



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SENTIDO DE COERÊNCIA E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Um estudo de associação em pessoas com hipertensão arterial com assistência de saúde em Cuidados de Saúde Primários

Raquel Sofia da Silva Ferreira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Raquel Sofia da Silva Ferreira

SENTIDO DE COERÊNCIA E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Um estudo de associação em pessoas com hipertensão arterial com assistência de
saúde em Cuidados de Saúde Primários

II Mestrado
Em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Luís Graça

Trabalho efetuado sob a co-orientação da
Doutora Salete Calvino

Junho de 2014

RESUMO

A hipertensão arterial constitui-se como uma doença crónica e um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, impondo-se como um relevante problema de saúde pública. O diagnóstico de hipertensão arterial leva à drástica alteração no estilo de vida das pessoas, exigindo a cooperação das mesmas, sendo de extrema importância o planeamento de estratégias preventivas e de promoção da saúde eficazes.

Neste sentido, consideramos que urge desenvolver intervenções de promoção da saúde para garantir a adesão ao regime terapêutico, na qual a integração do conceito de sentido de coerência constitui um fator inovador nas políticas de saúde e um aliado para a prestação de cuidados personalizados a cada indivíduo/família.

Neste estudo temos como objetivo analisar a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico, nas pessoas com hipertensão arterial, com vigilância de saúde em Cuidados de Saúde Primários.

Para tal, desenvolvemos um estudo do tipo descritivo – correlacional, observacional e transversal, com uma amostra de 332 pessoas com hipertensão arterial, com assistência de saúde em Cuidados de Saúde Primários. A recolha de dados decorreu de 6 de fevereiro a 31 de março de 2014, através de um questionário de caracterização pessoal, escala de Graffar adaptada, teste de medida de adesão aos tratamentos, questionário IPAQ – versão curta, questionário de cuidados dietéticos e questionário “Orientação para viver”.

A população é, maioritariamente, do sexo feminino, casados ou a viver em união de facto, da classe média baixa, sendo o grupo etário mais representado o de 64 ou menos anos. A maioria revelou excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade classe I (29,6% dos homens e 29,9% das mulheres), perímetro abdominal elevado (22,3% dos homens e 44,3% das mulheres), aspetos que se constituem como fatores de risco para o aparecimento de complicações cardiovasculares.

Constatámos o predomínio de pessoas com valores tensionais elevados (60,8%) e que os fármacos mais utilizados foram os diuréticos (59,5%).

Os valores do sentido de coerência para cada uma das dimensões encontram-se próximos dos valores médios dos itens (4,5), o que não revela um elevado sentido de coerência.

Pudemos ainda observar que a adesão ao regime terapêutico revelou-se elevada na adesão medicamentosa (média de $5,63 \pm 0,46$), fraca na adesão à atividade física, visto que 47,0% refere atividade física baixa e boa na adesão aos cuidados dietéticos.

Constatámos que o consumo de álcool era elevado. O consumo de tabaco revelou-se baixo e é exclusivo dos homens, perdurando no tempo (média de $39,82 \pm 22,21$ anos).

As correlações entre o sentido de coerência e a adesão medicamentosa, o consumo de gorduras e consumo de carnes gordas são muito baixas. O mesmo não podemos dizer quando relacionamos sentido de coerência e o consumo de fritos onde verificámos que é baixa, o que poderá sugerir que outros fatores influenciam a adesão ao regime terapêutico.

A consulta de enfermagem constitui uma ferramenta útil para a capacitação da pessoa com hipertensão arterial, possibilitando uma promoção de saúde personalizada, visando melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso; Cuidados de Enfermagem; Hipertensão; Promoção da Saúde; Senso de Coerência.

ABSTRACT

Hypertension has been established as a chronic disease and a major risk factor for the onset of cardiovascular disease, imposing itself as a relevant public health problem. Its diagnosis leads to a drastic change in people's lifestyle, requiring their cooperation, which is extremely important for planning preventive and effective health promotion strategies.

We consider that it is urgent to develop health promotion interventions to ensure adherence to the therapeutic regimen, in which the integration of the concept of sense of coherence is an innovative factor in health policy and an ally to providing personalized care to each individual/family.

In this study we aim to analyze the relationship between sense of coherence and adherence to therapeutic regimen in persons with hypertension, being followed in Primary Health Care.

Therefore, we developed a descriptive-correlational, observational and cross-sectional study, with a sample of 332 people with hypertension, followed in Primary Health Care. Data collection took place from February 6 to March 31, 2014, through a questionnaire of personal characterization, adapted Graffar scale, measuring test for treatment adherence, IPAQ - short version and the dietetic care questionnaire "Orientation to live".

Population is mostly female, married or living in a consensual union, from lower middle class, being the most represented age group of 64 or less years. Mostly revealed overweight (46.3% of men and 38.6% of women) or obesity type 1 (29.6% men and 29.9% women) and large waist (22.3% men and 44.3% women), all these aspects constitute a greater risk for cardiovascular complications.

People with high blood pressure levels (60.8%) and the use of diuretics (59.5%), appeared as most prevalent.

The values of the sense of coherence for each of the dimensions are close to the average values of items (4.5), which does not reveal a high sense of coherence.

We could also observe that the adherence to the therapeutic regimen proved to be high on medication adherence, low on adherence to physical activity (mean 5.63 ± 0.46), whereas 47.0% report low physical activity and good adherence to dietetic care.

We also found high use of alcohol, but use of Tobacco proved to be low and exclusive of men, lasting in time (mean $39, 82 \pm 22.21$ years).

Correlations between sense of coherence and medication adherence, consumption of fats and consumption of fatty meat is very low. The same cannot be said when we relate sense

of coherence and the consumption of fried, which may suggest that other factors influence adherence to treatment regimen.

The nursing appointment is a useful tool to empower people with hypertension, enabling a personalized health promotion aiming to improve adherence to treatment regimen.

Keywords: Adherence to medication treatment; Nursing; hypertension; Health Promotion; Sense of Coherence.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Graça pela disponibilidade, orientação, compreensão, rigor e exigência, manifestados ao longo deste percurso de crescimento profissional e pessoal. A sua atenção e paciência na revisão deste relatório foi imprescindível.

À Doutora Salete Calvino pelo apoio, a exigência e o rigor na co-orientação deste estudo.

