Nº	%
Vive só	20	18,52%
Vive com o conjugue / companheiro	40	37,04%
Vive com a família restrita	30	27,78%
Vive com a família alargada	13	12,04%
Outro	5	4,63%
Total	108	100,00%

Após conhecido o contexto do estudo, a população, a técnica de amostragem utilizada e os critérios de inclusão na amostra, vamos referir-nos à técnica de recolha de dados.

2.5. Técnica de recolha de dados

Está disponível uma variedade de métodos de medidas para uso clínico, que têm como propósito avaliar os índices de adesão terapêutica. Estes incluem auto-relato, estimativas dos profissionais, medidas biológicas e electrónicas, contagem de comprimidos, entre outros.

Segundo Lahdenpera & Kingas (2000), o melhor método para avaliar a adesão nos doentes hipertensos seria a observação; no entanto, este método reveste-se de dificuldade, pois os doentes vivem nas suas residências e o tratamento da hipertensão é parte integrante da sua vida diária.

Face a esta dificuldade, o método mais utilizado pela comunidade científica é o auto-relato do doente, que é utilizado como único método em 44% dos estudos e em cerca de 23% dos estudos em conjunto com outros métodos (Caron, 1985, cit. por Ley, 1997).

Para efeitos desta investigação, optámos por utilizar o método de auto-relato para avaliar a adesão aos diferentes componentes do regime terapêutico, bem como causas de não adesão, recomendações para o tratamento da hipertensão e conhecimentos sobre a

doença. Esta decisão baseou-se em várias premissas. Por um lado, esta é a forma de avaliar a adesão que é utilizada com mais frequência nos estudos, a qual pode ser explicada pela facilidade de administração e pelo baixo custo. Por outro lado, e segundo alguns autores, como Piñeiro et al. (1997), a informação sobre a doença e a comunicação da não adesão são os métodos indirectos com os melhores indicadores de validade, podendo ser utilizados em conjunto para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico na hipertensão. Por último, e não menos importante, acreditamos que este método de avaliação da adesão permite responder aos objectivos que nos propusémos atingir. Não optámos por adicionar um outro método objectivo, como a monitorização da pressão arterial, porque, como vários autores referem, o controlo inadequado da PA pode ser devido a outros factores que não se circunscrevem à não adesão, tais como: dosagem inadequada de fármacos, variação individual nos factores farmacocinéticos de diferentes drogas, ou factores pessoais (Gidron, 1998; Dunbar-Jacob et al., 2003; Morris & Schulz, 1992, cit. por Burke, 2005).

Após esta decisão inicial, interessava-nos recolher a mesma informação de todos os participantes, de uma forma comparável e pré-estabelecida. Segundo Polit & Hungler (1995, p.166), “(...) *pode ser reunida uma boa quantidade de informações através da interrogação directa de pessoas; isto é, solicitando a elas o relato de experiências pessoais*”, nomeadamente acerca das percepções individuais e dos conhecimentos que possuem. As mesmas autoras referem que os dados dos auto-relatos costumam ser colhidos através de um documento formal e escrito, designado de instrumento.

Neste contexto, e numa abordagem inicial, efectuámos uma pesquisa bibliográfica direccionada à descoberta de instrumentos de medida, que visassem o fenómeno em estudo e que permitissem obter informação acerca das variáveis em estudo. Encontrámos vários artigos de estudos científicos com o propósito de avaliar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensor. Contudo, com base na revisão bibliográfica efectuada, constatámos que existem poucos estudos cujos objectivos se centrem em avaliar o grau de adesão às modificações dos estilos de vida, as razões para a não adesão e os conhecimentos sobre a doença.

Dada a escassez de instrumentos nesta área e a dificuldade em conhecer os instrumentos utilizados pelos autores e a sua adequação ao nosso estudo, contactámos via *e-mail* com

vários autores a fim de obter uma cópia dos instrumentos, bem como a autorização para a sua possível utilização. Das respostas obtidas, e após análise dos referidos instrumentos, constatámos que não se adequavam ao nosso estudo.

Como consequência, construímos um instrumento de recolha de dados (anexo 2) que desse resposta aos objectivos traçados, permitindo a obtenção de informação acerca das variáveis em estudo.

O instrumento que construímos foi dividido em quatro partes, de forma a contemplar:

Parte I – Dados sócio-demográficos e antecedentes pessoais;

Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão e razões da não adesão;

Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão;

Parte IV – Conhecimentos sobre hipertensão.

Esta sequência não foi arbitrária, uma vez que se pretendeu que as informações contidas nas partes III e IV do instrumento não influenciassem as resposta à parte II.

Ao elaborar os diferentes enunciados que compõem este instrumento de recolha de dados, procurámos utilizar uma linguagem clara e acessível, de forma a facilitar a interpretação das questões. Nesta perspectiva, importa referir que, como se tratava de um formulário, e neste sentido requeria entrevistas estruturadas com vista ao seu preenchimento, as questões foram elaboradas de forma a tornar a resposta mais inteligível.

Após a elaboração do instrumento, e no sentido de verificar a sua validade de conteúdo (Fortin, 1999, p.225) e de “ (...) assegurar que o instrumento de medida é representativo do domínio que ele deseja avaliar”, foi revisto e analisado de forma crítica por peritos no conteúdo e na forma de elaborar instrumentos de medida (médicos de medicina interna, médicos de medicina familiar, nutricionistas e enfermeiros).

Após esta etapa, foi efectuado pré-teste a uma amostra de 12 doentes hipertensos

inscritos na Consulta de Hipertensão do Hospital de São João, sob autorização do respectivo Director. A realização do pré-teste teve como objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, bem como a compreensão semântica das questões, o tempo necessário à sua aplicação e a extensão do mesmo. Durante a aplicação do formulário, as pessoas foram convidadas a fazer comentários sobre o instrumento e a manifestar as dificuldades de compreensão das questões e dos termos utilizados. Como resultado, foram introduzidas pequenas alterações na redacção de algumas questões. De salientar que o tempo dispensado em cada entrevista foi, em média, cerca de 18 minutos.

2.5.1. Dados sócio-demográficos e antecedentes pessoais

A primeira parte do instrumento foi elaborada com o intuito de fornecer informação para a caracterização sócio-demográfica da amostra, bem como dos antecedentes pessoais dos participantes. Foram incluídas várias questões abertas e fechadas que pretendiam focar as seguintes variáveis: idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, profissão actual ou anterior, componentes do agregado familiar, tempo de diagnóstico da doença, história familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos), co-habitar com pessoas com hipertensão, problemas de saúde crónicos, número de consultas de hipertensão, periodicidade de monitorização da PA, local de monitorização da PA, dificuldades sentidas no tratamento da doença e apoio de pessoas significativas. Estas variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Idade

Relativamente a esta variável questionámos os sujeitos sobre o número de anos completos à data da entrevista. Posteriormente, classificámos a variável em 6 intervalos de classe de 10 em 10 anos a partir dos 35 anos.

Sexo

Habilitações literárias

Os participantes foram questionados acerca do número de anos de escolaridade concluídos à data da entrevista.

Situação profissional

Quando pretendemos obter informação sobre a situação profissional dos sujeitos, colocámos como opções de resposta: “*Trabalhador(a) activo(a)*” – incluía os sujeitos que se encontrassem a exercer uma actividade profissional remunerada; “*Desempregado*” – sujeito que no momento da entrevista não exercesse qualquer actividade profissional, apesar de estar habilitado para o trabalho; “*Reformado ou inválido*” – sujeito que, por limite de idade ou por incapacidade permanente para o trabalho, já não exercesse a sua actividade profissional e “*Outro*”.

Profissão actual ou anterior

A variável profissão foi codificada segundo a Classificação Nacional das Profissões – versão 1994 (Instituto do Emprego e da Formação Profissional, 2001) – que preconiza a existência de nove grandes grupos profissionais:

Grupo 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa;

Grupo 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas;

Grupo 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio;

Grupo 4 – Pessoal administrativo e similares;

Grupo 5 – Pessoal dos serviços e vendedores;

Grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;

Grupo 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares;

Grupo 8 – Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;

Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados.

Para efeitos deste estudo, também considerámos as domésticas como sujeitos que não estavam inseridos em nenhuma actividade profissional.

Componentes do agregado familiar

No que concerne a esta variável, classificámos a família em vários grupos: unitária, nuclear sem filhos, nuclear com filhos, alargada e outras. Entende-se por família unitária a que é constituída por uma única pessoa (“*vive só*”); por família unitária sem filhos, a que é constituída por uma só união entre adultos (“*vive com o cônjuge / companheiro*”); por família unitária com filhos, aquela com uma só união entre adultos e um só nível de descendência (“*vive com a família restrita, pai, mãe, filhos*”); por família alargada, aquela que é caracterizada pela presença de várias gerações (“*vive com a família alargada*”). Acrescentamos mais duas classes de resposta – “*outra*” e “*vive num lar*” – de forma a contemplar todas as possibilidades.

Tempo de doença

Os participantes foram questionados sobre há quantos anos possuíam a doença.

História familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos)

Questionámos os participantes sobre se os pais ou irmãos apresentavam a doença. As possibilidades de resposta foram “*sim*”, “*não*” e “*não sei*”.

Co-habitar com pessoas com hipertensão

Trata-se de uma variável dicotómica cuja resposta é sim/não que pretendeu obter informação sobre se na mesma residência viviam mais pessoas com a doença.

Problemas de saúde crónicos

Esta variável foi definida como a presença de outros problemas de saúde crónicos no mesmo sujeito.

Número de consultas de hipertensão no último ano

Interrogámos os participantes acerca do número de vezes que, no último ano, tinham ido ao Centro de Saúde para consulta de hipertensão médica ou de enfermagem.

Periodicidade de monitorização da PA no último ano

Os participantes foram questionados acerca do número de vezes de monitorização da PA, no último ano.

Local de monitorização da PA

No que respeita ao local de monitorização da PA, optámos por questionar “*onde costuma medir a tensão arterial?*”, classificando a variável em cinco classes: Centro de Saúde, casa, farmácia, hospital ou outro, permitindo mais do que uma possibilidade de resposta.

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Relativamente a cada dimensão do regime terapêutico elaborámos uma questão com o objectivo de averiguar se o cumprimento do tratamento se constituía como uma dificuldade. As possibilidades de resposta foram “*sim*”, “*não*” e “*não aplicável*”.

Apoio de pessoas significativas

Trata-se de uma variável dicotómica (sim/não) em que a questão colocada aos participantes foi se sentiam que alguém os ajudava no tratamento que necessitavam de efectuar para o tratamento da doença.

2.5.2. Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão e causas da não adesão

A segunda parte do instrumento foi construída com os objectivos de avaliar a adesão ao regime terapêutico e as razões da não adesão. A adesão foi avaliada através da aplicação de um formulário que visava conhecer os estilos de vida na última semana (nos últimos sete dias). Optámos por este horizonte temporal, pois períodos de tempo superiores poderiam pôr em causa a precisão das respostas, devido à dificuldade em recordar esses acontecimentos passados. Como refere Burke (2005), questionários com um intervalo de tempo mais curto são menos vulneráveis a *vieses* de recordação, sendo que vários estudos avaliam a adesão por meio de uma entrevista de recordação de 7 dias (Burke, 2005; Perry et al., 1998). Resta argumentar o porquê da utilização de um formulário em detrimento de outras técnicas de recolha de dados, mais especificamente o questionário. De facto, esta decisão teve por base três premissas. Em primeiro lugar, pretendemos

assegurar uniformidade no preenchimento do instrumento de medida, a qual poderia ser posta em causa pelo auto-preenchimento, uma vez que a sequência na formulação das questões foi previamente determinada. Em segundo lugar, e como a hipertensão é mais prevalente nos idosos, a capacidade de ler e escrever poderia comprometer, ou mesmo impedir, a compreensão das questões e, conseqüentemente, o preenchimento do questionário. Em terceiro lugar, a presença do investigador permite elucidar significados de perguntas que não sejam compreendidas pelos participantes, o que se constitui como uma vantagem desta técnica de colheita de dados (Marconi & Lakatos, 1999). Além disso, pretendemos ultrapassar uma das desvantagens dos questionários: a possibilidade de taxas de respostas baixas.

Com o intuito de explorarmos a realidade em estudo, definimos como variáveis principais:

Adesão ao regime terapêutico

Um dos objectivos do estudo consiste em avaliar a adesão ao regime terapêutico. Para atingir este objectivo reportámo-nos às recomendações das organizações nacionais e internacionais que preconizam que o regime terapêutico da pessoa com hipertensão inclui modificação dos estilos de vida e terapia farmacológica. Neste sentido, esta variável inclui as cinco dimensões do tratamento: alimentação, actividade física, consumo de álcool, hábitos tabágicos e medicação.

Para cada dimensão, e decorrente do que é hoje conhecimento formal nesta área do tratamento da hipertensão arterial, elaborámos perguntas fechadas com o intuito de identificar os estilos de vida na última semana, medidos através de uma escala tipo Likert com cinco pontos – nunca, raramente, às vezes, habitualmente e sempre – codificada de 1 a 5, em que um é o comportamento menos desejável e o cinco o mais desejável.

Tabela 7 – Exemplo de questão do formulário: ingestão de sal

Na última semana quantas vezes:	Nunca 0 dias	Raramente 1 a 2 dias	Às vezes 3 a 4 dias	Habitualmente 5 a 6 dias	Sempre 7 dias
Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	5	4	3	2	1

Adequámos o número de questões à complexidade da dimensão a avaliar, do que resultaram 7 itens na dimensão alimentação, 1 item na actividade física, 2 itens no consumo de álcool, 1 item nos hábitos tabágicos e 1 item na medicação. Deste modo, a escala da adesão ao regime terapêutico foi composta por um total de 12 itens distribuídos por estas cinco dimensões. O grau de adesão ao regime terapêutico corresponde à média dos *scores* obtidos no conjunto de itens respondidos.

Adesão à alimentação

Esta variável incluiu 7 itens que pretendiam obter informação relativamente a três aspectos dos hábitos alimentares: consumo de sal, consumo de gorduras e consumo de frutas e vegetais. Cada item foi medido através de uma escala tipo Likert com cinco pontos. O *score* da adesão à alimentação é a média dos *scores* obtidos no conjunto de itens respondidos nesta dimensão.

De salientar que, sendo nosso objectivo avaliar a adesão à ingestão de sal, de gorduras e de frutas e vegetais, definimos critérios no sentido de procurar abranger o máximo número de situações possíveis, ainda que correndo o risco de haver perguntas que pudessem tornar-se redundantes. Pensamos que seria arriscado aferir o nível de adesão, por exemplo ao consumo de sal, utilizando apenas uma única pergunta, necessariamente muito genérica ou demasiadamente exaustiva. Na primeira situação, a pessoa até poderia dar uma resposta no sentido de uma adesão total à dieta mas, involuntariamente, poderia estar a omitir situações que contradissem a resposta dada. Esta omissão poderia acontecer por falta de conhecimento da pessoa (por exemplo não saber que os enchidos contêm muito sal), ou simplesmente porque não se lembrava de todas as situações em que eventualmente pudesse ter consumido alimentos salgados. No segundo

caso, a exaustão das perguntas poderia confrontar a pessoa com um instrumento longo, sem interesse, que poderia prejudicar o rigor das respostas dadas.

Adesão ao exercício físico

A variável em causa incluiu uma questão acerca da actividade física desenvolvida pelos participantes na última semana. A adesão ao exercício físico foi medida por uma escala tipo Likert com cinco pontos. Uma vez que se trata de uma variável ordinal, a adesão a esta componente do tratamento corresponde ao valor da mediana.

Adesão ao uso de álcool

Para avaliar o grau de adesão ao uso de álcool elaborámos duas questões acerca do consumo de bebidas alcoólicas às principais refeições e fora das refeições. Contudo, e uma vez que as recomendações diferem consoante o sexo das pessoas, enunciámos duas questões com a mesma numeração para o consumo de álcool às principais refeições. Para participantes do sexo feminino, a questão foi “*bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia*”, enquanto que para os participantes do sexo masculino, a pergunta foi “*bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição*”. A outra questão enunciada, e que foi a mesma para ambos os sexos foi “*bebeu bebidas alcoólicas fora das refeições*”. O *score* de adesão a esta componente do tratamento corresponde à média dos valores preenchidos nestas duas variáveis.

Adesão ao uso do tabaco

No que concerne aos hábitos tabágicos, só considerámos um item, uma vez que as recomendações são no sentido da cessação do seu consumo. A adesão a esta componente do regime terapêutico também foi medida através de uma escala tipo Likert, pelo que o grau de adesão corresponde ao valor da mediana.

Adesão à medicação

Relativamente à medicação, contemplou-se o início da prescrição, o número de tomas diárias, o número de comprimidos em cada toma e a adesão à prescrição. A adesão à medicação foi medida através de uma única questão elaborada com o intuito de se saber se os medicamentos haviam sido tomados consoante indicação médica. Tal como as

outras variáveis ordinais, o grau de adesão corresponde ao valor da mediana.

Razões de não adesão ao regime terapêutico

Para identificar as razões da não adesão ao regime terapêutico, enunciámos um conjunto de questões referentes a cada uma das dimensões do tratamento – alimentação, exercício físico, uso de álcool, uso de tabaco e medicação. Cada questão foi operacionalizada em “sim” e “não”.

Relativamente aos itens enunciados como causas de não adesão a estilos de vida saudáveis, a nossa opção recaiu sobre justificações abordadas na bibliografia consultada e sobre aspectos considerados noutros estudos, cujos objectivos se centravam na identificação de determinantes que condicionam a adesão a estes aspectos do tratamento (Youssef & Moubarak, 2002). No que concerne às razões da não adesão ao regime farmacológico, enunciámos vários itens que abrangem aspectos contemplados na literatura acerca dos factores envolvidos na não adesão, bem como causas estudadas noutros estudos (Andrade et al., 2002; Li et al., 2003; Silva, 2002).

Tabela 8 – Exemplo de questão do formulário: razões para a não adesão à dieta recomendada.

	Sim	Não
Quando não seguiu a dieta recomendada pelo profissional de saúde, quais foram as principais razões?		
Comer dá-lhe prazer?	x	
Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde?		x

Importa realçar que utilizámos sempre o mesmo critério no preenchimento do formulário, isto é, perante situações em que o *score* da resposta às questões sobre as várias dimensões da adesão foi inferior a cinco (recorde-se que cinco é o comportamento mais desejável), os participantes foram questionados sobre as causas desse comportamento. Cada participante foi então sujeito a um conjunto de questões, no sentido de identificar se esse aspecto contribuiu para a não adopção desse comportamento.

Em virtude desta ser uma variável dicotómica, ou seja, o motivo apontado ou foi ou não foi responsável pelo comportamento, as opções de resposta foram “*sim*” e “*não*”. Conscientes da probabilidade de existirem outros factores implicados na decisão de não aderir, elaborámos uma questão aberta que permitisse aos participantes a possibilidade de outras respostas – “*Outra. Qual?*”

Importa salientar que este critério foi aplicado em todas as dimensões do domínio a avaliar, à excepção dos hábitos tabágicos. Quanto a este item, e em virtude de uniformizar critérios para a construção da escala da adesão, a questão foi colocada nestes termos:

Tabela 9 – Exemplo de questão do formulário: hábitos tabágicos.

É fumador?	Score
Não e nunca fumou regularmente.	5
Já foi fumador(a) mas deixou de fumar.	4
Sim mas não fuma todos os dias.	3
Sim, regularmente, menos de 11 cigarros/dia.	2
Sim, onze ou mais cigarros/dia.	1

Assim, no que concerne aos hábitos tabágicos, e devido ao facto da comunidade científica recomendar a cessação do hábito, as questões relativas às causas da não adesão só se colocaram quando o *score* foi inferior a 4.

2.5.3. Recomendações para o tratamento da hipertensão

A terceira parte do instrumento foi construída com o intuito de saber se na interacção estabelecida entre profissional de saúde/doente foram transmitidas informações a este último, relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial. Desta forma, pretendemos verificar possíveis associações entre ter sido informado sobre o regime terapêutico e a adesão ao mesmo. Neste contexto, foram elaboradas várias questões acerca das diferentes recomendações terapêuticas para o controlo da sua

doença. As possibilidades de resposta foram “*sim*” e “*não*”.

Tabela 10 – Exemplo de questão do formulário: recomendação relacionada com a ingestão de sal

Como parte do tratamento da hipertensão foi-lhe recomendado por algum profissional de saúde (enfermeiro, médico ou outro):	Sim	Não	Não aplicável
Seguir uma dieta com pouco sal?	x		

Considerou-se como “*não aplicável*”, não interrogando os participantes sobre estes aspectos, três situações possíveis: ter referido não consumir bebidas alcoólicas, não fumar e não tomar medicação anti-hipertensora.

2.5.4. Conhecimentos sobre hipertensão

Para avaliar o nível de conhecimentos sobre a doença, enunciámos um conjunto de vinte e uma questões acerca da hipertensão, divididas em cinco dimensões: duração e etiologia (2 itens); manifestações clínicas (2 itens); factores de risco (4 itens); tratamento (9 itens) e consequências (4 itens). Os conteúdos abordados nestas questões referem-se a informações gerais que, no nosso entender, devem ser do conhecimento dos portadores da doença.

Para cada pergunta formulada, permitiu-se três possibilidades de resposta: “*sim*”, “*não*” e “*não sei*”. Estas três possibilidades de resposta permitem identificar os conhecimentos correctos, os conceitos errados e os desconhecimentos em aspectos relacionados com a doença. Neste contexto, as questões foram codificadas em respostas correctas (2) e respostas erradas (1), tratando-se portanto de uma variável nominal.