À Professora Doutora Cidália Amorim pelo carinho, confiança e motivação demonstrados.

Aos colegas de mestrado, pelo companheirismo, partilha de saberes e incentivo manifestados.

A todos os participantes do estudo, sem os quais este não seria possível.

À equipa multiprofissional da USF pela dedicação, empenho, paciência e colaboração, fornecidos ao longo desta caminhada.

Ao meu marido, José Manuel, pela ajuda, paciência, compreensão e incentivo, em todos os momentos.

À minha família pelo apoio, carinho e preocupação demonstrados.

A todos... muito obrigada.

*“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer
do seu próprio conhecimento.”*

Platão

Sumário

RESUMO.....	ii
ABSTRACT	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS.....	x
FIGURAS	x
QUADROS	x
SIGLAS.....	xi
ACRÓNIMOS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	12
Capítulo Um - DA SAÚDE À PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
1. Saúde – um conceito dinâmico	15
2. Promoção da Saúde	19
3. Salutogénese – Uma abordagem positiva da saúde	24
3.1 Sentido de coerência.....	26
4. Determinantes de Saúde	31
Capítulo Dois - A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL	35
1. O impacto da Doença Crónica	35
2. A Epidemia da Hipertensão arterial.....	37
3. Adesão ao Regime Terapêutico.....	40
3.1 Adesão ao regime terapêutico na hipertensão arterial.....	44
Capítulo Três - A ORGANIZAÇÃO E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	51
1. A evolução dos Cuidados de Saúde Primários	51
2. Assistência à doença crónica nos Cuidados de Saúde Primários.....	53
2.1 Assistência à hipertensão arterial nos Cuidados de Saúde Primários .	54
Capítulo Quatro - METODOLOGIA.....	61
1. Finalidade e objetivos	62
2. Tipo de Estudo.....	63
3. População e Amostra	63
4. Instrumento de colheita de dados	64
5. Procedimentos de Colheita de dados	70

6. Aspectos éticos	70
7. Tratamento e análise de dados.....	71
Capítulo Cinco - RESULTADOS	72
1. Caracterização sociodemográfica	72
2. Caracterização do perfil clínico	73
3. Sentido de coerência.....	74
4. Adesão ao regime terapêutico.....	75
5. Associação entre o sentido de coerência e adesão regime terapêutico	81
Capítulo Seis - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
APÊNDICES	103
APÊNDICE A – Instrumento de colheita de dados.....	104
APÊNDICE B – Consentimento informado e esclarecido.....	115
ANEXOS.....	117
ANEXO A – Autorização da utilização do teste de medida de adesão aos tratamentos	118
ANEXO B – Autorização da utilização do IPAQ.....	120
ANEXO C – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde	122

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	32
Figura 2 - Estratificação do risco absoluto em quatro categorias de risco acrescido	39

QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com HTA (n=332)	73
Quadro 2 - Caracterização do perfil clínico (n=332)	74
Quadro 3 - Caracterização do IMC (n=332)	74
Quadro 4 - Caracterização do sentido de coerência (n=332)	75
Quadro 5 - Distribuição da medicação por grupos (n=323)	76
Quadro 6 - Adesão medicamentosa e números de fármacos prescritos (n= 323)	76
Quadro 7 - Caracterização dos somatórios das questões da MAT.....	76
Quadro 8 - Distribuição por categorias do IPAQ (n=332)	77
Quadro 9 - Caracterização das refeições.....	78
Quadro 10 - Caracterização do consumo de alimentos (n=332)	78
Quadro 11 - Caracterização do consumo de sal	79
Quadro 12 - Caracterização do método de confeção dos alimentos (n=332)	79
Quadro 13 - Gordura mais utilizada na confeção dos alimentos (n=332)	80
Quadro 14 - Distribuição do consumo de tabaco e álcool (n=332)	80
Quadro 15 - Consumo médio diário de bebidas alcoólicas consumidas em cl (n=154)	80
Quadro 16 - Distribuição do consumo de álcool em número de dias.....	81
Quadro 17 - Caraterização do consumo de tabaco.....	81
Quadro 18 - Análise das relações entre as variáveis	82

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARA – Antagonistas do recetor de angiotensina
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção-Geral da Saúde
IECA – Inibidor da enzima de conversão da angiotensina
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPAQ - International Physical Activity Questionnaire
ISHWG - Internacional Society of Hypertension Writing Group
MAT – Medida de adesão aos tratamentos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PNS – Plano Nacional de Saúde
RGR – Recursos Gerais de Resistência
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – World Health Organization

ACRÓNIMOS

HTA – Hipertensão Arterial
SOC – Sentido de coerência

INTRODUÇÃO

A saúde constitui uma dimensão relevante da qualidade de vida de qualquer pessoa, bem como um recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal.

Existem fatores que exercem influência, benéfica ou nociva, sobre a saúde, tais como fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. A promoção da saúde atua em todos estes campos, com o objetivo de os tornar favoráveis à saúde para que seja possível, por exemplo, no caso de doenças crónicas uma prevenção de complicações, um controlo mais eficaz da doença e uma melhor qualidade de vida.

O diagnóstico de hipertensão arterial origina uma transição difícil na vida da pessoa, de saudável passa a pessoa portadora de uma patologia crónica. Esta situação requer uma gestão de sintomas e formas de tratamento numa base diária, concomitantemente, com as exigências da vida diária (Meleis, 2010).

A hipertensão arterial (HTA) constitui-se como uma doença crónica (DGS, 2013b) e, concomitantemente, como um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares (WHO, 2013a). No âmbito deste estudo assumimos que a HTA é uma doença crónica, sendo um fator de risco para outras doenças.

Em 2008, a prevalência mundial de HTA estimava-se em cerca de 40% dos adultos com 25 ou mais anos (WHO, 2013a). Em Portugal, estima-se em 42,6%, mas destes, apenas, 11,2% estarão controlados (PA <140/90 mm Hg) e 39,0 % tomam medicação anti-hipertensiva (Macedo [et al.], 2007).

A HTA constitui o fator de risco de doença cardiovascular com maior prevalência, impondo-se como um relevante problema de saúde pública pela mortalidade e morbilidade que lhe está associada (Perdigão & Maia, 2009; WHO, 2013a). Para minimizar os seus efeitos, considerámos necessário intervir aos três níveis de prevenção.