Tabela 11 – Exemplo de questão: conhecimentos sobre a doença

Com base nos conhecimentos que possui acerca da hipertensão, responda às seguintes questões:	Sim	Não	Não sei
A hipertensão é uma doença para toda a vida?	x		

2.6. Procedimentos

Depois do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos ter autorizado formalmente a recolha de dados, foi estabelecido novo contacto com os elementos da direcção do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, nas pessoas do Enfermeiro Chefe e do Director, de modo a dar a conhecer os contornos da investigação. O investigador foi apresentado por estes elementos à equipe médica e de enfermagem, solicitando colaboração ao longo do processo de recolha de dados. Assim, foi pedido o encaminhamento dos utentes que apresentassem critérios de inclusão no estudo.

Neste sentido, e após a consulta médica ou de enfermagem, os utentes foram convidados, pelos respectivos profissionais de saúde, a participar no estudo sobre conhecimento da hipertensão arterial. Aqueles que aceitaram participar no estudo, foram posteriormente conduzidos para um gabinete, onde se estabeleceu o contacto com o investigador. Nesta interacção, e antes de se proceder à recolha de dados, o investigador fez uma descrição do estudo, precisou os objectivos (à excepção dos aspectos da adesão) e a informação que desejava obter. Foi garantida a confidencialidade dos dados e reiterado o facto do investigador não ser um elemento da equipe da instituição e, portanto, não ocorrer partilha de informação.

Optámos, tal como outros autores (Piñeiro et al., 1997; Silva, 2002), por não informar o utente sobre os aspectos relacionados com a adesão, no intuito de não influenciar o seu comportamento. Esta opção teve como pretexto evitar uma possível influência na veracidade das respostas, ou seja, evitando intencionalidade de omissão de situações de não adesão.

Após a anuência do utente para participar no estudo, procedeu-se à entrevista, com a aplicação do formulário, que foi preenchido pelo investigador. Acresce que todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo investigador.

2.7. Análise estatística

Numa primeira fase todos os dados contidos nos formulários foram codificados e

introduzidos numa base de dados do SPSS – *Statistical Program for Social Sciences, versão 11.0* –, para se proceder ao tratamento estatístico.

As estatísticas descritivas utilizadas, “*que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis*” (Fortin, 1999, p.277), incluem as distribuições de frequências, as medidas de tendência central (moda, média e mediana) e as medidas de dispersão (desvio padrão). Também utilizámos coeficientes de correlação para caracterizar o sentido e a força das relações entre duas variáveis.

Relativamente à análise inferencial, recorreremos a métodos de estatística paramétrica como: o teste t de *Student* para a comparação da média de duas amostras independentes; a análise da variância (ANOVA) para a comparação da média de mais de duas amostras independentes; e a regressão linear para analisar relações entre duas variáveis (dependente e independente), medidas segundo uma escala de intervalo (variáveis contínuas). Estas técnicas baseiam-se no pressuposto daquelas variáveis aleatórias obedecerem a uma distribuição normal. O teste U de *Mann-Whitney* foi a técnica não paramétrica utilizada para estudar as relações entre variáveis cujos valores foram mensurados numa escala ordinal de duas amostras independentes.

Para efeitos da análise da significância estatística daqueles testes, foi considerado um nível de significância estatística de 0,05, ou seja, um nível de confiança igual a 95%.

Capítulo 3: Apresentação e Discussão dos Resultados

Após terminada a análise dos dados, urge a apresentação dos resultados e a sua interpretação à luz das questões de investigação formuladas (Fortin, 1999). Neste sentido, estruturamos este capítulo em dois sub-capítulos. Numa primeira fase, fazemos referência aos resultados obtidos neste estudo, através da aplicação de análises descritivas e inferenciais. Posteriormente, procedemos à discussão desses resultados, comparando-os com outros trabalhos de investigação que estudaram o mesmo fenómeno.

3.1. Resultados

3.1.1. Caracterização clínica da amostra

Tempo de diagnóstico da doença

Na amostra estudada, o diagnóstico de hipertensão foi efectuado, em média, há 10,78 anos, com um desvio padrão de 9,75 anos. O tempo de conhecimento do diagnóstico oscilou entre um mínimo de 1 ano (limite imposto como critério de selecção da amostra) e um máximo de 57 anos.

História familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos)

A tabela 12 caracteriza os antecedentes familiares dos inquiridos no que concerne à hipertensão. Assim, da totalidade dos inquiridos, 47,22% têm familiares directos (pai, mãe ou irmãos) com a doença. Constatámos ainda que 21,30% não têm história familiar

de hipertensão, enquanto 31,48% desconhece a presença da doença nestes familiares.

Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual da existência de antecedentes familiares de hipertensão na amostra

História familiar de hipertensão	Nº	%
Sim	51	47,22%
Não	23	21,30%
Não sabe	34	31,48%
Total	108	100,00%

Co-habitar com pessoas com hipertensão

Relativamente à variável co-habitar com pessoas com hipertensão arterial, verificámos que a maioria dos inquiridos (62,96%) não vive com outras pessoas que também possuam a doença. Dos 40 participantes que responderam afirmativamente a esta questão, 38, ou seja 95%, referiram que o cônjuge também apresenta a doença.

Problemas de saúde crónicos

Para além da hipertensão arterial, uma grande percentagem dos inquiridos, 62,96%, apresentam outras doenças crónicas, que exigem a toma regular de medicação e/ou modificação no estilo de vida. Ao analisarem-se os dados desta variável, é possível constatar que as patologias mais frequentes são a diabetes (51,5% dos casos), seguida da hipercolesteremia, patologia cardíaca e bronquite. Verificámos, no entanto, que estas patologias aparecem frequentemente associadas. De facto, dos 68 inquiridos com outras doenças crónicas, 41,18% referem possuir mais do que uma doença crónica para além da hipertensão. Alguns exemplos de associações são: diabetes e hipercolesteremia, bronquite e diabetes, patologia cardíaca e diabetes, entre outras.

Número de consultas de hipertensão durante o último ano

Relativamente a esta variável, verificámos que a média de consultas dos inquiridos no último ano foi de 6,76, com um desvio padrão de 4,51. O mínimo de consultas anuais foi uma, enquanto o máximo foi 24. Este limite máximo diz respeito aos indivíduos que referiram frequentar duas vezes por mês o centro de saúde, para consulta de enfermagem de hipertensão.

Periodicidade de monitorização da PA

No último ano, os participantes deste estudo monitorizaram em média 35,6 vezes a PA. Duas vezes no ano foi o mínimo de vezes encontrado, enquanto que alguns inquiridos monitorizaram este parâmetro vital todos os dias. O desvio padrão foi de 71,63 vezes por ano. O limite máximo referenciado diz respeito aos indivíduos que auto-monitorizam a PA no domicílio.

Local de monitorização da PA

Dos 108 participantes, 43,52% monitorizam a sua PA exclusivamente no Centro de Saúde. Os restantes 56,48% recorrem a mais de um local para o mesmo efeito. Importa referir que 21,3% dos inquiridos monitorizam a PA no domicílio.

Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual da amostra quanto ao local de monitorização da PA

Local onde costuma monitorizar a PA	Nº	%
Centro de saúde	47	43,52%
Centro de saúde e no domicílio	22	20,37%
Centro de saúde, domicílio e outro	1	0,93%
Centro de saúde e farmácia	25	23,15%
Centro de saúde, farmácia e outro	1	0,93%
Centro de saúde e hospital	1	0,93%
Centro de saúde e outro	11	10,19%
Total	108	100,00%

Apoio de pessoas significativas

Da totalidade da amostra, 53,7% dos indivíduos consideram que sentem que alguém os ajuda na gestão do regime terapêutico. Os restantes 46,3% dizem não sentir qualquer apoio externo no tratamento da sua hipertensão. Quando inquiridos sobre quem os apoia no tratamento da doença, constatámos que os elementos que compõem a família nuclear são os mais referenciados. Efectivamente, o cônjuge e os filhos são as pessoas que, na perspectiva dos doentes, mais os apoiam. Outros elementos citados são amigos e outros familiares mais afastados. Apenas quatro doentes (6,9%) referiram que os enfermeiros os ajudam no tratamento da sua doença.

3.1.2. Características psicométricas do instrumento de medida

Segundo vários autores, as características psicométricas de um instrumento de medida que forneça dados quantitativos, nomeadamente a validade e a fidelidade, constituem os principais critérios para avaliar a qualidade desse mesmo instrumento. Nesta perspectiva, dois requisitos são essenciais para qualquer medição ser precisa: primeiro, que o instrumento meça aquilo que se pretende medir e não outro aspecto diferente (validade); em segundo, que forneça resultados idênticos em medições repetidas, com os mesmos respondentes (fidelidade) (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995; Ribeiro, 1999). Por outras palavras, a validade de um instrumento de medida refere-se ao grau de precisão com que o mesmo mede o que se propõe medir, enquanto a fidelidade representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo em estudo. Assim, quanto maior for a variação produzida por um instrumento em repetidas medições, menor é a fidelidade desse instrumento.

Apesar da fidelidade e da validade de uma medida não serem sinónimos, não são qualidades totalmente independentes. Provavelmente, um instrumento de medida que não seja fiável dificilmente será válido. Contudo, um instrumento pode ser fiável e não medir o fenómeno que se pretende medir, ou seja não ser válido (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995; Hill & Hill, 2002).

Como já tivemos a oportunidade de referir no capítulo precedente, e com o intuito de verificar a validade de conteúdo, ou seja de assegurar que o instrumento de medida construído para efeito deste estudo fosse representativo do domínio a avaliar, recorreremos à revisão da literatura existente nesta área e à crítica por parte de vários especialistas no conteúdo do domínio em avaliação: enfermeiros, médicos especialistas em medicina interna, médicos especialistas em medicina familiar e nutricionista. Os enunciados que compõem o instrumento foram assim analisados e discutidos pelos diversos peritos e pelo investigador antes de serem aplicados.

A fidelidade de um instrumento pode ser avaliada de diversas formas, sendo uma delas a sua consistência interna (Ibidem). Segundo Fortin (1999, p.277), “*A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida*”. Desta forma, “*pode-se dizer que um instrumento possui consistência interna ou*

homogeneidade, na medida em que todas as sub-partes estejam mensurando as mesmas características” (Polit & Hungler, 1995, p.205).

A técnica utilizada neste estudo para estimar a consistência interna foi o *Alpha de Cronbach*, em virtude de ser a mais correntemente utilizada “*quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores, como na escala de Likert*” (Fortin, 1999, p.227). Importante será referir que o *coeficiente Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, e que quanto mais próximo de 1 for o valor de *alpha*, maior será a consistência interna do instrumento de medida (Ibidem). Segundo Ribeiro (1999), uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0,80; no entanto, valores superiores a 0,60 consideram-se aceitáveis, essencialmente quando as escalas têm um número de itens muito baixo.

3.1.2.1. Escala da adesão ao regime terapêutico

Para analisarmos a consistência interna da escala da adesão ao regime terapêutico, composta por 12 itens, foi calculado o *coeficiente Alpha de Cronbach*. Os resultados obtidos, que estão descritos na tabela 14, apontam para um valor de alfa de 0,5953, valor este que é considerado baixo o que provavelmente estará relacionado com o tamanho da amostra. Neste sentido, e face a estes resultados, fomos indagar o que estaria a prejudicar o valor do *alpha*. Verificámos que vários itens apresentavam um coeficiente de correlação inter-itens baixo, ou seja <0,20 (13.7 - “*comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais*”, 15 - “*fez pelo menos 30 minutos de exercício físico*”, 24 - “*tomou a medicação consoante lhe foi indicado*”), pelo que procedemos à sua eliminação. Contudo, após a remoção destes três itens, constatámos que a questão 13.4 (“*comeu comida rápida pré-cozinhada*”) também apresentava uma correlação <0,20, pelo que foi igualmente eliminada. Após a remoção dos itens supra citados, a escala final ficou assim reduzida a 8 itens, obtendo-se um valor de coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0,7032, que é considerado por vários autores um coeficiente de fidelidade aceitável (Fortin, 1999; Hill & Hill, 2002; Almeida & Freire, 2000, LoBiondo-Wood & Haber, 2001, cit. por Ribeiro, 2003).

Tabela 14 – Consistência interna da escala da adesão ao regime terapêutico

Itens	Média	Correlação item – correlação total	Alfa se o item for eliminado
Dieta com pouco sal	44,9423	0,4341	0,4742
Adição de sal aos alimentos	43,4712	0,2394	0,5512
Consumo de alimentos salgados	44,1731	0,2916	0,5324
Consumo de alimentos pré-cozinhados	43,4712	0,0832	0,5645
Dieta pobre em gorduras	44,2115	0,4957	0,4794
Consumo de alimentos com muita gordura	44,3654	0,3970	0,5118
Consumo de fruta e vegetais	45,8269	0,2114	0,5552
Prática de exercício físico	46,1827	-0,0962	0,6256
Consumo de bebidas alcoólicas às refeições	44,2019	0,2868	0,5267
Consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições	43,6538	0,3197	0,5287
Consumo de tabaco	43,9423	0,3073	0,5248
Toma da medicação	43,7885	0,0203	0,5805

Coefficiente Alpha de Cronbach: 0,5953

Ao analisar estas variáveis com baixas correlações, constatámos que, relativamente ao consumo de frutas e vegetais quase metade da amostra (49,1%) não ingeriu em nenhum dos últimos sete dias a quantidade recomendada destes alimentos e que só 25,9% dos participantes teve este hábito diário. De salientar que 91,7% dos participantes nunca ingeriram comida rápida pré-cozinhada e os restantes 8,3% recorreram raramente a este tipo de alimentação. Este dado talvez seja reflexo da idade avançada da população, uma vez que este tipo de alimentos é tipicamente consumido pelas pessoas mais jovens. No que concerne à prática de exercício físico, verificámos que 46,3% dos inquiridos não tiveram este comportamento todos os dias, 22,2% cumpriram raramente esta recomendação, enquanto apenas 12% da amostra praticou exercício físico diariamente. Quanto à adesão à medicação, 79,8% dos inquiridos referiram ter tomado os medicamentos consoante recomendado, 11,5% fizeram-no habitualmente, 2,9% às vezes e 5,8% não tomaram os comprimidos em nenhum dos dias. As baixas correlações encontradas entre estes itens e os restantes itens da escala talvez sejam reflexo da pouca variância encontrada nas respostas.

Antes de prosseguir com a apresentação dos resultados, consideramos oportuno lembrar que a técnica de recolha de dados utilizada foi o formulário, suportado por entrevistas estruturadas, pelo que qualquer dificuldade na compreensão das questões foi

ultrapassada no momento. A presença do investigador constituiu-se como uma mais valia, elucidando potenciais dúvidas. Neste sentido, o valor de *Alpha* encontrado para a escala com 12 itens não nos parece ser motivado por uma possível dificuldade na compreensão das questões, mas antes pela pouca variação nas respostas e, provavelmente, pelo tamanho da amostra. Apesar deste valor sugerir uma fraca consistência interna da escala e, conseqüentemente, gerar limitações na análise dos dados, decidimos fazer referência aos resultados dos quatro itens eliminados por duas razões principais. Em primeiro lugar, teoricamente são aspectos importantes do regime de tratamento das pessoas com hipertensão arterial e, neste sentido, recomendados pela comunidade científica para a gestão da doença. Em segundo lugar, o valor de *alpha* é prejudicado pelo tamanho da amostra.

Após esta explicação, prosseguimos com a apresentação dos resultados que obtivemos nesta investigação. Com o intuito de facilitar a leitura e de pautar a apresentação dos dados por alguma sistematização, vamos começar por descrever as variáveis da adesão, seguindo as razões da não adesão, as dificuldades sentidas com o tratamento, as recomendações para o controlo da hipertensão e, por último, os conhecimentos sobre a doença.

3.1.3. Adesão ao regime terapêutico

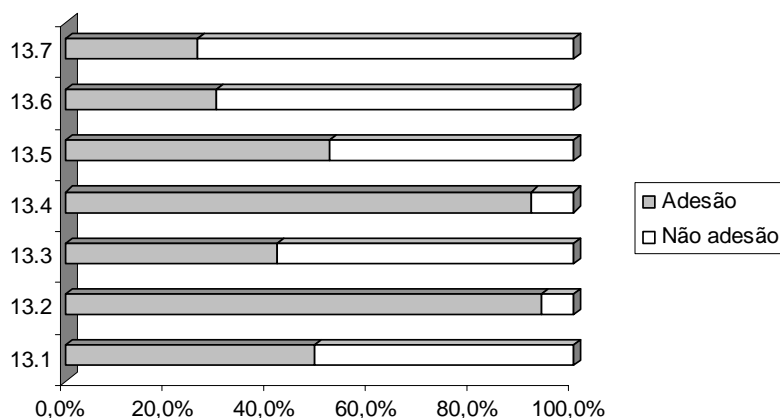
Adesão à alimentação

Da análise descritiva dos dados relativos aos itens da adesão à alimentação, é possível constatar que, à excepção do último item – ingestão diária de 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais –, a mediana e a moda oscilam entre o valor 4 e 5 (é importante lembrar que a codificação 5 vai de encontro ao comportamento mais desejável). No que diz respeito ao consumo de frutos e vegetais, constatámos que a moda é igual a 1 (comportamento menos desejável) e que a mediana é igual a 2, o que sugere que foi o aspecto da alimentação onde se notou menor adesão.

O gráfico 2 mostra a percentagem de participantes que aderiram sempre às recomendações e a percentagem dos que não aderiram sempre, relativamente a cada item da adesão à alimentação, enquanto a tabela 15 apresenta os dados mais detalhados

sobre cada um destes itens.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da adesão e não adesão aos vários itens das recomendações sobre alimentação



Os itens (13.1 a 13.7) indicados no gráfico 2 correspondem aos mesmos itens que são referidos na tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição absoluta e percentual da adesão a cada item da alimentação

Itens	Nunca		Raramente		Às vezes		Habitualmente		Sempre		Nº / %
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
13.1 “Seguiu uma dieta com pouco sal”	35	32,4	2	1,9	6	5,6	12	11,1	53	49,1	108(100)
13.2 “Acrecentou sal aos alimentos à mesa”	101	93,5	6	5,6	0	0	0	0	1	0,9	108(100)
13.3 “Comeu azeitonas, peixes salgados, fumados ou em conserva ...”	45	41,7	47	43,5	12	11,1	1	0,9	3	2,8	108(100)
13.4 “Comeu comida rápida pré-cozinhada ...”	99	91,7	9	8,3	0	0	0	0	0	0	108(100)
13.5 “Seguiu uma dieta pobre em gorduras”	7	6,5	3	2,8	9	8,3	33	30,6	56	51,9	108(100)
13.6 “Comeu alimentos com muita gordura tais como...”	32	29,6	57	52,8	12	11,1	3	2,8	4	3,7	108(100)
13.7 “Comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia”	53	49,1	7	6,5	4	3,7	16	14,8	28	25,9	108(100)

Da análise detalhada e individual de cada um dos itens, é possível verificar que 49,1% dos inquiridos afirmaram terem seguido sempre “*uma dieta com pouco sal*” nos últimos sete dias, enquanto que 32,4% não o tinham feito em nenhum dia. Relativamente a “*acrescentar sal aos alimentos à mesa*”, 93,5% não tiveram esse comportamento. Dos restantes, 5,6% e 0,9%, respectivamente, raramente o fizeram, ou adicionaram sal aos alimentos todos os dias.

A percentagem de participantes que “*comeu azeitonas, peixes salgados, fumados ou conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados*” todos os dias é pequena, sendo igual a 2,8%. Quase metade da amostra, 43,5%, fê-lo uma ou duas vezes por semana e 41,7% referiu nunca o ter feito.

A “*comida rápida pré-cozinhada, como batatas fritas, hambúrgueres e pizzas*” é pouco preferida pelos elementos que compõem a amostra, uma vez que 91,7% não ingeriram este tipo de alimentação na última semana.

Mais de metade da amostra, 51,9%, referiu “*seguir uma dieta pobre em gorduras*” sempre, enquanto que 30,6% o fez habitualmente. Quanto à ingestão de “*alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos*”, 52,8% dos participantes raramente consumiram estes alimentos. Por sua vez, estes mesmos alimentos não constaram das refeições de 29,6% dos inquiridos.

Relativamente ao consumo de frutas e vegetais, verificámos que quase metade da amostra, 49,1%, não ingere a quantidade recomendada destes alimentos, uma vez que referiram nunca ter “*comido cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia*”. Só 25,9% dos participantes teve este hábito diário.

A média de adesão à alimentação foi de 4,0397 (DP = 0,61417), sendo o mínimo valor encontrado igual a 2,43 e o máximo igual a 5, o que indica que pelo menos um participante cumpriu o regime alimentar em todas as suas vertentes (sal, gordura e frutos e vegetais).

Adesão ao exercício físico

Os resultados da análise desta variável mostram que uma grande percentagem dos inquiridos (46,3%) não praticou exercício físico (pelo menos 30 minutos) nos últimos sete dias. Por sua vez, 22,2% teve este comportamento raramente, 11,1% às vezes, 8,3% habitualmente e só 12% realizou actividade física todos os dias. A tendência central da amostra estudada é fazer raramente exercício (Mediana=2).

Adesão ao consumo de bebidas alcoólicas

Relativamente a esta variável, é de salientar que 75,9% dos inquiridos ou não bebem de

todo, ou bebem menos do que a quantidade de vinho ou cerveja recomendada para a gestão da doença. Contrariamente, 17,6% ingerem todos os dias quantidades de álcool superiores às recomendadas.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições, 2,8% dos inquiridos referiram ter tido este comportamento diariamente, enquanto 86,1% nunca o fizeram.