A adesão ao regime terapêutico é fundamental para garantir a plena eficácia do tratamento. Os profissionais de saúde, particularmente os dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), desempenham um papel importante na promoção de estilos de vida mais saudáveis, proporcionando ganhos em saúde e mais qualidade de vida, bem como, melhoria na eficácia das terapêuticas.

Concordamos com o Internacional Society of Hypertension Writing Group, quando referem que o maior obstáculo ao controlo da hipertensão arterial é a não adesão ao regime terapêutico (WHO/ISHWG, 2003).

Consideramos que urge intervir ao nível da promoção da saúde e da Educação para a Saúde, no sentido de incentivar a adesão ao regime terapêutico na HTA. A profissão de enfermagem constitui-se como o recurso primário de saúde para as famílias e comunidades, desempenhando um papel de relevo.

No âmbito da promoção da saúde, a integração do conceito de sentido de coerência (SOC) constitui um fator inovador nas políticas de saúde, visto que reflete uma orientação global, uma maneira de olhar o mundo (Antonovsky, 1987).

De acordo com o paradigma salutogénico, a pessoa ao confrontar-se com o diagnóstico de hipertensão arterial, possui um potencial para acionar os seus mecanismos de regulação, no sentido de gerir de forma saudável as exigências requeridas pela especificidade da sua situação de saúde e de vida, visando alcançar o máximo de funcionalidade.

Consideramos o SOC promissor na orientação do profissional de saúde para uma prestação de cuidados personalizados a cada indivíduo/família, constituindo-se como um aliado para melhorar a adesão ao regime terapêutico.

É neste contexto que desenvolvemos o presente estudo, partindo da seguinte questão: *Qual a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA, com vigilância de saúde nos CSP?*

Pretendemos com este estudo despertar os profissionais de saúde para a importância da investigação nesta área. Considerando o interesse do investimento na promoção de comportamentos saudáveis, pretendemos promover a descoberta de estratégias facilitadoras da adesão ao regime terapêutico.

Quer a adesão ao regime terapêutico, quer o sentido de coerência, têm sido bastante estudados, sobretudo a nível internacional. Já no que se refere ao estudo da relação entre o SOC e a adesão ao regime terapêutico na doença crónica o mesmo não acontece, daí o carácter inovador deste estudo.

Assim, constitui-se objetivo geral do estudo analisar a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico, nas pessoas com hipertensão arterial, com vigilância de saúde em CSP.

O presente relatório encontra-se dividido em 6 capítulos. No primeiro capítulo consta uma reflexão sobre o conceito de saúde, abordando a promoção da saúde, a salutogénese e os determinantes de saúde. No segundo capítulo efetuamos uma breve abordagem à doença crónica, à epidemia da hipertensão arterial, bem como à adesão ao regime terapêutico na doença crónica e, particularmente, na hipertensão arterial. No terceiro capítulo procedemos à contextualização dos cuidados de saúde primários, para posteriormente explicarmos a

assistência à pessoa com doença crónica e, particularmente, com hipertensão arterial. O quarto capítulo diz respeito à metodologia, isto é, apresentamos a finalidade e os objetivos, o tipo de estudo, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, os aspetos éticos, e o tratamento e a análise dos dados. No que concerne ao quinto e sexto capítulos procedemos à apresentação dos resultados e à sua discussão, respetivamente.

Por fim, expusemos as principais conclusões e recomendações que considerámos pertinentes.

Capítulo Um

DA SAÚDE À PROMOÇÃO DA SAÚDE

A evolução do conceito de saúde gera mudanças nas políticas de saúde. O conceito de saúde delimita a promoção da saúde, visto que esta sofre a influência do que é valorizado e determinado por esse conceito. Estes conceitos são mutáveis e encontram-se intrinsecamente interligados.

1. SAÚDE – UM CONCEITO DINÂMICO

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde constituiu objeto de interesse e estudo de múltiplos setores do conhecimento e da sociedade. Este conceito possui um caráter histórico e subjetivo, por um lado reflete a conjuntura social, económica, política e cultural, e por outro comporta a influência da época, lugar, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Desde a antiguidade, o ser humano procura explicitar o processo saúde-doença e, conseqüentemente, o cuidar sofre a influência do contexto sociocultural (Siqueira [et al.] 2006).

O homem primitivo atribui ao processo de saúde/doença a punição ou a recompensa de entidades sobrenaturais. A concepção mágico-religiosa parte do princípio de que doença surge como resultado da ação de forças alheias ao organismo, que nele se introduzem por causa do pecado ou maldição (Scliar, 2007).

Hipócrates de Cós introduz uma visão pioneira e racional da medicina, ao considerar o homem como uma unidade organizada. O mesmo autor postula a existência de quatro humores: bÍlis amarela, bÍlis negra, fleuma e sangue, e defende que a saúde advém do equilíbrio desses elementos, enquanto a doença surge da desorganização desse equilíbrio (Scliar, 2007). Este autor valoriza a observação empÍrica como base para a aquisição de conhecimentos sobre a saúde.

No Renascimento, os estudos empÍricos desencadeiam a formação das ciências básicas, das quais emerge a necessidade de descobrir a origem dos contágios. Surge a teoria

miasmática, segundo a qual emanções de regiões insalubres são capazes de causar doenças (Backes [et al.], 2009).

O desenvolvimento da química e da mecânica origina novas concepções para explicar o processo saúde-doença, nomeadamente a do dualismo entre corpo e mente, como se a dimensão biológica não possuísse relação com a psíquica (Siqueira [et al.], 2006).

No final do século XIX, os avanços da ciência e tecnologia conduzem a uma revolução, com “a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser combatido com produtos químicos ou vacinas” (Backes [et al.], 2009, p. 113).

Apesar de todo o conhecimento e desenvolvimento científico, não existe ainda um conceito, universalmente aceite, para definir saúde.

O conceito de saúde, formal e pioneiro, que articula as múltiplas dimensões do Homem é estabelecido no preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946. Saúde é definida como “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”¹ (Organization of the United Nations, 2006, p. 1).

O bem-estar físico refere-se ao bom funcionamento do corpo, à normalidade biológica, à boa forma física e à capacidade de desempenhar tarefas. O bem-estar social diz respeito às relações interpessoais e às questões sociais, como a satisfação material, a empregabilidade e o envolvimento comunitário. No bem-estar mental inclui-se a autoeficácia, o bem-estar subjetivo, a competência social e a robustez psicológica (Laverack, 2008).

Este conceito reflete uma aspiração que emerge dos movimentos sociais do pós-guerra do direito a uma vida plena, sem privações, e reconhece o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção da mesma (Scliar, 2007).

No entanto, esta definição é contestada por alguns autores que a consideram redutora, estática, utópica, inflexível e irreal, ao não incluir os aspetos adaptativos da pessoa face às suas perturbações e ao meio ambiente, e também devido ao absolutismo e amplitude do estado completo de bem-estar (Aggleton, 1991; Segre & Ferraz, 1997; Üstün & Jakob, 2005).

Outra crítica apontada reside no facto de não se distinguir felicidade de saúde (Laverack, 2008), o que implica que qualquer desequilíbrio ao nível da felicidade pode desencadear um problema de saúde (Üstün & Jakob, 2005).

¹ Tradução livre da autora: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Esta definição é inovadora e reflete a abordagem holística, apesar das críticas. O estado biológico desejável, medido através de indicadores biofisiológicos, no contexto de uma abordagem quantitativa, encontra-se em consonância com o modelo biomédico. Por outro lado, o enfoque da saúde como biopsicossocial, que corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1978), numa abordagem qualitativa, vai ao encontro do paradigma salutogénico.

Na atualidade, e discordando de Engel (1977) que defende o enfoque da medicina no modelo biomédico, valoriza-se a saúde como o resultado de um equilíbrio entre o físico, o psíquico e o ambiental. As políticas de saúde preconizam a capacitação da pessoa na gestão da sua saúde, imbuída no seu meio ambiente.

Bircher (2005, p. 336) define a saúde como " a dynamic state of wellbeing characterized by a physical, mental and social potential, wich satisfies the demands of a life commensurate with age, culture, and personal responsibility"².

Esta definição incorpora as mudanças nas necessidades de saúde, sendo que a doença surge quando o potencial é insuficiente para atender às exigências necessárias. O ideal é a manutenção do estado de bem-estar. O potencial descrito possui a vertente biológica e a pessoalmente adquirida, que variam ao longo do ciclo de vida.

Esta definição de saúde, conhecida como *Modelo Meikirch*, é realista e adequada para os cuidados de saúde, e possui três elementos centrais: exigências da vida, habilidades biológicas e habilidades pessoais adequadas.

As exigências da vida consistem em tudo o que é necessário para garantir a sobrevivência, desde a produção de alimentos, à proteção contra forças da natureza, passando pelo estabelecimento de relações humanas, tratamento de resíduos, entre outros.

As habilidades biológicas são determinadas pelo material genético da pessoa, que precisa de ser cuidadosamente protegido durante toda a vida.

As habilidades pessoais adequadas consistem na resposta às exigências da vida ao longo do ciclo vital, na aquisição de habilidades em termos de adoção de comportamentos adequados, aprendizagem de conhecimentos e adaptação ao meio ambiente. A aquisição destas habilidades deve ser contínua e é crucial para a manutenção da aptidão para satisfazer as exigências da vida, em constante mudança, num mundo moderno.

² Tradução livre da autora: "Um estado dinâmico de bem-estar caracterizado por um potencial físico, mental e social, que satisfaz as exigências de uma vida compatível com a idade, a cultura e a responsabilidade pessoal".

O modelo *Meikirch* caracteriza a saúde com seis aspetos essenciais: potencial biológico, potencial pessoal adquirido, exigências de vida, idade, cultura e responsabilidade pessoal (Samal & Bircher, 2011).

Num contexto de saúde é necessário avaliar a idade e a cultura. No entanto, devemos efetuar ainda uma breve avaliação dos dois potenciais: exigências da vida e responsabilidade pessoal.

A aplicação desta definição nas políticas de saúde atuais demonstra que estas não são as ideais. O foco da medicina ainda se concentra fortemente na saúde física e na patologia. Contudo é necessário dar uma ênfase semelhante para que o ser humano possa aumentar ao potencial pessoalmente adquirido.

Evidências recentes demonstram que as técnicas como a terapia cognitivo-comportamental, o conceito de salutogénese e a psicologia positiva aplicadas ao potencial pessoal adquirido apresentam benefícios significativos para a saúde. A aplicação do modelo *Meikirch* favorece a melhoria da literacia em saúde, uma valorização das emoções positivas e a capacitação das pessoas para assumirem a responsabilidade pessoal da sua saúde (Samal & Bircher, 2011).

Este modelo abre horizontes para o modo como é concetualizada a saúde, ajudando a priorizar as necessidades. Por outro lado permite reduzir o desperdício e aumentar a eficácia, criando-se uma cultura mais realista de saúde.

Laverack (2008) define saúde como a expressão positiva do bem-estar. Este autor enfatiza que a saúde é um reflexo da qualidade dos relacionamentos da pessoa com os outros.

Considerando estas definições, a Ordem dos Enfermeiros (OE), define saúde como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual” (2001, p. 8). Este conceito inclui uma dimensão objetiva e outra subjetiva, que tem em consideração a representação mental. Por esse motivo não pode ser considerado como oposto ao conceito de doença.

A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo na procura do equilíbrio, que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (ibidem).

Os mesmos autores consideram a pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (p. 8-9).

Os comportamentos sofrem influência do ambiente circundante e, simultaneamente, modificam-no, com o objetivo de alcançar o equilíbrio e a harmonia. Cada pessoa desenvolve processos intencionais pautados pelos seus valores, crenças e desejos individuais, com o intuito de alcançar melhores níveis de saúde. Esses processos, sendo individuais, transformam cada percurso num projeto de saúde único. Já as funções fisiológicas consistem em processos não intencionais, constituindo um fator de equilíbrio importante. Contudo, essas funções fisiológicas podem ser influenciadas pela condição psicológica da pessoa, que por sua vez é influenciada pelo bem-estar e conforto físico (ibidem). É neste âmbito que reside a unicidade e indivisibilidade do ser humano.

A Enfermagem, enquanto profissão de saúde, detém um lugar privilegiado para auxiliar a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, na persecução e promoção dos seus projetos de saúde (ibidem).