Estes resultados denotam portanto que a grande maioria dos doentes hipertensos aderem às recomendações relacionadas com a ingestão de bebidas alcoólicas. A média de adesão ao uso do álcool foi de 4,4491 (DP = 1,02752), com o mínimo de 1 e o máximo de 5.

Adesão ao uso de tabaco

A percentagem de fumadores na amostra é muito pequena – só 9 pessoas fumam – o que corresponde a uma percentagem de 8,4%. Entre estes, a média de cigarros fumados por dia é de 19,11 com um desvio padrão de 9,27. O consumo mínimo diário foi de 7, enquanto o máximo foi de 40 cigarros. A mediana e a moda desta variável foram de 5, o que sugere que o uso de tabaco é um aspecto do tratamento onde se verifica grande adesão.

Adesão à medicação

Dos 108 participantes do estudo, quase todos (104 participantes, 96,3%) se encontravam a efectuar tratamento com anti-hipertensores. O tempo de início do tratamento oscilou entre 1 mês e 57 anos, sendo a média 9,8 anos (DP=9,57).

Nos últimos sete dias, 79,8% dos inquiridos referiram ter tomado a medicação consoante recomendado, 11,5% fizeram-no habitualmente, 2,9% às vezes e 5,8% não tomaram os comprimidos em nenhum dos dias. A moda e a mediana foram de 5.

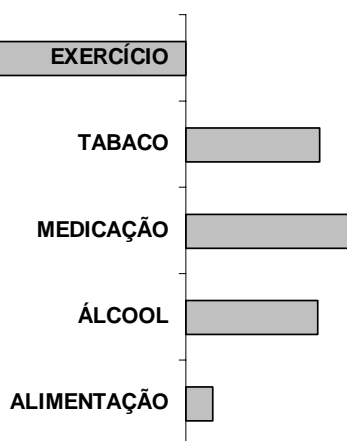
Adesão ao regime terapêutico

O grau de adesão ao regime terapêutico, medido em termos da média dos *scores* obtidos nas diferentes dimensões da escala, foi de 3,9361 (DP=0,48856). O valor mínimo encontrado foi de 2,33 e o máximo de 5, o que sugere que pelo menos um participante

aderiu completamente a todos os componentes do tratamento.

Com o intuito de representar a proporcionalidade de cada dimensão do tratamento, na adesão global construímos a figura 6.

Figura 6 – Contributo de cada dimensão da adesão no score global da adesão



De salientar que esta figura não se representa num gráfico porque, por exemplo, a adesão ao uso de tabaco e a adesão à medicação foram medidas segundo uma escala ordinal, não sendo legítimo por isso o cálculo do valor da média; no entanto, esta medida foi calculada exclusivamente para obter uma representação do contributo de cada uma das dimensões do tratamento na adesão global. Neste contexto, cada uma das dimensões do tratamento foi comparada com o *score* de adesão global. Podemos então verificar que o aspecto do tratamento que mais prejudica o *score* de adesão global é o exercício físico. Por sua vez, a alimentação contribui pouco para este valor. As outras dimensões do tratamento contribuem consideravelmente para a adesão global, sendo que a medicação é o aspecto do tratamento onde se verifica um maior nível de adesão, pelo que é o aspecto que mais favorece o *score* global.

3.1.4. Razões da não adesão ao regime terapêutico

Razões da não adesão à alimentação

Da análise dos dados contidos na tabela 16, é possível constatar que, dos 102 inquiridos, 73,5% referiram o “*prazer de comer*” como a causa subjacente à não adesão a algum

aspecto da alimentação¹³. O argumento “*A comida com sal não fica apetitosa*”, o facto de, por diversos motivos, fazerem refeições fora de casa e o custo dos alimentos foram também apontadas como razões de não adesão em, respectivamente, 27,5%, 22,5% e 20,6% dos casos. De realçar que ninguém considerou ser difícil alterar a forma de cozinhar como razão justificativa para não seguir as recomendações do profissional de saúde.

Outros motivos para não aderir à alimentação recomendada foram: “*não gosto de fruta*” (13,7%), “*não me apetece comer fruta*” (7,8%), “*não gosto de vegetais*” (6,9%), entre outros.

Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à alimentação

Itens	Sim		Não		Total Nº (%)
	Nº	%	Nº	%	
14.1 “Comer dá-lhe prazer”	75	73,5	27	26,5	102 (100)
14.2 “Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde”	12	11,8	90	88,2	102 (100)
14.3 “Faz refeições fora de casa”	23	22,5	79	77,5	102 (100)
14.4 “A comida com pouco sal não fica apetitosa”	28	27,5	74	72,5	102 (100)
14.5 “Não é responsável pela confecção dos alimentos...”	6	5,9	96	94,1	102 (100)
14.6 “A dieta recomendada é cara”	21	20,6	81	79,4	102 (100)
14.7 “Acha que é difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar”	0	0	102	100,0	102 (100)
14.8 “Cozinha para muitas pessoas e ...”	15	14,7	87	85,3	102 (100)

Razões da não adesão ao exercício físico

As razões mais evocadas como causas de não adesão ao exercício físico foram “*não ter companhia e não ter motivação para fazer exercício físico sozinho*” (36,8%), seguida de “*não gostar de fazer exercício físico*” (21,1%) e de “*ter algum problema de saúde que o impede de fazer exercício físico*” (16,8%).

Outros motivos referidos pelos participantes para não praticar exercício físico foram: a “*falta de tempo*” (17,9%); “*a preguiça*”, preferindo estar em casa no sofá (10,5%); as condições meteorológicas, sendo que quando está frio ou a chover não praticam

¹³ De salientar que a seis doentes não foram dirigidas estas questões, em virtude do seu comportamento

exercício (9,5%); e o “*medo de fazer caminhadas à noite*” (4,2%).

Contudo, é de realçar que 96,8% dos participantes que não executam actividade física regular consideram que este hábito seria benéfico para a sua saúde.

Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao exercício físico

Itens	Sim		Não		Total Nº (%)
	Nº	%	Nº	%	
16.1 “Não gosta de fazer exercício físico”	20	21,1	75	78,9	95 (100)
16.2 “Tem algum problema de saúde...”	16	16,8	79	83,2	95 (100)
16.3 “Não tem companhia e não tem motivação...”	35	36,8	60	63,2	95 (100)
16.4 “Acha que fazer exercício não vai melhorar...”	3	3,2	92	96,8	95 (100)
16.5 “Sente-se cansado”	7	7,4	88	92,6	95 (100)

Razões da não adesão ao consumo de álcool

Pela análise da tabela 18, podemos constatar que o principal motivo para o consumo de álcool é “*gostar de beber bebidas alcoólicas*” (90%), seguido de ser “*parte integrante do convívio com os amigos*” (36,7%). Acresce que 16,7% dos inquiridos referiram “*abusar do álcool ao fim de semana*” quando a família se reúne.

Tabela 18 – Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao consumo de álcool

Itens	Sim		Não		Total Nº (%)
	Nº	%	Nº	%	
18.1 “Gosta de beber bebidas alcoólicas”	27	90,0	3	10,0	30 (100)
18.2 “Acha que beber menos quantidade de álcool...”	4	13,3	26	86,7	30(100)
18.3 “Acha que o álcool lhe dá mais força”	1	3,3	29	96,7	30 (100)
18.4 “Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas”	1	3,3	29	96,7	30 (100)
18.5 “Faz parte do convívio com os amigos...”	11	36,7	19	63,3	30 (100)

Razões da não adesão ao uso de tabaco

Todos os inquiridos apontaram como razão para o uso de tabaco o facto de gostarem de

ser o mais desejável em cada um destes itens.

fumar, sendo este hábito independente da influência da rede social de amigos. A dificuldade em deixar de fumar foi apontada como outro dos motivos em 88,9% dos casos. De salientar que 22,2% dos inquiridos consideram que a suspensão do hábito não se repercute numa melhoria do estado de saúde.

Tabela 19 – Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão ao uso do tabaco

Itens	Sim		Não		Total Nº (%)
	Nº	%	Nº	%	
21.1 “Gosta de fumar”	9	100	0	0	9 (100)
21.2 “Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde”	2	22,2	7	77,8	9 (100)
21.3 “É difícil deixar de fumar”	8	88,9	1	11,1	9 (100)
21.4 “Fumar faz parte do convívio com os amigos”	0	0	9	100	9 (100)

Razões da não adesão à medicação

Da análise da tabela 20, podemos verificar que o esquecimento e o deixar acabar os medicamentos são as causas de não adesão à medicação mais enunciadas (33,3%). Não gostar de tomar comprimidos e pensar que não é necessário tomar sempre os comprimidos, em virtude de se sentir bem, foram motivos menos referenciados (14,3%). Por sua vez, ninguém apontou como razão para não tomar os medicamentos os possíveis efeitos secundários destes fármacos, bem como pensar que a medicação não estaria a ser eficaz.

De salientar que 14,3% dos inquiridos referiram não tomar os medicamentos para “*poder abusar da bebida*”.

Tabela 20 – Distribuição absoluta e percentual das razões da não adesão à medicação

Razões	Sim		Não		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº (%)
25.1 “Esquece-se”	7	33,3	14	66,7	21 (100)
25.2 “Pensa que não é necessário tomar...”	3	14,3	18	85,7	21 (100)
25.3 “Não gosta de tomar comprimidos”	3	14,3	18	85,7	21 (100)
25.4 “Pensa que a medicação não está a...”	0	0	21	100	21 (100)
25.5 “A medicação provoca-lhe efeitos secundários”	0	0	21	100	21 (100)
25.6 “Os medicamentos são caros”	2	9,5	19	90,5	21 (100)
25.7 “O horário das tomas é inconveniente”	1	4,8	20	95,2	21 (100)
25.8 “Não gosta de ser dependente dos medicamentos”	1	4,8	20	95,2	21 (100)
25.9 “São muitos os medicamentos...”	2	9,5	19	90,5	21 (100)
25.10 “Deixa acabar os medicamentos”	7	33,3	14	66,7	21 (100)

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Todos os participantes fumadores do estudo referiram dificuldade em deixar de fumar. Já dos que ingerem bebidas alcoólicas, 87,7% não verbalizaram dificuldade em diminuir o seu consumo. Dos participantes com medicação anti-hipertensiva instituída, 95,2% disseram não sentir dificuldade em tomar a medicação.

Quanto ao regime alimentar, 18,5% da amostra referiu sentir dificuldade em seguir a dieta recomendada. Por último, executar actividade física diária reveste-se de dificuldade para a maioria dos inquiridos (61,1%).

Tabela 21 – Distribuição absoluta e percentual das dificuldades sentidas no cumprimento do regime terapêutico

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento	Sim		Não		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº (%)
26.1 Alimentação	20	18,5	88	81,5	108 (100)
26.2 Exercício físico	66	61,1	99	38,9	108 (100)
26.3 Medicação	5	4,8	18	95,2	104 (100)
26.4 Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas	7	12,3	50	87,7	57 (100)
26.5 Suspensão do hábito de fumar	9	100	0	0	9 (100)

3.1.5. Conhecimento sobre as recomendações terapêuticas para o controlo da hipertensão arterial

Da análise dos dados é possível verificar que, de uma forma geral, os doentes foram informados acerca dos cuidados a ter para a gestão da sua doença. Relativamente ao uso de substâncias, 22,8% dos participantes que consomem bebidas alcoólicas referiram que não foram informados para diminuir o seu consumo. Dos que têm o hábito de fumar, 33,3% referiram não lhes ter sido recomendada a suspensão do hábito.

Tabela 22 – Distribuição absoluta e percentual do conhecimento sobre as recomendações terapêuticas para o controlo da hipertensão arterial

Recomendação para o controlo da hipertensão	Sim		Não		Total Nº (%)
	Nº	%	Nº	%	
27.1 “Seguir uma dieta com pouco sal”	102	94,4	6	5,6	108 (100)
27.2 “Seguir uma dieta pobre em gorduras”	101	93,5	7	6,5	108 (100)
27.3 “Comer frutos e vegetais”	99	91,7	9	8,3	108 (100)
27.4 “Fazer exercício físico regularmente”	100	92,6	8	7,4	108 (100)
27.5 “Tomar a medicação prescrita	104	100	0	0	104 (100)
27.6 “Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas”	44	77,2	13	22,8	57 (100)
27.7 “Deixar de fumar”	6	66,7	3	33,3	9 (100)

3.1.6. Conhecimento sobre a hipertensão arterial

Analisando os dados relativos aos conhecimentos sobre hipertensão arterial demonstrados pelos participantes deste estudo, verificámos que, no que concerne à dimensão etiologia, a maioria dos inquiridos ou não sabe, ou pensa que na maior parte das situações o factor causal da doença é conhecido. Apenas 30,6% dos participantes sabem que frequentemente a causa da hipertensão não é conhecida. Por sua vez, a cronicidade da doença é conhecida por 72,2% dos participantes.

Menos de metade da amostra conhece o cariz assintomático da doença (38,9%), atribuindo a alguns sintomas específicos, como cefaleias e tonturas, a elevação dos valores de PA; e 44,4 % consideram que existem outras formas de se saber se os valores de PA estão elevados, que não se restringem à sua monitorização.

No que concerne aos factores de risco da doença, todos os inquiridos conhecem a relação entre o aumento da ingestão de sal e o aumento dos valores da PA. A relação

com o álcool é conhecida em 81,5% dos casos, com o aumento ponderal em 60,2 e a hereditariedade em 51,9%.

Relativamente à dimensão tratamento, evidenciámos que a amostra possui bons conhecimentos, uma vez que 99,1%, 91,7%, 85,2% e 87% dos participantes sabem, respectivamente, que para controlar a sua doença é importante reduzir o consumo de sal, de bebidas alcoólicas, perder peso e deixar de fumar. Curiosamente, quando questionados sobre se *“os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão”*, 47,2 % responderam afirmativamente. Quanto à suspensão do tratamento farmacológico aquando da normalização dos valores de PA, 16,7% consideraram que poderiam interromper a medicação e 13% desconheciam se o poderiam fazer.

As consequências cardíacas e cerebrais da doença são do conhecimento quase generalizado da amostra (96,3% e 99,1%, respectivamente) enquanto as oculares e as renais são desconhecidas pela maioria (52,8% e 63,9%, respectivamente). De salientar que apenas 36,1% e 31,5% dos participantes, respectivamente, possuem conhecimentos correctos acerca das consequências oculares e renais.

Tabela 23 – Distribuição absoluta e percentual do conhecimento sobre a hipertensão arterial (conhecimentos, conhecimentos errados e desconhecimentos)

Itens	Conhecimentos correctos		Conhecimentos errados		Desconhecimentos		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº (%)
28.1 “Na maioria dos doentes a causa...”	33	30,6	25	23,1	50	46,3	108(100)
28.2 “...é uma doença para toda a vida”	78	72,2	14	13,0	16	14,8	108(100)
28.3 “Pode-se ter a tensão alta sem ter ...”	42	38,9	47	43,5	42	17,6	108(100)
28.4 “Só se pode saber se a tensão está...”	53	49,1	48	44,4	7	6,5	108(100)
28.5 “O excesso de peso faz subir a ...”	65	60,2	7	6,5	36	33,3	108(100)
28.6 “O sal faz subir a tensão”	108	100	0	0	0	0	108(100)
28.7 “O álcool faz subir a tensão”	88	81,5	3	2,8	17	15,7	108(100)
28.8 “Se os pais tiverem a tensão alta...”	56	51,9	6	5,6	46	42,6	108(100)
28.9 “As pessoas com tensão alta devem fazer exercício físico...”	92	85,2	2	1,9	14	13,0	108(100)
28.10 “...importante comer com pouco sal”	107	99,1	0	0	1	0,9	108(100)
28.11 “...importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas”	99	91,7	1	0,9	8	7,4	108(100)
28.12 “...pessoas com excesso de peso, perder peso”	92	85,2	2	1,9	14	13,0	108(100)
28.13 “As pessoas com tensão alta devem deixar de fumar”	94	87,0	0	0	14	13,0	108(100)
28.14 “Os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão”	51	47,2	40	37,0	17	15,7	108(100)
28.15 “Os medicamentos...devem ser tomados todos os dias”	105	97,2	1	0,9	2	1,9	108(100)
28.16 “Quando a tensão baixar com a medicação, pode suspender...”	76	70,4	18	16,7	14	13,0	108(100)
28.17 “Tomar os medicamentos...melhora a esperança de vida”	88	81,5	3	2,8	17	15,7	108(100)
28.18 “... pode provocar ataque cardíaco”	104	96,3	0	0	4	3,7	108(100)
28.19 “... pode provocar trombose”	107	99,1	0	0	1	0,9	108(100)
28.20 “... pode provocar cegueira”	39	36,1	12	11,1	57	52,8	108(100)
28.21 “... pode provocar doenças nos rins”	34	31,5	5	4,6	69	63,9	108(100)

3.1.7. Relações entre variáveis sócio-demográficas e adesão terapêutica

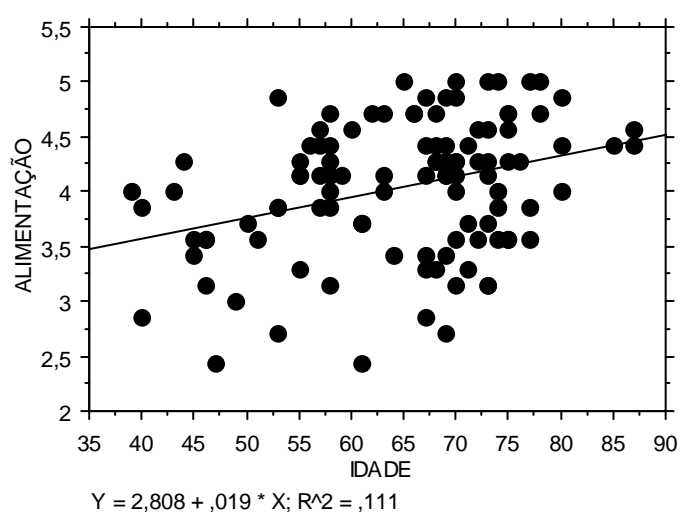
Na tentativa de responder a uma das perguntas de investigação – “*Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas e a adesão ao regime terapêutico?*” – sentimos necessidade de utilizar várias técnicas estatísticas, consoante a natureza das variáveis, de forma a obter informação sobre as possíveis relações entre estas variáveis. Passamos a descrever os resultados encontrados com significância estatística.

Idade

“*O estabelecimento de uma correlação entre duas variáveis pode ter utilidade na*

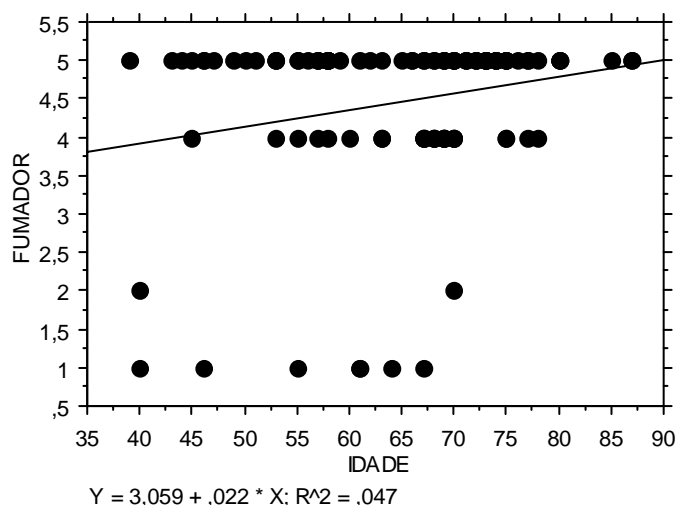
previsão dos valores de uma delas a partir do conhecimento dos valores da outra” (Levin, 1987, p.288). A técnica estatística utilizada para tais previsões é a análise de regressão. Assim, e com o propósito de prever possíveis relações entre a variável idade e a adesão terapêutica, recorreremos àquela técnica. Com efeito, os resultados indicaram com significado estatístico que a idade é uma variável preditiva da adesão à alimentação ($p < 0,0001$), evidenciando que a adesão às recomendações alimentares sugeridas aumenta à medida que também aumenta a idade dos participantes.

Gráfico 3 – Regressão linear simples: score de adesão à alimentação versus idade



Também foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a adesão às recomendações sobre o uso do tabaco ($p = 0,024$), sugerindo que a adesão às recomendações sobre o hábito de fumar aumenta à medida que também aumenta a idade dos participantes.

Gráfico 4 – Regressão linear simples: adesão ao uso do tabaco versus idade



Sexo

Os resultados da aplicação do teste t de *Student* demonstraram com significado estatístico ($p < 0,001$) que o *score* médio de adesão ao consumo de bebidas alcoólicas é superior no sexo feminino ($M = 4,7639$) relativamente ao masculino ($M = 3,8194$). Ou seja, a adesão às recomendações sobre o consumo de bebidas alcoólicas é superior nos participantes do sexo feminino.

O efeito da variável sexo também foi significativo ($p < 0,001$) para o uso do tabaco, em que se verificou um nível de adesão superior nas mulheres (Mean rank=67,88) relativamente aos homens (Mean rank=27,75).

Situação profissional

Os resultados obtidos da análise da variância (ANOVA) entre as variáveis adesão à alimentação e situação profissional demonstraram a existência de uma diferença significativa ($p < 0,001$). Aplicando o *Post Hoc Test (Scheffe)*, constata-se que há uma diferença significativa entre os reformados e os trabalhadores activos ($p = 0,010$) e entre os reformados e os desempregados ($p = 0,031$). O dado sugere que são os reformados os que apresentam um *score* médio de adesão à alimentação mais elevado, enquanto os desempregados são os que apresentam um *score* médio de adesão à alimentação mais baixo.