No contexto da prestação de cuidados de saúde, o enfermeiro tem um papel de mediador, enquanto parte integrante de uma equipa multidisciplinar, devendo gerir os recursos de saúde por forma a dar resposta aos desafios de saúde. Os enfermeiros intervêm na alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis e uma promoção da saúde efetiva.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Do ponto de vista histórico, a evolução do conceito de promoção de saúde acompanha a do conceito de saúde, principalmente após a definição da OMS.

Na atualidade, as definições de saúde valorizam o homem como um ser social, que influencia e é influenciado pelos contatos da vida e a eles se adapta. A saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e socioambiental.

A definição de saúde e a sua interpretação originam diferentes estratégias de promoção da saúde (Laverack, 2008).

Na prática, a promoção da saúde inicia-se com a publicação do relatório *A New Perspective on the Health of Canadians*, onde se questionam os gastos excessivos no tratamento das doenças, em detrimento da prevenção (Lalonde, 1981).

Lalonde, numa tentativa de reduzir os riscos para a saúde mental e física da população e melhorar a acessibilidade a bons cuidados de saúde, propõe cinco estratégias: a promoção

da saúde, a regulamentação, a investigação, a eficiência dos cuidados e o estabelecimento de objetivos (Lalonde, 1981). Nesta perspetiva, a promoção da saúde compreende medidas preventivas, nomeadamente no que diz respeito à alteração de comportamentos e estilos de vida.

Neste contexto começa a ser equacionada a promoção da saúde, tendo sido discutida na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (WHO, 1986). A necessidade de intervir na promoção da saúde, não se limitando apenas aos estados de saúde e aos comportamentos, ganha relevo. É defendida a promoção da saúde através de políticas promotoras de criação de ambientes favoráveis, do reforço da ação comunitária, do desenvolvimento de competências pessoais, bem como da reorientação dos cuidados de saúde.

Desta conferência resultou a carta de Ottawa (WHO, 1986) que consiste num documento orientador para posteriores ações de promoção da saúde.

A saúde é perspetivada como um direito das populações e emerge daí a necessidade de dotar os países de meios capazes de promover a saúde, prevenir e curar a doença. Daqui advém a necessidade do planeamento em saúde, que consiste numa "racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos" (Imperatori & Giraldes, 1986, p.6).

O preconizado na carta de Ottawa tornou-se num desafio dirigido aos países, ao afirmar como pré-requisitos para a saúde, a justiça social e a equidade, e como processos para a atingir, a advocacia e a mediação.

Com base nos pressupostos da promoção da saúde, esta é entendida enquanto conceito positivo como um recurso para a vida, que envolve recursos sociais, bem como, as capacidades físicas e pessoais.

A promoção da saúde postula a capacitação das pessoas para agirem sobre os determinantes da saúde. A participação das pessoas é crucial para a conceção e desenvolvimento das ações de promoção da sua saúde. É importante uma mobilização adequada dos diferentes setores da vida económica e social, que contribuem para aumentar a literacia e a capacidade de participação dos cidadãos em matéria de saúde.

Em termos de participação e envolvimento do cidadão, consideram-se 3 graus: a informação prestada pelas instituições ao cidadão; a consulta, na qual o cidadão contribui com a sua opinião; e o empoderamento, em que o cidadão assume um papel ativo no

processo, participando na decisão e na gestão (Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2001).

O reforço da cidadania em saúde pode ser alcançado recorrendo à

“promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e auto controlo do cidadão (capacitação do cidadão), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (participação ativa/empoderamento)” (DGS, 2012a, p.4).

Este espírito está subjacente à declaração de Alma Ata, na qual emergiu a cidadania em saúde, como o direito e o dever da população em participar no planeamento dos seus cuidados de saúde (WHO, 1978).

Neste sentido, para a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2012a) o estado de saúde surge como o resultado de vários fatores como a educação, o comportamento e estilos de vida, a gestão da doença crónica e a aliança terapêutica. A DGS defende ainda que reforçar o poder e responsabilidade do cidadão, contribui para a melhoria da saúde individual e coletiva.

A saúde constitui-se como um recurso favorecedor do desenvolvimento social, económico e pessoal, e é considerada uma dimensão relevante da qualidade de vida. Os fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ser benéficos ou nocivos à saúde. A promoção da saúde centra nestes fatores o seu campo de atuação, visando torná-los favoráveis à mesma (WHO, 1986).

Outras conferências internacionais sucederam à Conferência de Ottawa, para debater, aprofundar e clarificar o “código genético” da promoção da saúde. A Conferência de Adelaide centrou-se nas políticas públicas saudáveis, onde se afirmou que a saúde é “both a fundamental human right and a sound social investment”³ (WHO, 1988, p.2).

A declaração de Adelaide salientou que as desigualdades na saúde provêm das desigualdades sociais, pelo que é necessário definir políticas que fomentem o acesso a serviços e bens promotores de saúde, e a criação de ambientes favoráveis (ibidem).

A conferência de Sundsvall realçou a necessidade de criar ambientes favoráveis, abrangendo os aspetos físicos e sociais que rodeiam a pessoa. Nesta conferência estabeleceram-se quatro vertentes essenciais para ambientes favoráveis:

- Valores, crenças tradicionais e costumes, processos sociais e rituais geradores da sensação de familiaridade, coerência e determinação;

³ Tradução livre da autora: "tanto um direito humano fundamental e um importante investimento social".

- Compromisso político com os direitos humanos, justiça social, paz e democracia;
- Recursos económicos para a concretização da meta “Saúde para Todos” e desencorajamento do armamento;
- Valorização do papel das mulheres na criação de ambientes favoráveis e a necessidade de defender e promover os seus direitos (WHO, 1991).

A consolidação da saúde aconteceu com a Conferência de Jacarta, onde se salientou a importância do estabelecimento de novas parcerias para o sucesso da promoção da saúde, nomeadamente com o setor privado. A declaração de Jacarta enfatiza que:

- São mais eficazes as abordagens globais do desenvolvimento da saúde;
- Ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais;
- A participação de todos é indispensável para sustentar esforços;
- O acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efetiva e o empoderamento das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

O facto de que a saúde não é apenas um resultado, mas também um estímulo para o desenvolvimento económico e para a equidade, é reconhecido na Conferência Internacional do México para a Promoção da Saúde. Nesta conferência tentaram demonstrar que as estratégias de promoção da saúde valorizavam a eficácia da saúde. O desenvolvimento de políticas, programas e projetos, sobretudo aqueles que visam melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas que vivem em condições adversas, são outros aspetos considerados relevantes na eficácia da saúde (ibidem).

Nesta conferência foi lançado o repto para a elaboração de Planos de Saúde, que no caso português deu origem ao Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010.

Na conferência de Bangucoque foram identificadas as ações, compromissos e garantias necessárias para abordar os determinantes de saúde, visando a promoção de saúde, num mundo globalizado. A Carta de Bangucoque afirma que o cerne do desenvolvimento global e nacional são as políticas e as alianças, capazes de capacitar as comunidades, para melhorar a saúde e a equidade em saúde (WHO, 2005).

Esta carta vem complementar e desenvolver os valores, princípios e estratégias da Carta de Ottawa, considerando as recomendações emanadas nas conferências sobre Promoção da Saúde subsequentes.

Na conferência de Nairobi afirmou-se a necessidade de cumprir as metas de desenvolvimento previamente traçadas. Foi defendida também a ideia que a promoção da

saúde requer conhecimentos específicos que podem acelerar o progresso para a sua realização. A promoção da saúde é encarada como uma abordagem essencial e eficaz na atenção primária à saúde (WHO, 2009b).

Na conferência de Helsínquia realçou-se o modo como a saúde foi influenciada pela evolução demográfica, rápida urbanização e globalização. A melhoria das condições de vida em algumas áreas geográficas levou ao desaparecimento de algumas doenças. Noutras zonas persistem as doenças relacionadas com os estilos de vida e o meio ambiente, fruto da produção, *marketing* desenfreado e consumo insustentáveis (WHO, 2013b).

Face a estas preocupações, nesta conferência salientou-se a necessidade de uma resposta, em termos de saúde global, sendo uma responsabilidade do setor da saúde, uma questão política, comercial e de política externa (WHO, 2013b).

As conferências internacionais são cruciais para o desenvolvimento das bases conceptuais e políticas da promoção da saúde, mantendo o interesse sobre o tema e possibilitando aos países o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes, centradas no cidadão, envolvendo-o no processo de decisão.

A promoção da saúde estabelece-se como uma intervenção conjunta e integrada junto do indivíduo no seu meio envolvente (Graça, 2000). Podemos afirmar que a melhoria da saúde das populações se inicia antes de a medicina possuir meios eficazes de combate às doenças. Tal facto pode ser explicado pela melhoria das condições socioeconómicas, nomeadamente alimentação, habitação, saneamento, higiene, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, entre outros.

A promoção da saúde preconiza a redução das desigualdades de saúde das populações, assegurando a igualdade de oportunidades e de acesso aos recursos. Desta forma, pretende capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde, através do desenvolvimento de um meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades, que possibilitem escolhas saudáveis. O cidadão capacitado possui mais saúde e por um período mais longo de tempo (WHO, 2006).

A ação da Enfermagem não se pode restringir à educação para a saúde, mas deve ir mais além, através de uma efetiva promoção da saúde, visando a capacitação dos cidadãos, enquanto principais agentes do seu próprio desenvolvimento e de transformação social.

A capacitação cria no cidadão a expectativa de cuidados de saúde personalizados, melhores serviços e respostas às suas necessidades e preferências (WHO, 2006).

Para que seja possível atingir um nível mais elevado de saúde, têm que estar implicados todos os setores da sociedade e entidades governamentais (saúde, agricultura, alimentação, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicações) de forma coordenada (Martins, 2005), o que vai possibilitar ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os determinantes da saúde.

Para tal, é crucial a participação das pessoas na conceção e desenvolvimento de ações que visem promover a sua saúde. É, de igual modo, pertinente a mobilização dos diferentes setores sociais, que contribuam para aumentar a literacia e a capacidade de participação dos cidadãos em matéria de saúde. Concomitantemente, é necessário criar condições ambientais, económicas e sociais mais favoráveis à saúde e à realização de escolhas comportamentais saudáveis (DGS, 2012a).

Neste sentido, a abordagem reside nos fatores que reforçam a saúde e não na prevenção. É este o sentido de Antonovsky, quando introduz o neologismo salutogénese.

3. SALUTOGÉNESE – UMA ABORDAGEM POSITIVA DA SAÚDE

A evolução do conceito de saúde põe em evidência a necessidade de novas conceções, que respondam às expectativas dos seres humanos.

Após a definição do conceito de saúde pela OMS, foi identificada uma falência gradativa do modelo biomédico. Em contrapartida, o crescimento e a valorização de uma abordagem salutogénica, mais humanizada, passou a ser entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e socio-ambiental (Martins, 2005).

Genericamente, podemos dizer que a perspetiva salutogénica está na origem do conceito de proteção e promoção da saúde, cuja ênfase reside nos fatores multidimensionais que determinam positivamente a saúde, enquanto o modelo patogénico se encontra próximo da prevenção da doença, cura e tratamento, alicerçada no modelo patogénico, biomédico, organicista, orientada para a causa específica da doença (Graça, 2000).

O paradigma salutogénico surge, e tem como grande impulsionador Aaron Antonovsky, que ao criar um novo paradigma, auxilia a repensar a saúde e o stress, fora do determinismo bio-médico (Nunes, 1999).

A perspetiva salutogénica desliga-se do domínio patogénico, passando a considerar o conceito de saúde não apenas como a ausência de doença, mas incluindo os fatores de

stress e a garantia de um máximo de funcionalidade, através da intervenção nos fatores socioeconómicos, de habitação, de nutrição, de higiene pessoal e social, com o intuito de melhorar a saúde das pessoas e das populações (Sagy & Antonovsky, 1996).

O paradigma salutogénico emerge, progressivamente, como uma proposição que permite compreender melhor a saúde. Não se limita à fronteira de uma profissão, mas sim com o sentido de trazer coerência entre as disciplinas (Lindström & Eriksson, 2005). Constitui-se uma abordagem dinâmica e flexível, com ênfase na habilidade e na capacidade de gestão. O conceito de salutogénese possui a sua força na adaptabilidade e no uso universal.

Segundo este paradigma, a pessoa tem potencial para acionar oportunamente os seus próprios mecanismos de regulação. A pessoa tem a capacidade para gerir de forma saudável as exigências requeridas pela especificidade da sua situação de saúde e de vida, quando se encontra num estado de desequilíbrio dinâmico hétero-estático (Nunes, 1999).