Apoio de pessoas significativas

Os resultados da aplicação do teste t de *Student* demonstraram que existe uma relação estatisticamente significativa entre sentir-se apoiado na gestão da doença por pessoas significativas e a adesão à alimentação ($p=0,0388$), sendo que o *score* médio de adesão a esta componente do tratamento é superior nas pessoas que referem este suporte familiar ou outro (Média=4,153 versus Média=3,909).

Quanto às outras variáveis sócio-demográficas e clínicas estudadas na amostra, os valores encontrados não nos permitem afirmar a relação entre essas variáveis e a adesão ao regime terapêutico.

3.1.8. Adesão global ao regime terapêutico e suas dimensões

Com o intuito de determinar a força e o sentido das associações entre as variáveis adesão ao regime terapêutico e a adesão às diferentes dimensões do tratamento, aplicámos o coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados do teste indicaram que a variável adesão global está positiva e significativamente correlacionada com a adesão ao consumo de álcool, com a adesão à alimentação recomendada, com a adesão à medicação, com as recomendações face ao consumo de tabaco e também com a adesão ao exercício físico.

Tabela 24 – Correlação de Pearson entre o score global da adesão ao regime terapêutico e cada uma das dimensões

Itens	Adesão ao regime terapêutico
Adesão ao uso de álcool	0,597*
Adesão à alimentação	0,499*
Adesão à medicação	0,380*
Adesão ao uso de tabaco	0,488*
Adesão ao exercício físico	0,431*

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

3.1.8.1. Relação entre a adesão ao regime terapêutico e razões da não adesão

Com o intuito de responder à pergunta de investigação – “*Que factores não cognitivos influenciam a não adesão ao regime terapêutico prescrito?*” –, aplicámos um conjunto de testes estatísticos na análise dos dados. Assim, para verificar a associação entre

causas de não adesão (variável dicotómica e nominal) e o nível de adesão a alguns componentes do regime terapêutico, mais especificamente à alimentação e ao uso do álcool (variáveis intervalares ou racionais), aplicámos o teste t de *Student* para amostras independentes. Os dados encontram-se representados respectivamente na tabela 25 e na tabela 26.

Tabela 25 – Resultados do teste t de Student entre: score médio da adesão às recomendações face à alimentação e razões da não adesão

Razões da não adesão	Nº	Adesão à alimentação		
		Média (Desvio Padrão)	t test	p - valor
14.1 “Comer dá-lhe prazer”				
Sim	75	3,8952 (0,62285)	-2,605	0,011
Não	27	4,2275 (0,37223)		
14.2 “Acha que alterar a dieta não vai melhorar...”				
Sim	12	3,6071 (0,50278)	-2,430	0,017
Não	90	4,0333 (0,57863)		
14.3 “Faz refeições fora de casa”				
Sim	23	3,7702 (0,49998)	-2,016	0,046
Não	79	4,0452 (0,59544)		
14.4 “A comida com pouco sal não fica apetitosa”				
Sim	28	3,5663 (0,53379)	-4,912	0,000
Não	74	4,1409 (0,52475)		
14.5 “Não é responsável pela confecção dos...”				
Sim	6	4,0952 (0,41074)	0,482	0,631
Não	96	3,9762 (0,59452)		
14.6 “A dieta recomendada é cara”				
Sim	21	3,7891 (0,58313)	-1,724	0,088
Não	81	4,0335 (0,57776)		
14.7 “Acha que é difícil alterar a sua forma...”				
Sim	0		*	
Não	102	3,9832 (0,58447)		
14.8 “Cozinha para muitas pessoas e ...”				
Sim	15	3,8095 (0,61009)	-1,250	0,214
Não	87	4,0131 (0,57829)		

* Não foi possível aplicar o teste uma vez que todos os participantes deram a mesma resposta

Os resultados da aplicação do teste na população que não cumpre sempre as recomendações alimentares, indicaram que os participantes que referiram que comer lhes dá prazer apresentavam um *score* médio de adesão mais baixo ($M=3,8952$) do que aqueles que afirmaram que comer não lhes dá prazer ($M=4,2275$). O valor de p (0,011) permite afirmar que a diferença de médias de adesão nos dois grupos – comer dá-lhe prazer e comer não lhe dá prazer – é estatisticamente significativa. Da mesma forma, os

12 participantes que referiram que alterar a dieta não iria melhorar a saúde, têm um nível médio de adesão à alimentação mais baixo ($M=3,6071$) do que os que consideram que poderiam melhorar o seu estado de saúde alterando a dieta ($M= 4,0333$). O valor de p (0,017) permite rejeitar a hipótese nula e aceitar que a diferença do nível de adesão naqueles dois subgrupos é estatisticamente significativa.

Os resultados de comparação de médias, obtidos na população que não adere sempre às recomendações alimentares, também foram significativos nas pessoas que referiram fazer refeições fora de casa ($M=3,7702$ versus $M=4,0452$, $p=0,046$) e nas que consideram que a comida com pouco sal não fica apetitosa ($M=3,5663$ versus $M=4,1409$, $p<0,001$).

O nível médio de adesão à alimentação foi mais baixo nos participantes que referiram que a dieta recomendada é cara e nos que referiram que cozinhavam para muitas pessoas não pretendendo fazer comidas diferentes; contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas com um nível de confiança de 95%.

Tabela 26 – Resultados do teste t de Student entre: score médio de adesão às recomendações face ao consumo de álcool e razões da não adesão

Razões da não adesão	Nº	Adesão ao uso do álcool Média (Desvio Padrão)	t test	p - valor
18.1 “Gosta de beber bebidas alcoólicas”				
Sim	27	2,8519 (0,88595)		
Não	3	4,5000 (0,00000)	-3,172	0,004
18.2 “Acha que beber menos quantidade de...”				
Sim	4	2,3750 (1,37689)		
Não	26	3,1154 (0,89786)	-1,435	0,162
18.3 “Acha que o álcool lhe dá mais força”				
Sim	1	1,5000		
Não	29	3,0690 (0,95173)	-1,621	0,116
18.4 “Sente necessidade de beber bebidas...”				
Sim	1	2,5000		
Não	29	3,0345 (0,99041)	-,531	0,600
18.5 “Faz parte do convívio com os amigos...”				
Sim	11	3,3182 (1,10165)		
Não	19	2,8421 (0,88275)	1,300	0,204

Na população das pessoas que referiram beber mais do que a quantidade de bebidas alcoólicas recomendada, a não adesão às recomendações para o seu consumo parece estar relacionada com o facto de “*gostarem de beber bebidas alcoólicas*”. É de salientar

que o nível médio de adesão nos participantes que afirmaram gostar de beber bebidas alcoólicas ($M=2,8519$) é menor do que nos inquiridos que não referenciaram este prazer ($M=4,5$). A diferença encontrada é estatisticamente significativa ($p=0,004$).

Apesar do *score* médio de adesão ao consumo de álcool ser inferior nas pessoas que “*acham que beber menos quantidade de álcool não vai melhorar a saúde*” ($M=2,3750$), em relação às que consideram que poderiam melhorar o seu estado de saúde se consumissem menos álcool ($M=3,1154$), o valor de $p>0,05$ não permite concluir que a diferença é estatisticamente significativa.

Para verificar as associações entre razões de não adesão (variável dicotômica nominal) e a adesão ao exercício físico, uso do tabaco e medicação (variável ordinal), recorremos ao teste estatístico não paramétrico U de *Mann-Whitney*. Os dados encontram-se representados na tabela 27 e na tabela 28.

Tabela 27 – Resultados do teste U de Mann-Whitney entre adesão ao exercício físico e razões de não adesão

Razões da não adesão ao exercício físico	Nº	Mean Rank	p - valor
16.1 “Não gosta de fazer exercício físico”			
Sim	20	41,72	0,210
Não	75	49,67	
16.2 “Tem algum problema de saúde...”			
Sim	16	31,91	0,005
Não	79	51,26	
19.3 “Não tem companhia e não tem motivação...”			
Sim	35	47,91	0,980
Não	60	48,05	
16.4 “Acha que fazer exercício físico não vai...”			
Sim	3	25,50	0,116
Não	92	48,73	
16.5 “Sente-se cansado”			
Sim	7	30,79	0,060
Não	88	49,37	

Na população que não pratica sempre exercício físico, os resultados demonstraram uma relação significativa entre o grau de adesão a estas recomendações e possuir algum problema de saúde que impeça a prática de actividade física ($p=0,005$), ou seja, o nível de adesão a esta recomendação terapêutica varia em função da pessoa ter ou não condições para a actividade física, sendo que os que apresentam esta limitação aderem

menos. Os participantes que referiram o cansaço como razão para não praticarem exercício regularmente aderiram menos em relação aos que não apontaram o cansaço como razão da não adesão ao exercício físico recomendado, contudo a diferença encontrada não nos permite afirmar que a relação entre estas variáveis é significativa na nossa amostra. Por outro lado, apesar de várias pessoas afirmarem que não fazem sempre exercício por falta de companhia ou de motivação, os dados não nos permitem afirmar a existência de relações estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Tabela 28 – Resultados do teste U de Mann-Whitney entre adesão à medicação e razões da não adesão

Razões da não adesão à medicação	Nº	Mean rank	p - valor
25.1 “Esquece-se”			
Sim	7	12,71	0,313
Não	14	10,14	
25.2 “Pensa que não é necessário tomar todas as vezes...”			
Sim	3	3,50	0,011
Não	18	12,25	
25.3 “Não gosta de tomar comprimidos”			
Sim	3	9,00	0,497
Não	18	11,33	
25.4 “Pensa que a medicação não está a dar bons...”			
Sim	0		*
Não	21		
25.5 “A medicação provoca-lhe efeitos secundários...”			
Sim	0		*
Não	21		
25.6 “Os medicamentos são muito caros”			
Sim	2	3,50	0,043
Não	19	11,79	
25.7 “O horário das tomas é inconveniente”			
Sim	1	3,50	0,163
Não	20	11,38	
25.8 “Não gosta de ser dependente de medicamentos”			
Sim	1	3,50	0,163
Não	20	11,38	
25.9 “São muitos os medicamentos que tem para tomar”			
Sim	2	11,75	0,840
Não	19	10,92	
25.10 “Deixa acabar os medicamentos”			
Sim	7	9,93	0,529
Não	14	11,54	

* Não foi possível aplicar o teste uma vez que todos os participantes deram a mesma resposta

Relativamente às razões da não adesão à cessação do hábito de fumar, é de salientar que: a totalidade dos participantes que fumam (nove) refere que o fazem porque

“*gostam de fumar*”; sete acham que “*deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde*”; oito consideram que “*é difícil deixar de fumar*” e nenhum fuma por achar que “*fumar faz parte do convívio com os amigos*”.

Verificámos que, no que concerne à necessidade de tomar a medicação consoante recomendado, os participantes que julgam “*não ser necessário tomar os comprimidos todas as vezes*” aderem menos (Mean rank=3,5) do que os que consideram ser necessário cumprir a prescrição (Mean rank=12,25). O valor de p (0,011) permite afirmar que a diferença é estatisticamente significativa.

O custo dos medicamentos também se relaciona significativamente com a adesão à medicação. Os participantes que indicaram como causa de não adesão o facto dos medicamentos serem dispendiosos aderem menos (Mean rank=3,50) do que os que não apontaram este motivo (Mean rank=11,79, $p=0,043$).

Relativamente às outras causas de não adesão os resultados não permitem afirmar a existência de associações estatisticamente significativas.

De salientar que nenhum dos participantes referiu como justificação para não aderir ao regime medicamentoso os possíveis efeitos secundários da medicação, bem como pensar na possível ineficácia dos fármacos.

3.1.8.2. Relação entre a adesão ao regime terapêutico e as dificuldades sentidas no cumprimento das recomendações

Quando analisámos as associações entre dificuldade em seguir o regime terapêutico recomendado e a adesão aos diferentes componentes desse mesmo regime, constatámos que, efectivamente, os participantes que referiram ter dificuldade em seguir o plano alimentar apresentam um nível médio de adesão à alimentação inferior ($M=3,7$) aos que não sentiram essa dificuldade ($M=4,1$). A diferença encontrada tem significado estatístico ($p=0,007$). Quanto ao consumo de álcool, o valor de p ($<0,001$) permite afirmar que os participantes que tiveram dificuldade em diminuir o seu consumo aderiram menos à limitação da sua ingestão.

Tabela 29 – Resultados do teste t de Student entre o score médio de adesão à alimentação e ao uso do álcool e a dificuldade de aderir a estas recomendações

Dificuldade em seguir o regime terapêutico	Nº	Adesão Média (Desvio Padrão)	t test	p - valor
26.1 “Alimentação”				
Sim	20	3,7071 (0,64135)	-2,765	0,007
Não	88	4,1153 (0,58556)		
26.4 “Álcool”				
Sim	7	2,5000(0,70711)	-3,735	0,000
Não	50	4,1600(1,14035)		

Da mesma forma, os participantes que aderiram menos à actividade física foram os que referiram mais dificuldade. De realçar que esta associação também foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Relativamente à toma da medicação, só cinco participantes referiram dificuldade e a diferença das médias não foi significativa. No que concerne ao uso do tabaco, todos os participantes que fumam referiram ser difícil a suspensão do hábito.

Tabela 30 – Resultados do teste U de Mann-Whitney entre adesão à actividade física e adesão à medicação e a dificuldade em aderir a estas recomendações

Dificuldade em seguir o regime terapêutico	Nº	Mean rank	p - valor
26.2 “Exercício físico”			
Sim	66	41,82	0,000
Não	42	74,43	
26.3 “Medicação”			
Sim	5	51,10	0,879
Não	99	52,57	

Estes achados permitem-nos concluir que, em diversos aspectos, a adesão está relacionada com a dificuldade percebida em alterar os estilos de vida praticados até ao momento do diagnóstico da hipertensão, tais como modificar a alimentação, fazer mais exercício físico, consumir menos álcool e deixar de fumar.

3.1.8.3. Relação entre recomendações terapêuticas para a gestão da doença e adesão ao regime terapêutico

A análise efectuada, com o objectivo de explorar associações entre terem sido recomendadas pelo profissional de saúde alterações nos estilos de vida e a toma da

medicação, e o grau de adesão a estas mesmas componentes do tratamento, não nos permite afirmar a existência de relações estatisticamente significativas. Ou seja, os dados confirmam a hipótese de que as recomendações dos profissionais de saúde relativamente ao tratamento da hipertensão não são suficientes para levar os doentes a alterarem favoravelmente os seus estilos de vida.

3.1.8.4. Relação entre conhecimentos sobre hipertensão e adesão ao regime terapêutico

Na tentativa de explorar possíveis relações entre conhecimentos correctos, conceitos erróneos, desconhecimentos e adesão ao regime terapêutico, recorremos à análise da variância (ANOVA). Os dados que obtivemos não nos permitem afirmar que existem associações significativas entre estas variáveis. Utilizámos o mesmo procedimento para averiguar possíveis relações entre conhecimentos correctos e cada dimensão individual do regime de tratamento e concluímos que os dados obtidos também não nos permitem afirmar a existência de associações significativas. Encontrámos resultados semelhantes quando, em vez dos conhecimentos correctos, tentámos relacionar os conceitos errados e os desconhecimentos. Por fim, utilizámos o mesmo teste para relacionar cada pergunta do questionário dos conhecimentos com o *score* da adesão total e também não encontramos relações com significado estatístico.

3.2. Discussão

Neste sub-capítulo do relatório, procuramos discutir os principais resultados obtidos neste percurso de investigação, estabelecendo sempre que possível comparações entre estes resultados e os resultados obtidos noutros trabalhos científicos. Para proceder à discussão, tomamos por referência as perguntas de partida que nortearam este estudo, no sentido de produzir um discurso que seja simultaneamente organizado e que dê respostas às questões de investigação anteriormente formuladas. Neste contexto, iniciamos a discussão com uma resenha sobre as características sócio-demográficas e clínicas da amostra e sua relação com a adesão terapêutica, partindo para a adesão ao regime terapêutico, causas de não adesão ao regime terapêutico e, por último, conhecimentos sobre a hipertensão arterial e recomendações para o seu tratamento.

Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

Relativamente às características sócio-demográficas da amostra, tal como noutros estudos, verifica-se um predomínio do sexo feminino e idade superior ou igual a 65 anos. O nível de instrução é baixo, uma vez que a grande maioria dos participantes (80%) apenas frequentou o ensino escolar por um período igual ou inferior a quatro anos e o grupo profissional dominante são os operários. A maior parte da amostra não se encontra profissionalmente no activo por motivos de reforma ou invalidez, facto que estará naturalmente associado à elevada média de idades. De realçar, que a maioria dos participantes vive acompanhado.

Existe uma certa discordância na literatura consultada quanto à existência de uma associação consistente entre a adesão terapêutica e as características sócio-demográficas, sendo que a maioria dos autores são unânimes em referir que a adesão terapêutica não está consistentemente associada aos factores sócio-demográficos (Horne, 2000; Brannon & Feist, 1996; Dunbar-Jacob et al., 2003; Schmid et al., 1991; McDonald et al., 2002). No presente estudo, não encontramos diferenças estatisticamente significativas para as variáveis habilitações literárias, profissão e estrutura familiar. Todavia, para as variáveis idade, sexo e situação profissional, as diferenças encontradas têm significado estatístico.

Relativamente à variável idade, os resultados obtidos são significativos para a adesão à alimentação e para a adesão ao uso do tabaco. Verificámos uma maior adesão a estas componentes do regime terapêutico nos participantes mais idosos, isto é, os resultados apontam para um aumento da adesão com o avançar da idade. O facto dos idosos aderirem mais às recomendações pode-se justificar por serem mais cautelosos com a sua saúde e por terem uma maior percepção da susceptibilidade à doença (Leventhal & Crouch 1997, cit. por Horne, 2000; Sarafino, 2002). O sentimento de aproximação do final da vida também pode ser um factor que contribui para um maior preocupação pela saúde e pelo bem-estar. Num estudo realizado no Brasil com 30 idosas hipertensas, a preocupação com a saúde e o interesse em tratar a hipertensão foram relatados por 96,7% das idosas (Rodrigues et al., 1996). Segundo os autores, este aspecto pode favorecer a adesão ao tratamento. Quanto aos mais novos, ainda no activo, talvez não percecionem o fim da vida e as complicações decorrentes da doença e por isso

apresentem menores índices de adesão. Adicionalmente, os horários laborais e a distância dos locais de trabalho podem dificultar a adopção de comportamentos mais saudáveis.

Relativamente à variável sexo, os resultados sugerem que as pessoas do sexo feminino aderem mais às restrições do consumo de bebidas alcoólicas e às restrições ao uso do tabaco. Este facto poderá estar relacionado com a idade dos sujeitos abrangidos pela amostra e com aspectos culturais, na medida em que estes comportamentos normalmente são adquiridos em fases mais iniciais do ciclo de vida, e na época da adolescência e juventude dos inquiridos, não era socialmente aceite o consumo destas substâncias por mulheres. Neste contexto, estes resultados espelham a marca da cultura na nossa sociedade.

No que concerne à situação profissional, constatámos que os reformados são os que exibem melhores comportamentos de adesão à alimentação, enquanto os desempregados são os que menos aderem a esta componente do tratamento; o que sugere que a situação profissional, nomeadamente o desemprego pode afectar negativamente a adesão. As barreiras financeiras poderão explicar parte destes resultados, uma vez que alimentos menos saudáveis são mais acessíveis economicamente. Por outro lado, o desemprego pode associar-se a um certo desânimo e a uma falta de motivação e de interesse por comportamentos de procura de saúde. Pensámos também que a relação entre adesão à alimentação e reforma poderá estar relacionada com a idade dos participantes, visto que normalmente a reforma ocorre em idades mais avançadas e, como foi referido anteriormente, a idade é uma variável preditiva da adesão na nossa amostra. Fica-nos assim a dúvida se é a situação profissional (reforma) ou a idade que mais influenciam positivamente a adesão.

Quanto às características clínicas, verifica-se que, em média, os participantes convivem com a doença há vários anos e que a mesma se manifesta noutros elementos da família com relações de consanguinidade. De facto, uma história familiar positiva de hipertensão foi encontrada em 47,22% dos participantes, valor semelhante aos encontrados noutros estudos (Al-Sowielem & Elzubie, 1998), reflectindo a predisposição familiar no aparecimento da hipertensão. Contudo, de salientar que 31,48% desconhece a presença da doença na família mais directa, o que pode indicar

que a história familiar pode estar subestimada. O facto da maioria dos participantes ter uma idade avançada, e dos seus pais terem vivido numa época em que o cuidado com a saúde, mais concretamente a procura de ajuda médica, não era habitual, poderá, no nosso entendimento, justificar o desconhecimento da doença nos familiares.

Não obstante a presença da doença na família, a maioria dos participantes não vive com pessoas que apresentem a doença, ou seja, não co-habitam com pessoas que partilhem as mesmas recomendações terapêuticas. Na perspectiva de alguns autores (Brannon & Feist, 1996), este aspecto poderá dificultar a adesão ao regime terapêutico, por exemplo, pelo carácter excepcional da dieta e do exercício físico.

De facto, e uma vez que a adopção de comportamentos saudáveis para o controlo da hipertensão deve ser permanente, o contexto familiar pode ter um efeito favorável ou não, na mudança comportamental. A adesão ao tratamento está relacionada com o apoio familiar dispensado ao doente (Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001). A alteração do padrão alimentar, a prática diária de exercício físico e a toma da medicação são objectivos difíceis de alcançar sem colaboração e participação dos familiares, por serem os elementos que convivem mais de perto com o doente e que podem ter um papel fulcral na mudança comportamental. A modificação de hábitos pelos familiares pode encorajar o doente à mudança, facilitando assim a adesão. No nosso estudo, 53,7% dos participantes referiram ter apoio de pessoas significativas, que na maioria dos casos correspondia a familiares, no cuidado com a sua doença. Contudo, a relação entre apoio e adesão só foi significativa para a adesão à alimentação, o que sugere que os participantes que se sentem apoiados têm mais cuidados com a alimentação.

Importa também realçar que a maioria dos participantes refere ter outros problemas de saúde crónicos, que condicionam a toma regular de medicação e/ou a mudança de hábitos de vida, o que sugere que o regime terapêutico ao qual estão sujeitos é complexo. De facto, e tal como referem Clara & Fonseca (2000), o envelhecimento da população conduz ao aumento das doenças crónicas, aumentando também o número de pessoas nas quais coexistem simultaneamente várias destas doenças. Esta elevada prevalência de diversas patologias crónicas, concomitantemente na mesma pessoa, conduzem ao aumento de fármacos prescritos e ao aumento das alterações nos hábitos diários, os quais podem dificultar a adesão terapêutica, até porque se constituem como

uma sobrecarga económica para o doente. Contudo, e apesar da bibliografia associar a complexidade do tratamento a menores índices de adesão, não encontramos neste estudo relação significativa entre estas variáveis.

Em termos de vigilância da doença, estamos perante uma amostra que, no último ano, recorreu várias vezes ao Centro de Saúde para consultas médicas ou de enfermagem, o que poderá sugerir, por um lado, preocupação com a situação clínica ou, por outro lado, ausência de controlo da doença. Não sabendo com exactidão o motivo que subjaz a marcação destas consultas, partilhamos a opinião de Teixeira (1998), que considera de enorme importância o acompanhamento frequente destes doentes no sentido de aferir se aderem ou não ao tratamento. Só assim, poderão ser tomadas medidas numa fase inicial para melhorar os níveis de adesão e diminuir os riscos de posteriores complicações. Em consonância com este dado, também verificámos que a média de vezes de monitorização da pressão arterial foi alta (35,6 vezes no ano) e que, inclusive, alguns participantes possuem equipamento para monitorização da PA no domicílio, o que naturalmente lhes possibilita a monitorização deste parâmetro vital com maior regularidade. De acordo com Ramalinho & Cabrita (1998), a frequência da medição da PA pode ser indicador da preocupação do hipertenso pela sua saúde. No estudo de Shea et al. (1992), o grau de adesão à medicação foi significativamente maior quando as pessoas mediam regularmente a pressão arterial. No nosso estudo não encontramos relação entre o número de vezes de monitorização da PA e a adesão.

Adesão ao regime terapêutico

Como já tivemos oportunidade de referir no enquadramento teórico, avaliar a adesão ao regime terapêutico não é fácil nem consensual. Nenhum método disponível, seja directo ou indirecto, está isento de limitações e o método ideal não existe. Acresce que nenhum dos métodos contempla todos os aspectos que influenciam a adesão. Nesta perspectiva, as características dos estudos, nomeadamente os métodos utilizados para avaliar a adesão, influenciam os resultados obtidos. A adesão avaliada pelo método de auto-relato pode ser artificialmente mais elevada, em virtude da tendência dos doentes para relatarem uma maior adesão; no entanto, o relato de não adesão é correcto (Fletcher, 1989, cit. por Myers & Midance, 1998). A título de exemplo, no estudo conduzido por Teixeira (1998), em que a autora utilizou dois métodos diferentes para avaliar a adesão

à medicação anti-hipertensiva, os resultados da classificação dos doentes foram bastante distintos. A taxa de adesão encontrada pelo método de entrevista foi de 62,1%, enquanto que pelo método de contagem de comprimidos foi de 38,4%. Outro factor que influencia os resultados é a própria definição de adesão que difere de acordo com os diferentes autores. Importante será referir que todos estes factores dificultam a comparação dos resultados obtidos pelos diversos estudos. Contudo, e apesar destas limitações, vamos reflectir sobre os resultados que obtivemos, tentando compará-los com a literatura consultada.

O *score* de adesão ao regime terapêutico obtido neste estudo é de 3,9361 (numa escala de 1 a 5). Porém, não encontramos na bibliografia consultada nenhum outro estudo que avaliasse a adesão a todos os aspectos do regime terapêutico de uma forma global, pelo que não podemos comparar o nosso resultado. Resta-nos então comentar os resultados de uma forma parcelar, ou seja em cada dimensão do regime terapêutico.

A baixa adesão às modificações dos estilos de vida nos portadores de doenças crónicas tem sido largamente documentada (Kyngas & Lahdenpera, 1999; Chockalingam et al., 1998; Kravitz et al., 1993; Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Youssef & Moubarak, 2002). Os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura, uma vez que indicam que os maiores problemas ocorreram na adesão à actividade física e na adesão à alimentação e, neste contexto, mais especificamente na redução de sal e no consumo de frutas e vegetais. Melhores índices de adesão foram encontrados relativamente à restrição no consumo do álcool, uso do tabaco e toma da medicação.

Relativamente à adesão à actividade física, verificámos que, na globalidade, os participantes raramente empreenderam qualquer actividade física contínua (pelo menos 30 minutos); 88% dos participantes não praticou exercício físico diário, e destes, 46,3% não o fez em nenhum dos sete dias. No estudo conduzido por Marín-Reyes & Rodrigues-Morán (2001), a dimensão do tratamento na qual se verificou o menor nível de adesão também foi o exercício físico. A elevada média de idades da amostra, que condiciona alguma limitação física e a presença de várias patologias na mesma pessoa, poderão explicar este resultado. De salientar, que existe alguma coerência entre as dificuldades relatadas pelos participantes na adesão às diferentes recomendações terapêuticas e a adesão em si mesma, ou seja, a dimensão do tratamento na qual mais

participantes referiram dificuldade de aderir foi efectivamente o exercício físico, coincidindo com o baixo índice de adesão encontrado.

Quanto à adesão a hábitos alimentares saudáveis, verificámos que o consumo de frutas e vegetais, a restrição salina na dieta e a redução de gorduras foram, por ordem decrescente, os aspectos da alimentação onde se verificou menor adesão. De facto, apenas 25,9 % dos participantes ingeriram a quantidade de frutas e vegetais recomendados. Este indicador reforça a ideia de que a alimentação dos portugueses se encontra desvirtuada. A gastronomia dos portugueses, que tradicionalmente sofre influências mediterrânicas, tem sido relegada em prol de uma alimentação caracterizada por um consumo deficitário de produtos hortícolas e de frutos, contrastando com um consumo excessivo de proteínas de origem animal, de sal e de gorduras (Ministério da Saúde, 2004b). Assim, a uma certa variedade na confecção dos alimentos ainda relacionada com as tradições, sobrepõe-se um crescente consumo de alimentos ricos em gorduras, sal e açúcares, em detrimento dos produtos frescos da época e da região, sem processamentos químicos. Para esta realidade parecem contribuir vários factores. Por um lado, a vida nos grandes centros urbanos, que dificulta o cultivo para consumo próprio destes alimentos; por outro lado, o actual custo dos mesmos, que poderá dificultar a sua aquisição naqueles com maiores dificuldades económicas; e ainda o ritmo de vida da sociedade actual, que leva as pessoas a consumir menos produtos naturais, não por falta deles, mas por falta de tempo e de vontade para os confeccionar. Outro aspecto que parece contribuir para o actual consumo de alimentos ricos em gordura e sal é o prazer associado à ingestão destes alimentos. Esta mudança na tradição portuguesa, associada ao facto da maioria dos hipertensos não co-habitarem com outras pessoas que também requerem a adopção de uma dieta pobre em sal e gorduras e rica em frutos e vegetais, poderá dificultar a adesão a uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Apesar dos dados obtidos, constatámos que a designada “*fast food*” não é consumida pela maioria dos participantes (91,7%). Acreditámos que este dado possa estar relacionado com a idade avançada da amostra, uma vez que tipicamente os maiores consumidores deste tipo de alimentação são os mais jovens. Relativamente ao sal, o seu consumo na alimentação parece exceder o recomendado pela comunidade científica.

Apenas 49,1% dos participantes seguiram diariamente uma dieta com pouco sal. A preferência por comida apetitosa parece estar na base deste comportamento. Contudo, e não obstante este resultado, ficámos com a dúvida se a quantidade diária de sal que estas pessoas ingerem coincide efectivamente com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Esta incerteza baseia-se no facto de uma grande parte do sal que se consome ser proveniente dos produtos que nos chegam a casa já confeccionados, como por exemplo o pão. Neste sentido, é admissível pensar que mesmo que as refeições cozinhadas no domicílio sejam pobres em sal, o consumo de outros produtos, habitualmente de uso diário, pode ser responsável pela ingestão excessiva deste mineral. Neste contexto, e pelo facto de uma grande percentagem do sal que consumido não ser adicionado pelo consumidor, mas antes incorporado pelos fabricantes aos alimentos que se compram já confeccionados, parece-nos imprescindível que os governos implementem medidas legislativas de restrição de sal na confecção dos produtos alimentares, e que se certifiquem da sua aplicação prática, com vista à diminuição do consumo deste mineral na população. Parece-nos que só uma intervenção deste âmbito poderá, a curto ou médio prazo, modificar o panorama nacional em relação ao consumo excessivo de sal e as respectivas implicações na saúde das pessoas.

No que concerne à adesão à medicação anti-hipertensiva, os resultados do nosso estudo indicam que 78,9% dos participantes com terapêutica instituída referiram que tomam regularmente os fármacos consoante recomendado. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos desenvolvidos nesta área e em desacordo com outros que encontraram valores de adesão muito inferiores (38%) (Solera et al., 2004). Um estudo realizado em Coimbra com uma amostra de 400 sujeitos, que também utilizou o método de auto relato para avaliar a adesão, verificou que 80% dos inquiridos foram considerados aderentes (doentes cuja percentagem de adesão se situava entre 80% e 110%) (Silva, 2002). Num outro estudo realizado em Espanha, dos 8862 participantes, 68,28% tomaram regularmente a medicação instituída, enquanto que 31,71% não aderiram ao tratamento (Pérez et al., 2004). No estudo de Youssef & Moubarak (2002), cuja amostra foi constituída por 316 pessoas, a taxa de adesão à medicação foi de 74,1% (adesão a 90% das doses prescritas). Outros estudos encontraram valores semelhantes (Al-Sowielem & Elzubier, 1998; Kyngas & Lahdenpera, 1999).

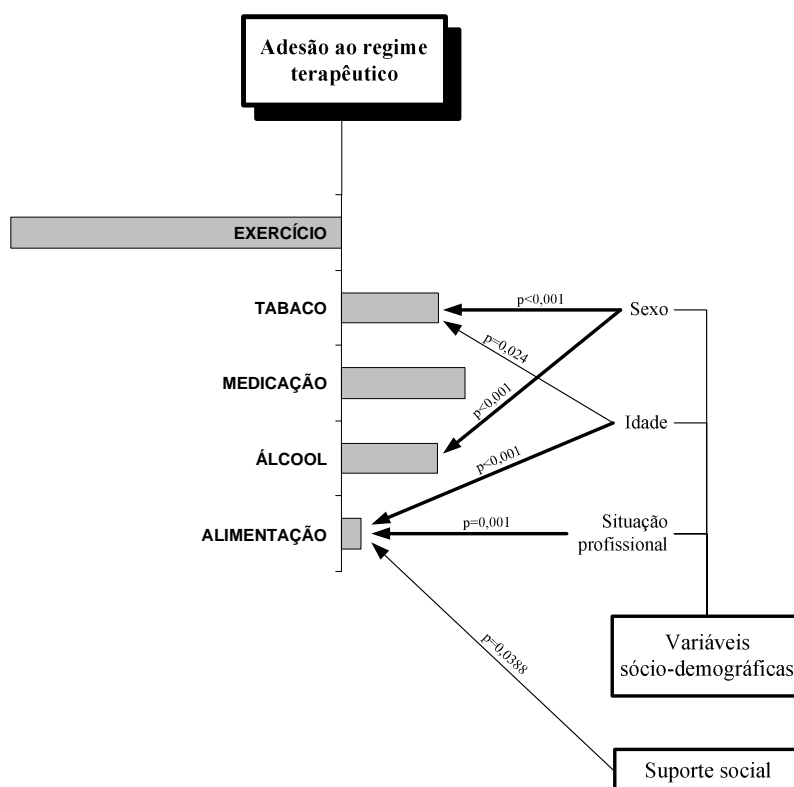
Uma razão provável para a adesão à medicação ser elevada, neste e noutros estudos, poderá estar relacionada com crenças dos doentes, nomeadamente com uma maior valorização da medicação no tratamento da doença, em detrimento dos estilos de vida. Este aspecto poderá ainda ser reflexo de uma maior difusão da terapia farmacológica como forma de cura mais frequente (Pinkus, 1988, cit. por Péres et al., 2003). Por outro lado, a toma da medicação não implica perder prazer. Adicionalmente, estes resultados podem ser justificados pelo facto de praticamente todos os participantes não sentirem dificuldade em tomar a medicação, enquanto noutras dimensões do tratamento, mais especificamente nas que requerem alterações de hábitos muitas vezes enraizados, a dificuldade manifestada em aderir foi notória. Por outro lado, pensamos que o investimento da indústria farmacêutica durante as últimas décadas, no intuito de diminuir os efeitos secundários provocados pelos anti-hipertensores, possa também estar reflectido nestes resultados. Este pensamento surgiu uma vez que, apesar da literatura associar a baixa adesão aos efeitos secundários dos fármacos, nenhum participante referiu como causa de não adesão os possíveis efeitos secundários destes fármacos. Contudo, e uma vez que não analisámos o tipo de anti-hipertensivos que os participantes do estudo faziam, não nos é possível fazer outras considerações sobre este assunto.

Relativamente ao uso do álcool e do tabaco, os resultados indicam que 75,9% dos participantes não excedem as quantidades diárias de bebidas alcoólicas recomendadas para a gestão da doença e que 91,6% não fumam. Uma vez que não questionámos os participantes sobre o comportamento anterior ao diagnóstico de hipertensão, não sabemos se estes valores correspondem a mudanças comportamentais decorrentes do diagnóstico, ou se efectivamente estes estilos de vida já não faziam parte do quotidiano daquelas pessoas.

O problema da adesão a estilos de vida saudáveis não é só a necessidade de mudar hábitos, mas essencialmente a necessidade de manter essas mudanças e de as incorporar na vida diária. Neste sentido, e ainda reflectindo sobre os resultados, importa salientar que outra característica dos estudos, nomeadamente a duração dos mesmos, também influencia os resultados obtidos (Ramalinho & Cabrita, 1998). Por este motivo, pensamos que se tivéssemos alargado a janela temporal por um período de tempo

superior, a adesão seria ainda menor, essencialmente na dimensão alimentação, exercício físico, medicação e uso do álcool. Tal como refere Burke (2005), esta nossa convicção baseia-se na premissa de que um período de tempo mais curto reduz a possibilidade de obter um padrão de comportamento habitual do doente, uma vez que, essencialmente as escolhas alimentares e a actividade física podem variar consoante o período do ano.

Figura 7 – Esquema explicativo da adesão ao regime terapêutico e suas relações com as variáveis sócio-demográficas



Razões da não adesão

A não adesão ao regime terapêutico é considerada como o principal factor responsável pela dificuldade de controlo da hipertensão arterial e suas implicações (WHO, 2003b). Acreditamos que a identificação dos factores que se relacionam com a não adesão e um conhecimento mais pormenorizado sobre os mesmos podem ajudar na implementação de intervenções que promovam a adesão, favorecendo assim um maior controlo dos

valores de pressão arterial na população.

No nosso estudo, tentámos avaliar a adesão ao regime terapêutico prescrito, mas também procurámos identificar as razões que determinaram a não adesão, pelo que urge a análise dos resultados obtidos.

No que concerne ao exercício físico, constatámos que os participantes do estudo estão na realidade informados acerca da necessidade das pessoas com hipertensão praticarem exercício, e inclusive percebem os benefícios desta prática na sua saúde (96,8%); contudo, e apesar destes dados, poucos incorporaram esta actividade na sua rotina diária. A falta de companhia, que condiciona desmotivação, parece ser a razão mais referida. Não encontramos, no entanto, uma relação estatisticamente significativa entre este aspecto e a adesão a esta componente do tratamento. Já no que concerne à presença de problemas de saúde, nomeadamente patologia osteoarticular, que dificulta ou impossibilita a actividade física, a relação com a adesão tem significado estatístico, o que revela que são os indivíduos com alguma incapacidade motora os que menos aderem a esta recomendação terapêutica. A pobre condição física, como uma barreira efectiva à prática de actividade física, também foi referida por 52,6% dos participantes de um estudo sobre determinantes da adesão em doentes hipertensos, enquanto que 39,3% dos sujeitos referiram a falta de tempo (Youssef & Moubarak, 2002). O facto de alguns elementos da amostra não terem problemas de saúde, mas também não praticarem exercício, pode ser reflexo do estilo de vida dos portugueses em que uma grande percentagem tem uma vida sedentária.

As dificuldades em alterar os hábitos de vida são manifestadas também no que se refere à alimentação. Alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir, sendo ainda mais difícil manter as mudanças entretanto realizadas. É consensual que adquirir e manter um novo comportamento é mais difícil do que manter velhos hábitos já estabelecidos. Os resultados deste estudo indicam que a preferência pessoal por determinado tipo de alimentos e de confecção e o prazer que proporcionam determinam, em parte, a dificuldade de adesão a hábitos alimentares saudáveis. Estes resultados parecem sugerir que os benefícios de determinado comportamento nem sempre superam as barreiras percebidas, essencialmente quando se fala do prazer que lhe está associado. Um estudo conduzido por Youssef & Moubarak (2002) também concluiu que a

preferência por pratos com gorduras saturadas e com excesso de sal foram as barreiras referidas pela grande maioria dos participantes que não seguiam uma dieta saudável (83% e 95,7%, respectivamente).

De facto, ao longo do ciclo de vida, muitas das actividades sociais e prazíveis mais importantes da experiência humana são comer e beber. O acto de comer e beber é muito mais abrangente do que exclusivamente saciar a fome e a sede (Marks et al., 2001). Na perspectiva dos mesmos autores, mais do que a simples satisfação das necessidades fisiológicas, comer e beber são actividades simbólicas, morais e culturais e fonte de prazer. Neste contexto, a escolha por uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada (Viana, 2002; Durose et al., 2004). A selecção dos alimentos depende de outros factores, como as preferências relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas muito cedo no seio da família e outros factores psicológicos e sociais. Segundo Glanz et al. (1998, cit. por Viana, 2002) e Silva et al. (2002), algumas características tais como o paladar, o preço, o aspecto, a facilidade na preparação, a publicidade, etc., condicionam mais as escolhas alimentares que efectuamos do que o conhecimento dos benefícios para a saúde. Assim, torna-se importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para estes aspectos e que os considerem quando prescrevem intervenções para implementar em pessoas com o diagnóstico de não adesão ao regime terapêutico.

Não obstante este dado, os nossos resultados também indicam, com significado estatístico, que a percepção de benefícios na saúde relacionada com a alteração do padrão alimentar se associa a melhores níveis de adesão. Por outras palavras, os participantes que consideram que alterar os hábitos alimentares se pode repercutir numa melhoria da sua saúde aderem mais. Estes dois resultados parecem sugerir que as crenças de saúde, mais especificamente a crença de benefícios e a crença de barreiras, condicionam a mudança comportamental nos doentes hipertensos.

Outro factor envolvido na não adesão à alimentação é o facto de, por diversos motivos, as refeições não terem lugar no domicílio mas em restaurantes. De facto, os participantes deste estudo que fazem refeições fora de casa aderem menos às restrições alimentares. Talvez uma das razões para este resultado seja o custo das refeições, uma vez que os alimentos ricos em gordura e em sal são economicamente mais acessíveis.

Desta forma, as condições disponíveis, formadas por um lado pelas possibilidades financeiras e por outro lado pela oferta de locais para fazer a refeição, também determinam o limite de possibilidades que a pessoa dispõe para se alimentar e assim as suas escolhas (Garcia, 1997).

Relativamente à adesão à medicação, vários estudos concluíram que o principal motivo enunciado pelos doentes para a não utilização dos medicamentos para o controlo da hipertensão foi a falta de dinheiro para os adquirir (Teixeira, 1998; Elzubier et al., 2000; Fonseca & Clara, 2000). Na realidade, as condições económicas podem constituir-se como barreiras para a aquisição dos medicamentos. Os resultados encontrados na nossa amostra também apontam para o facto do custo dos anti-hipertensores ser um factor limitador da adesão à medicação. Estes dados alertam para o facto da intenção de aderir a um tratamento poder ser, em alguns casos, minada pela dificuldade de acesso ao medicamento. É certo que não questionámos os participantes do estudo acerca do seu rendimento mensal. Contudo, se considerarmos que uma grande percentagem dos inquiridos não se encontra no activo por motivos de reforma, invalidez, desemprego ou outros, e que as classes profissionais mais representativas são os operários, seguida dos trabalhadores não qualificados, não será difícil inferir que, provavelmente, os recursos económicos dos participantes são escassos. Se associarmos a este aspecto o elevado custo dos fármacos anti-hipertensores, percebemos a dificuldade dos doentes em gerir o seu orçamento e em comprar os medicamentos prescritos. De facto, apesar da relação entre o custo dos anti-hipertensores e a adesão à terapêutica não ser muito clara, pode ser especialmente importante nas pessoas com poucos recursos, nomeadamente os desempregados e os mais idosos, estes últimos frequentemente polimedicados. Uma estratégia política que compreenda um aumento da comparticipação destes fármacos poderá propiciar nalgumas situações, melhores índices de adesão e assim contribuir para a diminuição de futuros custos, resultantes das complicações da doença e respectivas implicações para a pessoa e para a sociedade.