Esta conceção apresenta-se como um modelo contínuo, no qual a pessoa se posiciona, num determinado tempo e lugar, ao longo de um contínuo saúde / doença. É uma conceção mais poderosa e precisa da realidade, abrindo o caminho para a promoção da saúde. A orientação salutogénica dirige a pesquisa e a ação para abarcar todas as pessoas, onde quer que se situem no contínuo de saúde, concentrando-se nos fatores salutares (Antonovsky, 1996).

Antonovsky citado por Nunes (1999) afirma que as entidades patentes na dicotomia saúde/doença são pólos de um contínuo funcional-disfuncional, no qual todas as pessoas se encontram, progredindo ou regredindo em relação aos seus pólos. A manutenção da homeostasia consegue-se através da ação de diversos mecanismos de regulação complexos. O seu desempenho pode ser comprometido pela ação da patogénese e de stressores, inviabilizando a ação dos mecanismos de regulação.

O mesmo autor salienta a predominância da condição patológica da humanidade ao acentuar, que um terço ou a maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por uma condição mórbida, sendo definida clinicamente ou epidemiologicamente como normal. Mesmo pessoas com uma vida desafogada e com ambientes otimizados, são expostas a stressores, quer seja direta ou indiretamente através de pessoas que lhe são próximas, sofrendo assim o stress psicossocial (ibidem).

Consciente do impacto que as condições de vida têm sobre determinados grupos, Antonovsky estuda as pessoas que são atingidas pela pobreza e pela marginalização, nomeadamente os negros norte-americanos, as mulheres sobreviventes aos campos de concentração nazi e os judeus vivendo na miséria extrema antes do estabelecimento do estado de Israel (Lindström & Eriksson, 2006; Nunes, 1999). Salienta a capacidade que

estes indivíduos demonstram para encontrar *coerência interna* na sua vida, apesar das perdas vividas de familiares, de estatuto social ou na condição socioeconómica. Conclui que os agentes stressores são omnipresentes na condição humana, mas em compensação existem capacidades de resistência nos indivíduos envolvidos nessas experiências de vida extremas (Antonovsky, 1987).

Nesta linha de pensamento, o sentido de coerência (SOC) reflete uma orientação, pessoal e global, para ver a vida e a capacidade de responder a situações stressantes. Os elementos-chave da perspectiva salutogénica são, em primeiro lugar, a orientação para a resolução de problemas e, por outro, a capacidade de usar os recursos disponíveis (Lindström & Eriksson, 2005).

Esta perspetiva possibilita uma melhor compreensão da pessoa, com uma história de vida própria, pautada por valores e normas sociais, tendo em conta a comunidade em que se insere e o meio que o rodeia. Podemos afirmar que esta visão é orientadora do caminho a seguir para que a promoção da saúde seja mais eficaz e personalizada, e afete positivamente o estado de saúde de cada indivíduo.

3.1 SENTIDO DE COERÊNCIA

O ser humano é confrontado com múltiplos acontecimentos, que influenciam o seu desenvolvimento e o seu bem-estar psíquico, físico social e espiritual. Os indivíduos, afetados por um evento ou cadeia de eventos, reagem de modo diferente, em consequência dos fatores intrínsecos e extrínsecos que condicionam as respostas aos mesmos.

Antonovsky define sentido de coerência como “a global orientation, a way of looking at the world, a dispositional orientation rather than a response to a specific situation”⁴ (1987, p. 75).

Esta definição emerge dos estudos de Antonovsky, cuja ênfase reside na capacidade que alguns seres humanos têm de se manterem com saúde e viverem bastante tempo, após situações de grande traumatismo. É através desta definição que Antonovsky pretende explicar o *coping* bem-sucedido, face aos agentes stressores, e o movimento em direção ao extremo de máxima funcionalidade, no contínuo saúde/doença (1987; 1993a; 1993b).

⁴ Tradução livre da autora: "Uma orientação global, uma maneira de olhar o mundo, em vez de uma resposta a uma situação específica".

Um score de SOC elevado indica uma maior possibilidade de *coping* bem-sucedido face aos agentes ou acontecimentos de vida stressantes.

Este autor, partindo da capacidade de sobrevivência das vítimas do holocausto nazi da última guerra mundial, observa que estes sobreviventes manifestam a aptidão de encontrar coerência na sua vida, isto é, uma forma de se manterem com saúde apesar das situações traumáticas experienciadas. Foi possível encontrar nestes indivíduos vários elementos comuns, o que indica a presença desta característica intrínseca a cada ser humano, o SOC (Lindström & Eriksson, 2006; Eriksson & Lindström, 2008).

O SOC difere de indivíduo para indivíduo, constituindo uma variável crucial na capacidade de lidar com os stressores, através da utilização de recursos internos e externos. Consideramos mais como uma predisposição/orientação pró-ativa e pragmática do indivíduo face aos eventos com que se depara e conseqüente mobilização de recursos para os enfrentar. Contudo, não corresponde ao conceito de *coping*. Para Antonovsky (1987), o SOC define a capacidade de um indivíduo manter um sentimento de confiança, persistência e dinamismo. O conceito de sentido de coerência assenta em três componentes, traduzidas para a língua portuguesa por Nunes (1999), e abrangem as características cognitivas, instrumentais e motivacionais:

- Capacidade de compreensão - reconhecer os estímulos emanados dos meios interno ou externo como estruturados, preditíveis e explicáveis (*comprehensibility*);
- Capacidade de gestão - o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (*manageability*);
- Capacidade de investimento - essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (*meaningfulness*).

O SOC, com estas três componentes centrais, adota um carácter cognitivo-afetivo e informativo. Desta forma possibilita ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou do acontecimento de vida que a implica) e recuperar a ordem e a coerência, pela integração desse acontecimento na sua experiência de vida.

Numa tentativa de compreender como as pessoas vivem as suas experiências de vida, Antonovsky desenvolve o conceito de *recursos gerais de resistência* (RGR), sugerindo que é a repetição das suas experiências de vida que possibilita a evolução e a estruturação do sentido de coerência (Antonovsky, 1987).

Os RGR facultam à pessoa um conjunto de experiências de vida, caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da ação, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo/negativo da sua ação (Nunes, 1999).