Outro aspecto considerado na tomada de decisão de aderir à terapêutica prescrita é a percepção que a pessoa tem da doença e do tratamento. Procurámos abordar neste estudo alguns aspectos que identificassem a presença desta possível relação. Assim, os dados demonstraram com significado estatístico que pensar que não é necessário tomar

o fármaco regularmente, em virtude de se sentir bem sem o tomar, foi outra das razões que motivou a não adesão. No estudo de Ramalinho & Cabrita (1998), o grau de adesão também foi menor naqueles que suspendiam a terapêutica porque se sentiam bem. Também no estudo conduzido por Li et al. (2003), a maioria dos doentes (42%) suspenderam a medicação por considerarem que não necessitavam de a tomar, uma vez que se sentiam bem.

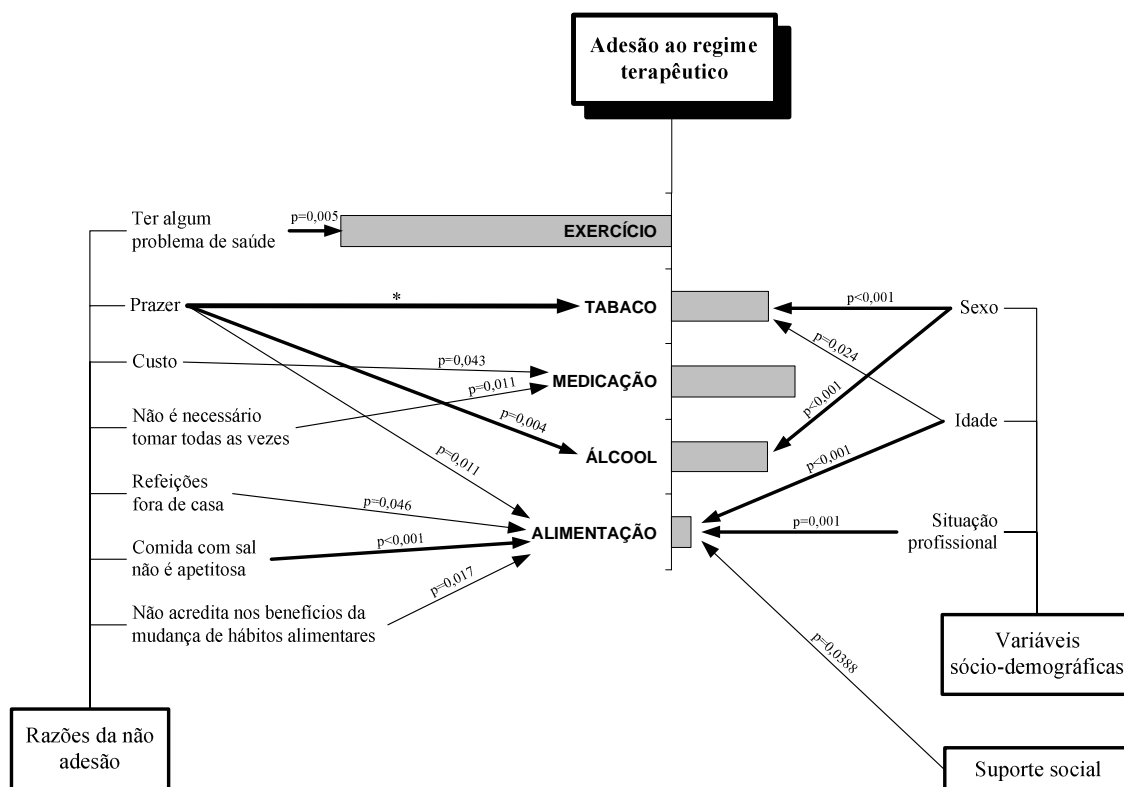
Estes resultados sugerem que, pelo facto dos doentes não sentirem sintomatologia, podem não perceber a necessidade de fazer o tratamento de forma continuada. Acresce para a discussão que a maior parte dos doentes deste estudo não acredita que se possa apresentar valores de PA elevada sem ter queixas. Por outro lado, pensam que existem outras formas de saber que a PA está elevada, que não se restringem à sua monitorização, isto é, mais uma vez associam sintomas à presença da doença. Estes dados podem ser uma agravante, na medida em que a associação da doença a sintomas específicos pode levar a pessoa, na ausência desses sintomas, a descorar o tratamento por acreditar que a doença poderá estar controlada.

Relativamente ao uso do álcool, é de realçar que a adesão foi menor nos doentes que referiram gostar de beber bebidas alcoólicas. Quanto ao consumo de tabaco, todos os participantes referiram que o motivo pelo qual mantêm o hábito é o prazer de fumar. Mais uma vez, o prazer e a preferência sobrepõem-se às recomendações e ao conhecimento da importância da redução do seu consumo para o controlo da doença.

De facto, os nossos resultados sugerem que os doentes possuem de uma forma geral conhecimentos acerca da doença, do tratamento e das suas consequências nefastas, essencialmente no que concerne às complicações cardíacas e neurológicas (cerebrais), no entanto esse conhecimento não se reflecte no seu comportamento. Isto significa que o acesso à informação não foi suficiente para garantir o tratamento nem a adopção de hábitos e comportamentos que contribuam para o controlo dos valores da pressão arterial. Torna-se assim inevitável questionar porque razão as pessoas possuidoras de conhecimentos acerca dos riscos de adoptarem determinados comportamentos, eventualmente fatais, mesmo assim os adoptam. Por outras palavras, porque é que tais conhecimentos não são suficientes para proporcionarem a força necessária para as pessoas controlarem racionalmente as suas vontades arriscadas? Será falta de volição

para a mudança comportamental? Tal como Aubert et al. (1998), acreditámos que várias explicações sustentam a dificuldade no controlo das doenças crónicas, como a hipertensão arterial e a resistência na adopção de estilos de vida saudáveis. Em primeiro lugar, e apesar das pessoas conhecerem as sérias consequências da hipertensão, podem subestimá-las devido à sua evolução lenta e silenciosa. É assim difícil convencer as pessoas, muitas vezes assintomáticas, de que estão doentes e que esta nova condição implica a mudança de hábitos envoltos em prazer, ou ainda a necessidade de usar medicamentos para o resto da vida. Em segundo lugar, os padrões de vida prevalentes na sociedade, num determinado momento, são determinados por atitudes comuns, crenças, comportamentos e condições sociais que tendem a ser estáveis no tempo. Neste sentido, os conceitos sociais de normalidade também influenciam as escolhas de comportamentos, que são aparentemente individuais (Chor, 1999). Por outro lado, o célebre provérbio *“perdoa o mal que faz pelo bem que sabe”* parece ser apanágio da sociedade actual. O *“perdão”* individual por comportamentos que conferem *“prazer”* imediato, tais como gostar de comida apetitosa e com alto teor de gordura, evitar o exercício físico, fumar e abusar das bebidas alcoólicas, é um impedimento imperioso para a adopção de estilos de vida saudáveis. De facto, as escolhas alimentares dependem frequentemente *“daquilo que se quer comer”*, ou seja, procuram a satisfação do paladar, tendo como objectivo o prazer pelo que está a ser consumido, em detrimento de valorizar *“aquilo que se deve comer”*. Isto torna-se mais evidente se tivermos em consideração as características contraditórias das sociedades ocidentais, nas quais convivem simultaneamente estímulos para o consumo de múltiplas ofertas envoltas de *“prazer”*, com alertas para os riscos e malefícios dessas opções (Chor, 1998; Castiel, 1996). São exemplo disto as duplas mensagens relativas ao uso do tabaco, ao uso do álcool e à comida industrializada. Doenças crónicas, que se desenvolvam de uma forma subtil, apesar das graves consequências que podem apresentar a longo prazo, acabam por perder a disputa no raciocínio de custo-benefício que fazemos ao escolher determinado comportamento. Assim, enfatizar os benefícios na saúde, decorrentes da mudança e manutenção de comportamentos saudáveis, torna-se insuficiente, já que aqueles efeitos só ocorrem a longo prazo, enquanto o *“prazer”* é imediato. Finalmente, as pessoas podem não se sentir capazes de alterar os seus comportamentos, isto é, podem ter uma baixa percepção de auto-eficácia.

Figura 8 – Esquema explicativo da adesão ao regime terapêutico, variáveis sócio-demográficas e razões da não adesão



* Todos os participantes que fumam referiram que mantêm o hábito pelo prazer de fumar

Conhecimentos sobre a hipertensão e recomendações para o seu tratamento

Relativamente a este domínio em análise, constatámos na bibliografia consultada que não existe consenso quanto aos conhecimentos que as pessoas com hipertensão possuem acerca da sua patologia. Alguns estudos concluíram que os conhecimentos que os doentes possuem acerca da HTA são razoáveis (Aubert et al., 1998; Ailinger, 1982) ou bons (Prior et al., 2001), enquanto que outros concluem que os doentes apresentam crenças erróneas e défices de conhecimento sobre a doença (Li et al., 2003). Neste sentido, pretendíamos investigar os conhecimentos, desconhecimentos e crenças erróneas dos participantes do estudo no que se refere à HTA, no sentido de saber quais os défices de conhecimento e a sua relação com a adesão ao regime terapêutico.

No que concerne aos conhecimentos sobre a doença, verificámos que a dimensão “etiologia” é a menos conhecida, ou seja, são poucos os doentes que sabem que, na maioria das situações, a causa da hipertensão é desconhecida (30,6%). Apesar de ser um

aspecto da doença pouco conhecido, os resultados obtidos são melhores do que os encontrados por Ailinger (1982), onde só 3% da amostra respondeu correctamente à questão sobre a etiologia. Segundo Leventhal (1980, cit. por Pereira & Silva, 2002, p. 36), *“quando os nomes das doenças têm uma associação semântica forte, é provável que influenciem a forma como as pessoas pensam acerca da doença”*. Nesta perspectiva, este resultado talvez reflecta algumas crenças erróneas da população, que habitualmente rotulam a hipertensão de *“emocional”* e *“nervosa”*, associando-a a *“tensão emocional”* (este aspecto foi referido pelos participantes durante a aplicação do formulário).

Outro aspecto sobre o qual demonstraram défice de conhecimentos foi a sintomatologia. Apenas 38,9 % sabem que é possível ter os valores de PA elevados, sem contudo haver qualquer manifestação clínica sintomática. Ao longo da interacção que estabelecemos com estes doentes, percebemos que estes associam a doença à presença de sintomas como *“dores de cabeça”*, *“rubor facial”*, *“tonturas”*, referindo inclusive que *“sabem quando a PA está elevada”*, o que vai de encontro aos resultados de vários estudos citados por Sarafino (2002) e referenciados no enquadramento teórico. Uma vez que a HTA é essencialmente uma doença assintomática, este dado pode ser preocupante pois a ausência de sintomas pode conduzir a uma menor percepção de susceptibilidade percebida e assim influenciar negativamente a adesão. A ausência de manifestações clínicas pode ser responsável pelo doente assumir que a doença está controlada e assim descorar o tratamento.

Relativamente aos factores de risco, 51,9% da amostra identificou correctamente a hereditariedade como um desses factores, o que vai de encontro ao estudo de Ailinger (1982). A relação entre obesidade e hipertensão é conhecida por 60,2%. De salientar que todos conhecem a relação entre o excesso de sal e a doença, apesar deste conhecimento não se reflectir na mudança de hábitos alimentares.

A dimensão onde se verificou um maior conhecimento, ou seja uma maior proporção de respostas correctas, foi o tratamento. De facto, os resultados permitem afirmar que os participantes conhecem o regime terapêutico recomendado para a gestão da doença. Nesta perspectiva, podemos dizer que estão dotados do conhecimento necessário para que as suas escolhas possam ser conscientes. Contudo, quando tentámos estabelecer

relações entre estes conhecimentos, de uma forma individual, e a respectiva adesão a esses aspectos do tratamento, os dados não nos permitem afirmar relações significativas.

Quando questionados acerca do tratamento da hipertensão, a grande maioria dos doentes acertou na necessidade de mudanças nos estilos de vida; no entanto existe uma lacuna entre o que os doentes acreditam que deve ser feito e aquilo que realmente fazem. Curiosamente, quando questionámos se os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão, 47,2% responderam afirmativamente. Apesar de conhecerem os benefícios terapêuticos das modificações dos estilos de vida, parecem valorizar mais a terapia medicamentosa. Esta maior valorização poderá ser devida por um lado ao facto da toma dos medicamentos não ser um aspecto que interfere muito com os hábitos de vida das pessoas, sendo por isso mais fácil a sua administração. Por outro lado, como a prescrição dos fármacos é resultante da tomada de decisão do médico, poderá a maior valorização dos medicamentos estar relacionada com uma maior valorização do papel do médico nos cuidados de saúde. Acresce que o facto dos participantes responderem correctamente às questões sobre a necessidade de modificação dos estilos de vida para o tratamento da doença não significa que se tenham apropriado do conceito e, no fundo, acreditam é na terapia farmacológica.

Ainda em relação à medicação, os resultados obtidos indicam que 29,7% dos participantes pensam que podem suspender o tratamento farmacológico uma vez atingido o controlo dos valores da pressão arterial, ou desconhecem se o podem fazer. Este dado sublinha a necessidade de ensinar estes doentes acerca destes conteúdos, no intuito de colmatar este défice de conhecimento.

Quase a totalidade da amostra conhecia as complicações cardíacas e cérebro-vasculares da doença, dados que são semelhantes aos encontrados noutros estudos (Ailinger, 1982). Uma percentagem muito inferior de participantes (31,5% e 36,1%, respectivamente) sabiam as complicações renais e oculares, o que parece indicar que os sujeitos possuem um conhecimento parcial das consequências da hipertensão arterial. Apesar do conhecimento das principais consequências da hipertensão não ser completo, estes dados sugerem que os doentes percebem a gravidade da doença, uma vez que a associam a acidentes vasculares cerebrais e a doença isquémica cardíaca. Uma possível explicação para este facto poderá estar relacionada com uma maior valorização

das complicações cerebrais e cardíacas por parte dos profissionais de saúde, referenciando-as mais vezes nas interações que estabelecem com os doentes.

Apesar dos aspectos relativos especificamente ao conhecimento que o doente possui acerca dos medicamentos prescritos não ter sido objecto do presente estudo, não podemos ignorar um dado que nos mereceu a atenção durante a fase empírica do estudo. Deparámos-nos com muitas situações em que os doentes não sabiam o nome dos medicamentos que tomavam para controlar a hipertensão; simplesmente referiam as cores destes, ou faziam-se acompanhar pela sua identificação (embalagem do medicamento). Perante esta constatação, pensamos ser importante em estudos futuros verificar o nível de informação dos doentes, no que diz respeito à indicação terapêutica, ao nome, à dose, à frequência de administração, à duração do tratamento, aos efeitos adversos e às precauções, itens importantes para a aquisição e utilização segura dos medicamentos (Silva et al., 2000).

Relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão, constatámos que, à excepção da restrição do álcool e da cessação do hábito de fumar, mais de 90% dos participantes foram aconselhados pelos profissionais de saúde para seguirem uma dieta pobre em sal e em gorduras, aumentarem a ingestão de frutas e vegetais, praticarem exercício físico e tomarem a medicação. Estes resultados são superiores aos encontrados no estudo de Kravitz et al. (1993), onde a percentagem de doentes aos quais estas recomendações foram sugeridas foi inferior (95% na dimensão medicação, 74% na dieta com pouco sal e 63% na prática de actividade física). Esta mudança talvez seja, por um lado, reflexo de uma maior valorização por parte dos profissionais de saúde, das modificações do estilo de vida no controlo da doença e, por outro lado, influenciada pelo facto de existirem actualmente recomendações claras, emanadas por organizações nacionais que ditam orientações para os profissionais de saúde relativas ao tratamento da doença.

Após esta reflexão, urge referir que consideramos que um dos resultados mais importantes deste estudo é a ausência de relações com significado estatístico entre ter sido recomendado determinado regime de tratamento e a adesão a esse regime, e entre conhecimentos acerca da doença e a adesão. De facto, e apesar das limitações inerentes às características do estudo e à fiabilidade do instrumento, os dados apontam para que a

maioria dos participantes apresente conhecimentos acerca da doença e do tratamento, necessários para gerir com eficácia o regime terapêutico.

Numa época na qual, em qualquer situação e em qualquer lugar, a informação constitui um bem de valor inestimável e uma ferramenta de sobrevivência das relações profissionais, é imperioso que as pessoas, estando doentes e por isso fragilizadas, tenham conhecimentos sobre a sua doença e sobre o regime terapêutico instituído, que lhes permitam lidar convenientemente com a sua condição, minimizando ou prevenindo outros potenciais riscos para a sua saúde. Neste sentido, é preciso que sejam aprimorados os meios de fornecer informação aos doentes e o envolvimento dos profissionais de saúde, disponibilizando tempo durante as interações terapêuticas com o objectivo de possibilitarem a aprendizagem (educação) por parte do doente. É necessário que os profissionais de saúde informem os seus doentes e se certifiquem de que essa informação foi compreendida, corrigindo os conceitos errados (Erlen, 2002). Só um doente bem informado pode decidir conscientemente sobre o caminho que pretende seguir, de acordo com os seus objectivos de vida e dos seus valores. Neste contexto, Bennet & Murphy (1999) argumentam que a forma de mudança comportamental mais simples e mais utilizada, continua a ser o processo educativo, no decurso do qual se fornece à pessoa informação relevante para o empenho no comportamento de saúde que se pretende modificar. Contudo, e não descurando o papel da informação, parece ser de primordial importância considerar que o conhecimento, por si só, não é suficiente para que a mudança comportamental ocorra. Sozinhas, as estratégias educacionais parecem não ser eficazes na melhoria dos níveis de adesão (Vermeire et al., 2001; WHO, 2003b; Feldman, 1998; Chockalingam, 1998). Neste sentido, é necessário repensar nas estratégias direccionadas à promoção da adesão. Na realidade, para combater a não adesão ao regime terapêutico, parece-nos cada vez mais necessário que as intervenções realizadas pelo enfermeiro, e que resultam da sua concepção de cuidados, sejam orientadas não só para o domínio do informar como “ (...) *falar com alguém acerca de alguma coisa*” (ICN, 1999, p.162) mas para o domínio do atender “ (...) *fazer parte do trabalho de alguém ou ajudar alguém nas suas funções naturais*” (ICN, 1999, p.160), mais especificamente para o motivar “ (...) *levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade*” (ICN, 1999, p.160) e para o negociar “ (...) *conferenciar com alguém no*

sentido de conseguir um compromisso ou acordo” (ICN, 1999, p.161).

Consideramos que deve ser incentivada a participação dos doentes no controlo da sua pressão arterial, envolvendo-os no plano de tratamento. Tal como referem Lahdenpera & Kingas (2001), os profissionais de saúde devem enfatizar a responsabilidade do doente pelo tratamento e auto-cuidado. Também deve ser encorajada a adopção de uma rotina na toma dos medicamentos, de forma a evitar esquecimentos. Por outro lado, deve alertar-se o doente sobre a importância do regime terapêutico no controlo da doença, motivando-o à auto-monitorização dos efeitos dos fármacos, através da medição regular da PA (Ramalinho & Cabrita, 1998). A negociação dos objectivos do tratamento e o estabelecimento de contratos de saúde também parecem constituir-se como uma mais valia para a promoção da adesão.

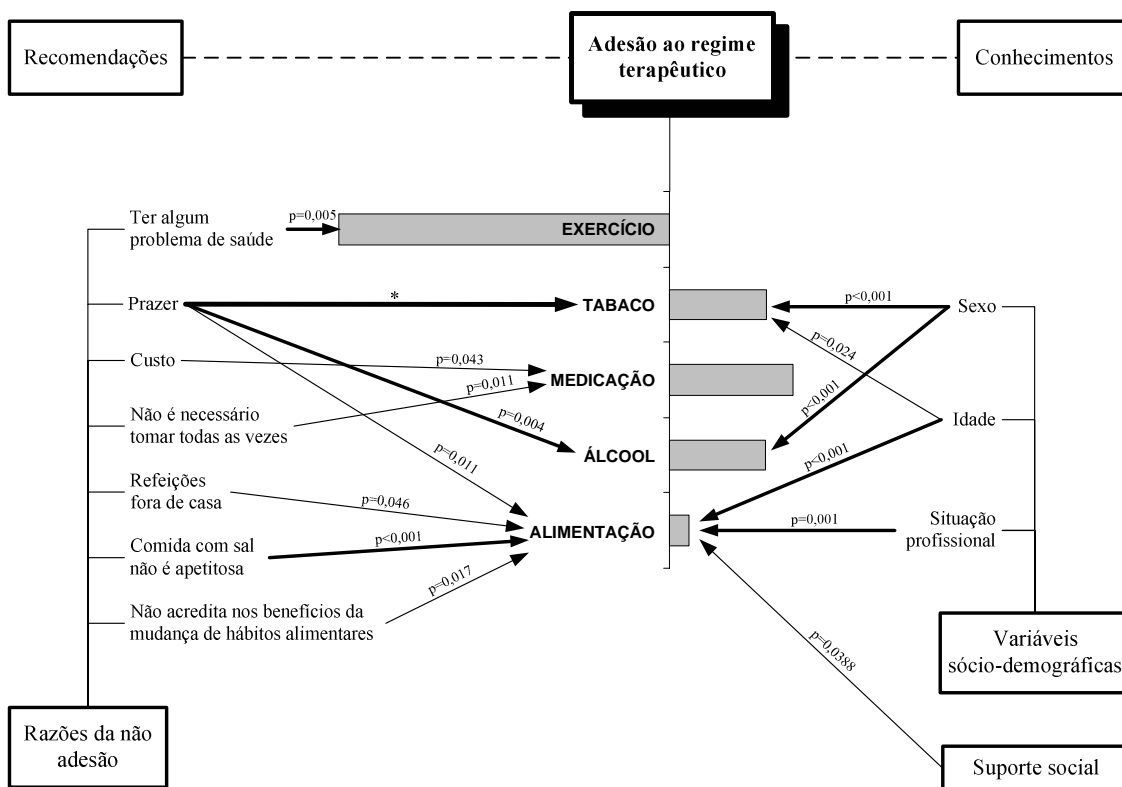
Contudo, e uma vez que, nesta amostra, o problema da não adesão parece residir essencialmente no prazer imediato que determinadas escolhas comportamentais proporcionam, parece-nos que a alteração deste cenário pressupõe aquilo que poderíamos intitular de negociação de “*prazeres alternativos*”. De facto, a modificação de hábitos envoltos em prazer não é seguramente fácil; no entanto, e na tentativa de ultrapassar esta dificuldade, a literatura aponta que os enfermeiros, em conjunto com a pessoa, encontrem outras fontes de prazer e negociem um plano conjunto, para que esta última possa optar por outros comportamentos igualmente aprazíveis. Nesta perspectiva, faz sentido tentar perceber com a pessoa quais são os seus prazeres, tentando influenciá-la naqueles que são menos comprometedores da sua saúde. Elaborar uma lista de alimentos da preferência da pessoa poderá ser uma estratégia a adoptar, no intuito de encontrar outros prazeres. A procura de formas criativas e estimulantes de confecção e apresentação dos alimentos também se pode constituir como uma mais valia.

Em jeito de conclusão, todas as dimensões envolvidas nas escolhas de comportamentos e na decisão de aderir a tratamentos devem ser consideradas, no intuito de contribuir para o desenvolvimento de intervenções eficazes perante a não adesão ao regime terapêutico. Contudo, não se deve descurar a noção de que o conhecimento científico está em contínua modificação e que deve contribuir para que surjam novas perspectivas de intervenção perante este preocupante problema de saúde à escala mundial. Ao

mesmo tempo, deve continuar-se a investir na produção científica acerca das modificações nos estilos de vida e sua relação com a doença, no sentido de assegurar aos doentes que os sacrifícios que lhes são aconselhados valem efectivamente a pena para eles.

Resta acrescentar que “cada um de nós vivencia um projecto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 7) e que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ibidem, p. 8). Neste contexto, é importante que os enfermeiros tentem perceber como é que determinado regime de tratamento interfere ou influencia o quotidiano dos doentes, de forma que tentem encontrar em conjunto com os doentes estratégias que facilitem a gestão do regime terapêutico.

Figura 9 – Esquema explicativo dos resultados do estudo



* Todos os participantes que fumam referiram que mantêm o hábito pelo prazer de fumar

Capítulo 4: Conclusão

Ao longo do relatório, procurámos apresentar todo um percurso efectuado que se iniciou com a escolha de uma área temática de interesse para a disciplina de Enfermagem, passando pela identificação de um problema de investigação, evoluindo para a construção de um quadro de referência teórico, clarificação das opções metodológicas e apresentação e discussão dos resultados. Neste momento, urge fazer referência às principais conclusões deste percurso de investigação. Contudo, parece-nos pertinente sublinhar que, apesar da adesão ao regime terapêutico ser pretexto de diversos trabalhos de investigação, é uma área para a qual ainda não emergiram muitas respostas. Nesta perspectiva, é um dos maiores desafios que os profissionais de saúde enfrentam e um foco de atenção que carece de mais pesquisa. É necessário estudar a adesão ao regime terapêutico em todas as suas vertentes, para que os enfermeiros possam implementar intervenções, baseadas em evidência empírica, que visem satisfazer as necessidades de cuidados específicas de cada pessoa. Neste cenário, não podemos considerar que as nossas conclusões esgotam o tema; apenas são um pequeno contributo para uma melhor compreensão do problema em análise.

Estruturámos as conclusões em três partes: numa fase inicial, revisitámos a problemática em estudo; depois referimo-nos às principais conclusões que emergiram deste percurso de investigação e, finalmente, abordámos as limitações do estudo, bem como sugestões para estudos posteriores.

Na actualidade, assiste-se a uma preocupação da comunidade científica relativa à crescente emergência de doenças crónicas, muito associadas aos estilos de vida das sociedades actuais e ao aumento da esperança média de vida das populações. Viver com uma doença crónica implica necessariamente um ajustamento à doença e uma tentativa

de reconstrução do projecto de vida individual. Este é assim alterado pela emergência de uma patologia que, de uma forma mais ou menos vincada, vai alterar a vida das pessoas.

A hipertensão arterial é uma dessas patologias que, apesar de não cursar frequentemente com sintomas, exige empenho dos seus portadores, no sentido de procederem a um conjunto de alterações na sua vida diária, com vista ao controlo da doença e à prevenção das suas consequências nefastas. Para controlar a hipertensão, as pessoas são aconselhadas a incluir na sua rotina diária um conjunto de actividades de auto-cuidado, que vão desde a modificação de hábitos alimentares, passando pelo incremento da actividade física e toma regular de medicamentos, até à procura de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde.

Todavia, e apesar de se conhecer a doença e o regime de tratamento necessário para o seu controlo, verifica-se que a hipertensão afecta um grande número de pessoas a nível mundial e que as suas consequências se encontram entre as principais causas de morte em todo o mundo. A não adesão ao regime terapêutico está identificada como sendo a principal responsável pela não obtenção de resultados terapêuticos desejáveis com o tratamento. De facto, sendo a prescrição uma oportunidade do doente melhorar o seu estado de saúde, a sua não adesão representa, por um lado, gorar essa oportunidade e, por outro lado, significa um desperdício dos recursos do sistema de saúde utilizados no seguimento e tratamento desse doente.

Neste contexto, elaborámos este estudo com vista a identificar o grau de adesão ao regime terapêutico, bem como as razões da não adesão numa amostra de pessoas com hipertensão.

Seguir um determinado regime de tratamento pode ser para a pessoa difícil de conseguir. Neste sentido, pode envolver a perda de hábitos envoltos em prazer. Cabe então aos enfermeiros reconhecer as dificuldades que as pessoas enfrentam, tentando ajudá-las a ultrapassar essas barreiras. Nesta perspectiva, mais do que classificar os doentes como aderentes ou não aderentes, é importante que os enfermeiros compreendam a forma como o regime terapêutico vai afectar a vida das pessoas, ajudando-as na gestão do tratamento.

A não adesão é uma decisão informada que a pessoa toma relativamente a um determinado regime de tratamento que lhe foi aconselhado. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro motive o doente para a mudança comportamental, negociando com ele o regime de tratamento.

Os resultados que emergiram do estudo apontam para a existência de relações entre algumas características sócio-demográficas e a adesão a algumas dimensões do tratamento. No presente estudo, o sexo, a idade e a situação profissional estão associados aos comportamentos de adesão. Apesar destas características não serem modificáveis pelo enfermeiro, podem alertar estes profissionais para as pessoas em maior risco de não aderir ao tratamento, permitindo-lhes assim estar mais atentos a esses grupos com maior potencial de não adesão e intervir precocemente.

Os dados deste estudo suportam a existência de uma relação entre suporte social e a adesão à alimentação. Este aspecto deve nortear a intervenção dos enfermeiros, envolvendo as pessoas significativas no processo de mudança comportamental. A família, os amigos e os grupos de apoio podem constituir-se como elementos chave nessa mudança, pela facilitação na adopção e manutenção dos comportamentos de saúde. O propósito desta estratégia é ter aliados que facilitem a mudança e que encorajem o doente na gestão do regime terapêutico, quer durante os sucessos quer nos fracassos. Contudo, e apesar desta conclusão, consideramos pertinente a realização de outros estudos que investiguem com maior profundidade as relações entre a adesão terapêutica e o suporte social.

Também parece claro deste percurso de investigação que o prazer que determinados comportamentos proporcionam é uma barreira efectiva à adopção de estilos de vida saudáveis. De facto, as opções comportamentais são condicionadas pelo prazer imediato associado ao consumo de álcool, de tabaco e de diversos alimentos. Neste cenário, é difícil motivar as pessoas para a mudança comportamental, quando esta modificação se faz acompanhar pela perda de momentos prazíveis. A negociação de outras fontes de prazer parece ser uma alternativa viável; contudo, é necessário mais investigação neste domínio. Também pensamos que, para alterar as tendências actuais em termos de aumento da prevalência da hipertensão e as situações de não adesão, nomeadamente às restrições de sal na alimentação, é necessário outro tipo de medidas, mais

especificamente, medidas legislativas. Uma vez que grande parte do sal consumido provém dos alimentos processados, como por exemplo o pão, o estabelecimento de acordos com a indústria alimentar, com vista à redução do sal nestes produtos, afigura-se como uma estratégia fundamental para a redução do seu consumo. Por outro lado, pensamos que a educação por um gosto menos salgado deve iniciar-se desde muito cedo, incentivando as mães a não habituar os bebés e as crianças a consumirem tanto sal. Talvez assim, quando chegarem a adultos, as fontes de prazer estejam associadas a comportamentos mais saudáveis, diminuindo os casos futuros de não adesão. Consideramos essencial que os enfermeiros assumam o seu papel de agentes promotores da saúde, actuando com a pessoa em todo o ciclo de vida e não apenas no momento em que se instala a doença. Desta forma, privilegiamos a prevenção da doença e da não adesão, intervindo em idades precoces, pois tal como refere Viana (2002), é mais fácil ensinar e implementar tão cedo quanto possível hábitos saudáveis do que mudar velhos hábitos já estabelecidos. Daqui resulta a importância de se desenvolver na infância uma prática nutricional saudável como base para um futuro com hábitos alimentares mais saudáveis.

Outro aspecto importante que emergiu do estudo foi o baixo grau de adesão à actividade física, que parece associar-se a uma população envelhecida onde os problemas osteoarticulares são uma constante. Não descurando este aspecto da condição física que limita a actividade, e para o qual o enfermeiro não tem intervenções, parece-nos igualmente essencial inculcar uma cultura de necessidade e oportunidade da prática de exercício físico. Ou seja, parece fulcral começar a intervir em idades precoces incentivando a prática de exercício físico nos mais novos. Quanto aos adultos que não apresentem limitações de mobilidade, parece-nos importante que os enfermeiros avaliem com estes os impedimentos que condicionam a prática de exercício físico e que, em conjunto, explorem as melhores estratégias para atingirem os objectivos. Incluir a família ou pessoas significativas no planeamento e manutenção do programa de exercício, no sentido de estimular e de acompanhar o doente na prática desta actividade, pode ser vantajoso.

No que concerne aos conhecimentos sobre a HTA, verificámos com este estudo que existem na amostra falsas crenças e desconhecimento relativos a alguns aspectos da

doença, nomeadamente etiologia, manifestações clínicas e consequências renais e oculares. Consideramos que este resultado poderá auxiliar os enfermeiros, pois identifica as áreas do conhecimento sobre a doença onde as pessoas apresentam mais défices de conhecimento, o que permite uma orientação em termos dos conteúdos a abordar nas sessões de educação para a saúde.

Este estudo também contribui para um maior entendimento em termos da importância relativa das estratégias educacionais no combate à não adesão, na medida em que não encontramos relações com significado estatístico entre recomendações e conhecimento sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico. Contudo, isto só é verdade para os conhecimentos e recomendações que avaliámos. Uma vez que este estudo se limita a avaliar estas variáveis cognitivas na perspectiva do doente, seria interessante avaliar em estudos posteriores estes e outros conhecimentos relativos à doença e cruzar estes resultados com a informação que o médico e o enfermeiro afirmem ter transmitido aos doentes. Desta forma, poder-se-ia comparar o conhecimento, que os doentes efectivamente demonstram, com a informação que lhes foi transmitida.

Antes de evoluirmos para as limitações do estudo, não é demais voltar a enfatizar que influenciar o comportamento das pessoas e motivá-las para o tratamento não é, na realidade, uma tarefa fácil. Neste sentido, e para ajudar a pessoa na gestão do regime terapêutico, o enfermeiro deve compreender a forma como o regime de tratamento interfere com o projecto de vida individual. Neste contexto, deve procurar indagar sobre as razões que motivam os comportamentos e, desta forma, estabelecer uma relação de parceria onde profissional e pessoa caminhem lado a lado, com a finalidade de melhorar a saúde deste último. Estudos recentes referem que uma interacção entre o profissional de saúde e o doente, centrada na pessoa, na qual os profissionais enfatizem a responsabilidade do doente pelo tratamento e auto-cuidado, melhora a colaboração do doente crónico no seu tratamento. Por ser detentor do conhecimento formal que evidencia a importância de determinado regime de tratamento no estado de saúde e qualidade de vida da pessoa, o enfermeiro tem por missão motivar a pessoa a ter comportamentos de adesão. Não pode contudo esquecer que a pessoa tem a autonomia de decidir sobre a sua vida e a sua saúde e que, em última instância, a decisão lhe pertence.

Não gostaríamos de terminar este relatório sem ressaltarmos devidamente algumas das limitações mais importantes deste estudo, mais concretamente no que concerne à fidelidade dos instrumentos de medida, à técnica de amostragem utilizada e ao método de avaliação da adesão ao regime terapêutico.

Relativamente às características psicométricas dos instrumentos de medida, mais especificamente a fidelidade, apesar do valor do coeficiente *alfa de Cronbach* não ser o mais desejável, pensamos que este estudo poderá constituir-se como um ponto de partida para novos estudos metodológicos, que visem a melhoria da fidelidade destes instrumentos de medida que, nesta área do conhecimento, são manifestamente insuficientes. Neste sentido, e apesar das limitações, julgamos ter contribuído com um pequeno passo inicial.

Por outro lado, por não termos utilizado nenhuma técnica probabilística de amostragem, a amostra não é considerada significativa para se fazer algum tipo de extrapolação ou generalização dos resultados para fora do seu universo, pelo que sugerimos a réplica do estudo, desta vez com recurso a amostras aleatórias.

Embora amplamente utilizado, o método de auto-relato tende a sobrestimar a adesão, o que nos leva a propôr que futuras pesquisas de investigação utilizem outros métodos em paralelo para avaliar este fenómeno. Contudo, é importante lembrar que tentámos eliminar esse viés no nosso estudo, não informando os inquiridos deste objectivo.

A adesão a regimes terapêuticos de longa duração requer mudança comportamental, a qual envolve a aprendizagem, a adopção e a manutenção de determinados comportamentos. Quando a adesão não ocorre, urge a procura de informação que nos permita saber e compreender as causas que nortearam esta decisão. Contudo, não basta o conhecimento das mesmas; é necessário que se invista na identificação de intervenções que possam ser um factor promotor dos comportamentos de adesão. Neste sentido, consideramos o nosso percurso como inacabado. De facto, tentámos explorar algumas razões que podem explicar a não adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas com hipertensão arterial. Contudo, é necessário que se explorem intervenções e que se investiguem os efeitos das mesmas nestes doentes, para que se possa melhorar a assistência de enfermagem, centrada nos diagnósticos de não adesão ao regime

terapêutico. Neste cenário, sugerimos que estudos futuros avaliem o impacto das intervenções do tipo *informar* e *atender* (e dentro do *atender* o *motivar* e o *negociar*) nos níveis de adesão e na qualidade da gestão do regime terapêutico.

Acresce que não esgotámos todos os factores envolvidos na adesão terapêutica, pelo que sugerimos a repetição do estudo, contemplando os outros factores referenciados na literatura, como seja a satisfação dos doentes. Neste domínio, referimo-nos mais especificamente à satisfação com os cuidados de enfermagem e à sua possível influência na adesão terapêutica, nos doentes portadores de doenças crónicas, como a hipertensão arterial.

Por último, falta referir que este estudo, à semelhança dos outros estudos sobre adesão terapêutica resulta numa visão incompleta da real dimensão da não adesão. Os participantes foram pessoas que frequentam o Centro de Saúde para serem consultados pelos profissionais que nele exercem funções. De salientar, que os doentes que menos aderem não recorrem ao aconselhamento profissional, pelo que frequentemente não participam nos estudos.

Bibliografia

ABOLFOTOUTH, Mostafa A. [et al.] – Prevalence of hypertension in south-western Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 2, nº 2 (1996), p. 211-218.

AILINGER, Rita L. – Hypertension Knowledge in a Hispanic Community. *Nursing Research*. Vol. 31, nº 4 (1982), p. 207-210.

AL-SOWIELEN, L. S. ; ELZUBIER, A. G. – Compliance and knowledge of hypertensive patients attending PHC centers in Al-Khobar, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 4, nº 2 (1998), p. 301-307.

AMERICAN HEART ASSOCIATION – Dietary guidelines [em linha]. [consult. 20 Mai. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1330>>.

AMINOFF, Ulla Britt; KJELLGREN, Karin I. – The nurse - a resource in hypertension care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 35, nº 4 (2001), p. 582-589.

ANDRADE, Jadelson P. [et al.] – Epidemiological Aspects of Adherence to the Treatment of Hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 79, nº 4 (2002), p. 380-384.

APPEL, Lawrence J. [et al.] – A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 336, nº 16 (Abr. 1997), p. 1117-1124.

ARTALEJO, F. Rodríguez [et al.] – Enfermedad cerebro-vascular e hipertensión arterial. In GIL, Piédrola – *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001. Cap. 57.

ASCIONE, Frank – Medication compliance in the elderly. *Generations*. Vol. 18, nº 2 (Ago. 1994), p. 28-33.

AUBERT, Line [et al.] - Knowledge, Attitudes, and Practices on Hypertension in a Country in Epidemiological transition. *Hypertension*. Vol. 31, nº 5 (Mai. 1998), p. 1136-1145.

BASTOS, Fernanda Santos – *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Porto: [s. n.], 2004. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Saúde Pública, área de Epidemiologia, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

BENSON, John; BRITTEN, Nicky – Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal*. Vol. 325 (Out. 2002), p. 874-878.

BERGER, Bruce; KRUEGER, Kem; FELKEY, Bill – The Pharmacist's Role in Treatment Adherence. *U.S. Pharmacist*. Vol. 29, nº 11 (2004), p. 50-54.

BERLANT, Nicole E. ; PRUITT, Sheri D. – Adherence to Medical Recommendations. In COHEN, Lee M. ; MCCHARGE, Dennis E. ; COLLINS, Frank L. – *The Health Psychology Handbook: Practical Issues for the Behavioral Medicine Specialist*. United States: SAGE Publications, 2003. Cap. 12.

BISHOP, George D. – *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapore: Allyn and Bacon, 1994, p. 218-229.

BOVET, Pascal [et al.] – Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 80, nº 1 (2002), p. 33-39.

BRANNON, Linda; FEIST, Jess – *Adhering to Medical Advice. Health Psychology: an Introduction to Behavior and Health*. 3ª ed. USA: Brooks/Cole Publishing Company, 1996. Cap. 8.

BUGALHO, António; CARNEIRO, António Vaz – *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina, 2004.

BURK, Lora E. – Adesão a regimes de tratamento cardiovascular. In WOODS, Susan L. ; FROELICHER, Erika S. ; MOTZER, Sandra U. – *Enfermagem em Cardiologia*. 4ª ed. Tomboré: Ed. Manole, 2005. Cap. 37.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. – *Bioestatística: princípios e aplicações*. São Paulo: ARTMED Editora, 2003.

CAMARNEIRO, Ana Paula – Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Revista Referência*. nº 9 (Nov. 2002), p. 25-30.

CAMERON, Catherine – Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24, nº 2 (Ago. 1996), p. 244-250.

CAPPUCCIO, Francesco P. [et al.] – Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*. Vol. 329 (Jul. 2004), p. 145-150.

CARO, J. Jaime [et al.] – Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 160, nº 1 (Jan. 1999), p. 31-37.

CARPENITO, Linda Juall – *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 7ª ed. United States of America: Lippincott, 1997.

CARRAGETA, Manuel – *Hipertensão Arterial* [em linha]. [consult. 1 Jun. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://cardiologia.brower.pt/PrimeiraPagina.aspx?ID_Conteudo=24>.

CASTIEL, Luís David – Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 30, nº 1 (Fev. 1996), p. 91-100.

CHAN, Y. M. ; MOLASSIOTIS, A. – The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 2 (Ago. 1999), p. 431-438.

CHOBANIAN, Aram [et al.] – The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. Vol. 289, nº 19 (Mai. 2003), p. 2560-2572.

CHOCKALINGAM, A. [et al.] – Adherence to management of high blood pressure: Recommendation of the Canadian Coalition for High Blood Pressure. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 89, nº 5 (1998), p. 15-24.

CHOPRA, Mickey; GALBRAITH, Sarah; DARNTON-HILL, Ian – A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 80, nº 12 (2002) p.952-958.

CHOR, Dóra – Hipertensão arterial entre funcionários de Banco estatal no Rio de Janeiro: Hábitos de vida e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 71, nº 5 (1998), p. 653-660.

CHOR, Dóra – Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 15, nº 2 (Abr. /Jun. 1999), p. 423-425.

CIRCULAR Nº2/DGCG de 4 de Mar. de 2004. *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial* [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [consult. 15 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005606.pdf>>.

CIRCULAR Nº15/DGCG de 5 de Set. de 2003. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. [Consult. 15 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005606.pdf>.

CLARA, J. G. – Terapêutica não farmacológica da hipertensão arterial. In FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997. Cap. 14.

CLUSS, Patrícia A. ; EPSTEIN, Leonard H. – The Measurement of Medical Compliance in the Treatment of Disease. In KAROLY, Paul – *Measurement strategies in Health Psychology*. New York: A Wiley-Interscience Publication, 1985. Cap. 11.

COMPAN, L. [et al.] – Factores asociados al conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población adulta de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*. Vol. 21, nº 8 (Mai. 1998), p. 527-533.

CORDA, Rhonda; BURK, Harry; HOROWITZ, Harold – Adherence to prescription medications among medical professionals. *South Medical Journal*. Vol. 93, nº 6 (Jun. 2000), p. 585-589.

CORREIA, Manuel [et al.] – Prospective Community- Based Study of Stroke in Northern Portugal: Incidence and Case Fatality in Rural and Urban Populations. *Stroke*. Vol. 35, nº 9 (Set. 2004), p. 2048-2053.

COSTA, J. Nogueira – A problemática da Hipertensão Arterial. In FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997. Cap. 1.

CUNNINGHAM, Susanna – Hipertensão Arterial. In WOODS, Susan L. ; FROELICHER, Erika S. ; MOTZER, Sandra U. – *Enfermagem em Cardiologia*. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 32.

DECO – Portugueses abusam do sal. *Teste Saúde*. nº 53 (Fev. 2005), p. 9-13.

DEZII, Christopher M. – A retrospective study of persistence with single-pill combination therapy vs. concurrent two-pill therapy in patients with hypertension. *Managed care (Suppl)*. Vol. 9, nº 9 (2000a), p. S2-S6.

DEZII, Christopher M. – Medication Noncompliance: What is the Problem? *Managed care (Suppl)*. Vol. 9, nº 9 (2000b), p. S7-S12.

DIAS, José A. [et al.] – As Doenças do Aparelho Circulatório em Portugal. *Saúde em Números*. Vol. 12, nº 5 (Dez. 1997), p.33-40.

DIAS, J. Lopes [et al.] – *Hipertensão arterial e cuidados de saúde primários*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1983.

DÓREA, Egídio Lima; LOTUFO, Paulo Andrade – Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol. 8, nº 2 (Abr. / Jun. 2001), p. 195-200.

DUNBAR-JACOB, Jacqueline; BOHACHICK, Patricia; SEREIKA, Susan – Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 18, nº 3 (Jul. / Ago. 2003), p. 209-218.

DUROSE, Claire [et al.] – Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on haemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of the American Diabetic Association*. Vol. 104, nº 1 (Jan. 2004), p. 35-41.

DURSO, Samuel – Technological advances for improving medication adherence in the elderly. *Annals of Long-Term Care*. Vol. 9, nº 4 (2001), p. 43-48.

ELLIOT, Paul [et al.] – Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *British Medical Journal*. Vol. 312, nº 7041 (Mai. 1996), p. 1249-1253.

ELZUBIER, A.G. [et al.] – Drug compliance among hypertensive patients in Kassala, Eastern Sudan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 6, nº 1 (2000), p. 100-105.

ERLEN, Judith A. – Adherence revisited: the patient's choice. *Orthopaedic Nursing*. Vol. 21, nº 2 (Mar. / Abr. 2002), p. 79-82.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION – 2003 European Society of Hypertension: European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. Vol. 21, nº 6 (2003), p. 1011-1053.

FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997.

FELDMAN, R. [et al.] – Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 89, nº 5 (Set. / Out. 1998), p. 116-124.

FONSECA, T. [et al.] – O acidente vascular cerebral agudo e a hipertensão arterial: estudo prospectivo com 248 doentes. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 15, nº 7 (1996), p. 565-573.

FONSECA, Teresa; CLARA, J. Gorjão – Polifarmacoterapia e aderência à terapêutica no idoso hipertenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 19, nº 9 (Set. 2000), p. 855-872.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Tradução Nídia Salgueiro. Loures: Lusociência, 1999.

FRANCO; A. Soares – Hipertensão arterial e a doença vascular cerebral: O acidente vascular cerebral. In FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997. Cap. 13.

FULMER, Terry [et al.]– What the literature tells us about the complexity of medication and compliance in the elderly [em linha]. *Generations*. Vol. 24, nº 4 (2000). [consult. 9 Out. 2003]. Disponível em WWW:<URL:<http://search.epnet.com/direct.asp?an=4138322&db=nxh>>.

GARCIA, Rosa Wanda – Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 13, nº 3 (Jul. / Set. 1997), p. 455-467.

GIDRON, Yori – Adherence in hypertension and coronary heart disease. In MYERS, Lynn B. ; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 18.

GODIN, G. [et al.] – Prediction of adherence to antiretroviral therapy: A one-year longitudinal study. *AIDS Care*. Vol. 17, nº 4 (Mai. 2005), p. 493-504.

GOTTLIEB, Harold – Medication Nonadherence: Findings Solutions to a Costly Medical Problem [em linha]. *Drug Benefit Trends*. Vol 12, nº 6 (2000), p. 57-62. [consult. 22 Jul. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://akmhweb.org/ncarticles/Medication%20Nonadherence.htm>>.

GUYTON, Arthur C. – *Tratado de Fisiologia Médica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1994. Cap. 17-19.

HAJJAR, Ihab; KOTCHEN, Theodore – Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*. Vol. 290, nº 2 (Jul. 2003), p. 199-206.

HE, Jiang; WHELTON, Paul – Commentary: salt intake, hypertension and risk of cardiovascular disease: an importante public health challenge. *International Journal of Epidemiology*. Vol. 31 (Abr. 2002), p. 327-331.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – *Investigação por questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.

HODGSON TA, Cai l. – Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. *Medical Care*. Vol. 39, nº 6 (Jun. 2001), p. 599-615.

HORNE, Robert – Compliance, Adherence and Concordance. In GARD, P. – *Behavioural Approach to Pharmacy Practice*. London: Blackwell, 2000. Cap. 11.

HORNE, Robert; WEINMAN, John – Predicting Treatment Adherence: an Overview of Theoretical Models. In MYERS, Lynn B. ; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 2.

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – *Classificação Nacional de Profissões: Versão 1994* [em linha]. 2001 [consult. 19 Nov. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://portal.iefp.pt/portal/page?_pageid=117,102201&_dad=gov_portal_iefp&_schema=GOV_PORTAL_IEFP>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Anuário Estatístico de Portugal 2002*. Lisboa, 2003, p. 325-338.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE – *Inquérito Nacional de Saúde: Continente 1998-1999*. Rio Maior: 2001, p. 140.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

IRINA, Cleemput; KATRIEN, Kestelook – Economic implications of non-compliance in health care [em linha]. *Lancet*. Vol. 359, nº 9324 (2002). [consult. 10 Ago. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://search.epnet.com/direct.asp?an=6850143&db=nxh>.

KAMEL, N. M. [et al.] – Sociodemographic determinants of management behaviour of diabetic patients part II: diabetics' knowledge of the disease and their management behaviour. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 5, nº 5 (1999), p. 974-983.

KAPLAN, Norman M. – *Clinical Hypertension*. 6ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. Cap. 1-6.

KASTARINEN, Mika [et al.] – Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Journal of Hypertension*. Vol. 20, nº 12 (Dez. 2002), p. 2505-2512.

KEARNEY, Patrícia M. [et al.] – Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension*. Vol. 22, nº 1 (Jan. 2004), p. 11-19.

KELLEY, Georg A. ; KELLEY, Kristi Sharpe – Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. Vol. 35 (Mar. 2000), p. 838-843.

KETELE, Jean-Marie; XAVIER, Roegiers – *Metodologia de Recolha de Dados: Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KINGAS; Helvi A. ; LAHDENPERA, Tiina S. – Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 29, nº 4 (Abr. 1999), p. 832-840.

KINGAS, Helvi; DUFFY, Mary E. ;KROLL, Thilo – Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 9, nº 1 (Jan. 2000), p. 5-12.

KRAVITZ, Richard L. [et al.] – Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 153, nº 16 (Ago. 1993), p.1869-1878.

KRUMMEL, Debra – Nutrição e hipertensão. In MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia – *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2002. Cap. 27.

KRUMMEL, Debra – Terapia Clínica Nutricional na Insuficiência e no Transplante Cardíacos. In MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia – *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2002. Cap. 36.

LAHDENPERA, Tiina S. ; KINGAS, Helvi A. – Compliance and its evaluation in patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 9, nº 6 (2000), p. 826-833.

LAHDENPERA, Tiina S. ; KINGAS, Helvi A. – Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 34, nº 2 (Abr. 2001), p. 189-195.

LEITER, Lawrence [et al.]– Recommendations on obesity and weight loss. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 160, nº 9 (Mai. 1999), p. S7-S12.

LEVIN, Jack – *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. 2ª ed. São Paulo: Editora Harper & Row, 1987.

LEY, Philip – Compliance among patients. In BAUN, A. [et al.]– *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, p. 281-285.

LI, Wei [et al.] – Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China. *Journal of Hypertension*. Vol. 21, nº 6 (Jun. 2003), p. 1191-1197.

LOWES, Robert – Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management*. Vol. 5, nº 3 (Mar. 1998), p. 46-52.

MACKAY, Judith; MENSAH, George - *The atlas of heart disease and stroke* [em linha]. 2004. [consult. 20 Jan. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.

MARCONI, M. Andrade; LAKATOS; E. Maria – *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARÍN-REYES, Florentina; RODRÍGUES-MORÁN, Martha – Family support and drug therapy compliance in essential hypertension [em linha]. *Salud Pública de México*. Vol. 43, nº 4 (2001), p. 336-339. [consult. 27 Jun. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.insp.mx/salud/43/eng/i434_3.pdf>.

MARKS, David F. [et al.] – *Health Psychology: theory, research and practice*. London: Sage Publications, 2001, p. 122-145.

MARTA, Maria João; FALCÃO, Luís Menezes – Problemas actuais no controlo da hipertensão arterial. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Vol. 4, nº 4 (Set. / Out. 1999), p. S31-S43.

MCDONALD, Heather; GARG, Amit X. ; HAYNES, R. – Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*. Vol. 288, nº 22 (Dez. 2002), p. 2868-2879.

MIGUEL, José Pereira – A Hipertensão Arterial e as Estratégias da Medicina Preventiva. In FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997. Cap. 6.

MILLER, Nancy Houston [et al.] – The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: A statement for healthcare professionals. *Circulation*. nº 95 (1997), p. 1085-1090.

MORAIS, António José Pinto – Adesão terapêutica na doença crónica: abordagem a partir de um estudo sobre ventiloterapia no domicílio. *Revista Investigação em Enfermagem*. nº 7 (Fev. 2003), p. 52-62.

MORRISON, Alan; WERTHEIMER, Albert – Compilation of quantitative overviews of studies of adherence [em linha]. *Drug Information Journal*. Vol. 38 (Abr. / Jun. 2004). [consult. 24 Mai. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3899/is_200401/ai_n9349327/print>.

MURPHY, Nancy; CANALES, Mary – A critical analysis of compliance. *Nursing Inquiry*. Vol. 8, nº 3 (2001), p. 173-181.

MYERS, Lynn B. ; MIDENCE, Kenny – Concepts and Issues in Adherence. In MYERS, Lynn B.; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 1.

NEAL, B; MACMAHON, S; CHAPMAN; N. – Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *The Lancet*. Vol. 356, nº 9246 (Dez. 2000), p. 1955-1964.

NOBLE, Lorraine M. – Doctor-Patient Communication and Adherence to Treatment. In MYERS, Lynn B. ; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 3.

OGDEN, Jane – *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. [s. l.]: OE, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Cuidados Inovadores para doenças crónicas: Componentes Estruturais de Acção: Relatório Mundial* [em linha]. 2002. [consult. 25 Jun. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/chronic_conditions/en/icccportuguese.pdf>.

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

PEREIRA, M. Graça; SILVA, Sofia – Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*. Vol. 20, nº 1 (Jan. 2002), p. 35-43.

PÉRES, Denise S. ; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luís A. – Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37, nº 5 (Out. 2003), p. 635-642.

PÉREZ, Humberto R. ; SEGRERA, Mailen; RODRÍGUES, Lubin – Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud [em linha]. [consult. 2 Set. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.monografias.com/trabajos15/antihipertension/antihipertension.shtml>>.

PÉREZ, Jesús Honorato; UNANUA, Andrés Purroy – *Hipertensão arterial*. Portugal: Everest Editora, 2003.

PERRY, Kathryn N. ; RAPOPORT, Lorna; WARDLE, Jane – Adherence to lipid-lowering dietary advice. In MYERS, Lynn B. ; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 12.

PIÑEIRO, F. [et al.] – Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial [em linha]. *Revista Atención Primaria*. Vol. 19, nº 7 (1997), p. 372-375. [consult. 2 Set. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctr1=05ZI0105&rev=27&vol=19&num=7&pag=372>.

PLAYLE, John F. ; KEELEY, Philip – Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 27, nº 2 (Fev. 1998), p. 304-311.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida* [em linha]. Lisboa, 2004a. [consult. 19 Mai. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005962.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Plano de Acção para a Saúde 2004: Áreas prioritárias* [em linha]. Lisboa, 2004b. [consult. 30 Dez. 2004]. Disponível em WWW:<URLhttp://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf >.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação. Relatório do Director Geral e Alto-Comissário da Saúde* [em linha]. Lisboa, 2002. [consult. 30 Dez. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005743.pdf >.

POZZAN, Roberto [et al.] – O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da Hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol. 10, nº 4 (2003), p. 253-259.

PRIMATESTA, Paola [et al.]– Association between smoking and blood pressure [em linha]. *Hypertension*. 2001. [consult. 15 Jul. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/abstract/37/2/187>.

PRIOR, Carlos [et al.]– Hipertensos: Que conhecimentos? Que atitudes? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 17 (2001), p. 47-55.

RAMALHINHO, Isabel; CABRITA, José – Avaliação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva pelo método de contagem de medicamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 16, nº 2 (Abr. / Jun. 1998), p. 5-12.

RAMALHO, Paulo de Sousa – Repercussão ocular da hipertensão arterial. In FALCÃO, Menezes L. [et al.] – *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lisboa: Lidel, 1997. Cap. 11.

RAYNOR, D. K. – The Influence of Written Information on Patient Knowledge and Adherence to Treatment. In MYERS, Lynn B.; MIDENCE, Kenny – *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998. Cap. 4.

REIS, Tiago – Hipertensão em Portugal afecta 40% da População Adulta. *Público*. (5 Abr. 2004), p.5.

RIBEIRO, Ana Leonor Alves – *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: [s. n.], 2003. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem.

RIBEIRO, José Luís Pais – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

RIBEIRO, José Luís Pais – *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

RODRIGUES, Rosalina [et al.] – Adesão ao tratamento da idosa hipertensa. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Vol. 70, nº 9 (Set. 1996), p. 451-456.

RUSSEL, Sarah [et al.] – Nurses and « difficult » patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 43, nº 3 (Ago. 2003), p. 281-287.

SARAFINO, E. P. – *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 4ª ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.

SCHAFFER, Susan; YOONG, Saun-Joo – Evidence-based Methods to Enhance Medication Adherence. *Nurse Practitioner*. Vol. 26, nº 12 (Dez. 2001), p. 44-54.

SCHMID, Thomas L. [et al.] – Demographic, knowledge, physiological, and behavioral variables as predictors of compliance with dietary treatment goals in hypertension. *Addictive Behaviors*. Vol. 16, nº 3/4 (1991), p. 151-160.

SHARMA, Arya M [et al.] – High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *Journal of Hypertension*. Vol. 22, nº 3 (Mar. 2004), p. 479-486.

SHEA, Steven [et al.] – Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. *American Journal of Public Health*. Vol.82, nº 12 (Dez. 1992), p. 1607-1612.

SILVA, Denise O. ; RECINE, Elisabetta G. ; QUEIROZ, Eduardo F. – Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, nº 5 (Set. / Out. 2002), p. 1367-1377.

SILVA, Esperança Maria – *Adesão à terapêutica com fármacos anti-hipertensores*. Coimbra: [s. n.], 2002. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Faculdade de Medicina de Coimbra.

SILVA, João; LOUREIRO, Maria Fernanda – Conhecimentos e atitudes dos hipertensos perante a sua doença. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 10, nº 8/9 (Ago. / Set. 1993), p. 171-175.

SILVA, Tatiane; SCHENKEL, Eloir P. ; MENGUE, Sotero S. – Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 16, nº 2 (Abr. / Jun. 2000), p. 449-455.

SIMONETTI, Janete P. ; BATISTA, Lúgia; CARVALHO, Lúcia Raquel – Hábitos de saúde e factores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 10, nº 3 (Mai. / Jun. 2002), p. 415-422.

SMELTZER; Suzanne C. ; BARE, Brenda G. – Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Vol. 2. Cap. 29.

SOCIEDADE ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN. Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial – *Hipertensión: Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002* [em linha]. [consult. 1 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.azprensa.com/hiper.php>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO. Instituto de Biologia Molecular e Celular – *Simpósio: Estudo da Prevalência Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal* [em linha]. 2004. [consult. 7 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006310.pdf>>.

SOLERA, Juan [et al.] – *Cumplen correctamente el tratamiento farmacológico nuestros hipertensos?* [em linha]. 2004. [consult. 1 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://sescam.jccm.es/web/gaptalavera/atencionprimaria/1premioMEDICINAHTA.pdf>>.

SOUSA, Maria Rui – *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo II*. Braga: [s. n.], 2003. Dissertação de Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde, apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

STAESSEN, Jan A. [et al.] – Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *The Lancet*. Vol. 355 (Mar. 2000), p. 865-872.

STEIN, R. – Non-compliance in the treatment of chronic disease [em linha]. [consult. 23 Jul. 2004]. Disponível na WWW:<URL:<http://pages.progigy.net/bobstein/legalnurse/noncompliance.htm>>.

STEPTOE, Andrew [et al.] – Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *British Medical Journal*. Vol. 319, nº 7215 (Out. 1999), p. 943-951.

STROEBE, Wolfgang; STROEBE, Margaret S. – *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

SWALES, J. D. – *Manual de Hipertensão*. Alfragide: McGraw-Hill, 1996.

TASK FORCE FOR COMPLIANCE – *Noncompliance with medications: an economic tragedy with important implications for health care reform* [em linha]. 1994. [consult. 3 Maio. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.npcnow.org/resources/PDFs/Noncompliance.pdf>>.

TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo – *Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório*. Ceará: [s. n.], 1998. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

TEIXEIRA, José A. – Comunicação em saúde: relação entre técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*. Vol. 22, nº 3 (Set. 2004), p. 615-620.

THRALL, G. ; LIP, Gyn; LANE, D. – Compliance with pharmacological therapy in hypertension: can we do better, and how? *Journal of Human Hypertension*. Vol. 18, nº 9 (Set. 2004), p. 595-597.

TOLJAMO, Maisa; HENTINEN, Maija – Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 10, nº 5 (Set. 2001), p.618-627.

TROSTLE, James A. – Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*. Vol. 27, nº 12 (1988), p. 1299-1308.

TURK, Dennis C. ; MEICHENBAUM, Donald – Adherence to Self-Care Regimens: The Patient's Perspective. In SWEET, Jerry J. ; ROZENSKY, Ronald H. ; TOVIAN, Steven M. – *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*. New York: Plenum Press, 1991. Cap. 15.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute – Facts About The DASH Eating Plan [em linha]. [consult. 12 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf>.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program - *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* [em linha]. 2003. [consult. 12 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>>.

VERMEIRE, E. [et al.] – Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Vol. 26, nº 5 (Out. 2001), p. 331-342.

VIANA, Victor – Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. Vol. 4, nº 20 (Nov. 2002), p. 611-624.

WALLACE, Janet P. – Exercise in hypertension: a clinical review. *Sports Medical*. Vol. 33, nº 8 (2003), p. 585-598.

WEINGARTEN, Scott R [et al.] – Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*. nº 325 (2002), p. 925-935.

WERTHEIMER, Albert; SANTELLA, Thomas – Medication Compliance Research: Still so far to go [em linha]. *The Journal of Applied Research*. [consult. 1 Jun. 2005]. Disponível em WWW:<URL:<http://jrnlappliedresearch.com/articles/Vol3Iss3/Wertheimer.htm>>.

WHELTON, Paul [et al.] – Effects of oral potassium on blood pressure. *JAMA*. Vol. 277, nº 20 (Mai. 1997), p. 1624-1632.

WHELTON, Paul [et al.] – Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA*. Vol. 279, nº 11 (Mar. 1998), p. 839-847.

WHELTON, Seamus P. [et al.] – Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 136, n° 7 (Abr. 2002), p. 493-503.

WILLIAMS, Bryan [et al.] – British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *British Medical Journal*. Vol. 328 (Mar. 2004), p. 633-640.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action*. Switzerland: WHO, 2003b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Mortality by 67 causes of death, age and sex: Supplement to the European Health for all database* [em linha]. (Jan. 2005). [consult. 2 Mai. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Data/20011017_1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2003: Shaping the Future* [em linha]. Geneva, 2003a. [consult. 8 Jul. 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP – 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. Vol. 21, n° 11 (2003), p. 1983-1992.

XIN, Xue [et al.] – Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. Vol. 38, n° 5 (Nov. 2001), p. 1112-1117.

YOUSSEF, R. M. ; MOUBARAK, I. I. - Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients [em linha]. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 8, n° 4 (2002). [consult. 17 Ago. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0804_5/Patterns.htm>.

Anexos

Anexo 1 – Autorização da Unidade Local de Saúde de Matosinhos para a realização do estudo

Anexo 2 – Instrumento de recolha de dados

Anexo 1

Autorização da Unidade Local de Saúde de Matosinhos para a realização
do estudo

Anexo 2

Instrumento de recolha de dados