O SOC é a capacidade que permite a utilização destes recursos. Por isso, a forma como a pessoa perspetiva a vida e a capacidade que possui para gerir com sucesso um número variado de stressores complexos, podem ser influenciadas por RGR. Estes recursos articulam o sentido da sua existência, conduzindo ao desenvolvimento de um forte SCO (Lindström & Eriksson, 2006; Nunes, 1999).

Os RGR podem ser físicos ou bioquímicos, artefactuais e materiais, cognitivos, emocionais, interpessoais e socioculturais e determinam o nível de sentido de coerência (Nunes, 1999).

Antonovsky (1987) defende que a própria ausência de alguns recursos gerais de resistência pode tornar-se num stressor, o que, por sua vez, pode moldar um fraco sentido de coerência.

De acordo com o mesmo autor, as pessoas cujo sentido de coerência é elevado, parecem ser menos atingidas, ao nível comportamental, emotivo, psicológico e psicossomático pelo efeito dos fatores stressores. Acredita que a saúde representa um dos fatores responsáveis pela manutenção dos níveis de sentido de coerência, funcionando, concomitantemente, como um recurso generalizado de resistência.

Antonovsky (1986) citado por Nunes (1999) salienta ainda que o sexo, a idade, e a pertença a um estrato superior ou inferior da estrutura social, interferem na construção do sentido de coerência.

Existe, ainda, pouca investigação acerca da relação entre o SOC e a adesão ao regime terapêutico na doença crónica. No entanto, vários são os estudos que abordam o sentido de coerência em diversas vertentes.

Nilsson [et al.] (2003), num estudo acerca da estabilidade do SOC, verificaram que é estável para indivíduos com SOC elevado. No mesmo estudo, evidencia-se que o sexo feminino apresenta uma maior pré-disposição para a variação do seu SOC.

Bengel, Strittmatter & Willmann (1999) descreveram resultados contraditórios relativamente à influência do sexo no sentido de coerência. Apesar disso, aparentemente, o sexo feminino apresenta um sentido de coerência mais baixo. Os mesmos autores indicam que a força do sentido de coerência aumenta com a idade, sendo mais elevada nos adultos.

Vastamäki, Moser & Paul (2009) procuraram investigar a mutabilidade do sentido de coerência. Para tal, desenvolveram um estudo com 74 mulheres finlandesas desempregadas que participaram num programa de intervenção destinado a favorecer o reemprego. Concluíram que os maiores aumentos no nível de sentido de coerência foram visíveis em pessoas reempregadas.

Carneiro (2012), num estudo acerca do sentido interno de coerência de mulheres com mais de 74 anos, com ou sem diagnóstico de cancro da mama, verificou que o estatuto profissional e os anos de escolaridade apresentam uma correlação positiva e bastante elevada e uma correlação positiva e moderada com SOC, respetivamente.

Suominen [et al.] (2005) verificaram um fraco sentido de coerência nas pessoas a receber pensão por invalidez, com idade igual ou inferior a 50 anos, o que pode sugerir que a idade influencia o sentido de coerência e propicia o desenvolvimento de doenças crónicas.

Sagy e Antonovsky (1986) verificaram num estudo com adolescentes sobre a resposta emocional ao stress, que o SOC apresenta uma correlação negativa com os estados de resposta ansiosa.

Boscaglia & Clarke (2007) averiguaram que o SOC pode ser um factor de protecção à desmoralização, no contexto de doença grave, e enfatizaram a necessidade de empreender esforços para melhorar o SOC das pessoas, especialmente nessa situação.

Strümpfer & Bruin (2009) efetuaram uma meta-análise, com recurso a fontes publicadas, teses e relatórios inéditos, com o intuito de avaliar a relação entre o SOC e a satisfação no trabalho. Os resultados orientam para a hipótese do SOC estar positivamente relacionado com satisfação no trabalho. No entanto, a força da relação surpreendeu os autores, dado que o SOC não contém qualquer item relacionado com o trabalho, explicitamente. Esta pesquisa não contemplou as condições de trabalho, as variáveis de personalidade, o sexo, a raça e a cultura.

Mayer & Boness (2011) verificaram que um forte SCO se encontra associado a um desempenho escolar positivo, realização, sucesso, capacidade de gerir conflitos, competências transculturais e bem-estar. Desta forma, o SOC entende-se como um importante recurso para aumentar o bem-estar, as habilidades de gestão dos conflitos e competências transculturais no contexto educacional.

Silarova [et al.] (2012), num estudo com o objetivo de determinar a influência do SOC inicial na qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas com doença coronária, no *follow-up* após 12 a 28 meses, verificaram que o SOC é um preditor de melhor qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental. Por sua vez, pessoas com baixo SOC inicial necessitam de cuidados mais personalizados, no que diz respeito à manutenção e melhoria da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Num estudo prospetivo acerca da relação entre o SOC e a incidência de Diabetes *Mellitus*, observou-se que a um SOC fraco foi associado um risco mais elevado (46%) de diabetes. Este estudo realizou-se com participantes de idade igual ou inferior a 50 anos de idade no momento da integração no estudo (Kouvonen [et al.], 2008). Esta associação foi

independente da idade, escolaridade, estado civil, sofrimento psíquico, auto-avaliação de saúde, tabagismo, consumo excessivo de álcool e atividade física (ibidem). Este estudo focou os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes *mellitus*, evidenciando a necessidade de fortalecer o SOC, no sentido de minimizar as crescentes taxas de Diabetes *Mellitus*.

O mesmo é corroborado por Merakou [et al.] (2013), num estudo observacional com o intuito de testar a hipótese de que os indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 teriam um SOC inferior àqueles sem a mesma patologia. O estudo mostrou que as pessoas sem diabetes *mellitus* tipo 2 apresentavam 2,4 vezes mais probabilidade de ter um alto SOC do que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. Foi observado também que o sexo masculino possui 3,9 vezes mais probabilidade de ter um alto SOC do que o feminino. Em relação à educação, verificou-se que um menor nível de educação representa quase três vezes mais probabilidade de ter um alto SOC do que um nível de educação mais elevado.

O estudo realizado por Lindmark [et al.] (2005), na Suécia com uma amostra de 2.446 homens e 2.545 mulheres, sugeriu que homens e mulheres com níveis de sentido de coerência pertencentes ao quartil superior reportavam escolhas alimentares mais saudáveis, comparativamente com os homens e mulheres com níveis de sentido de coerência pertencentes ao quartil inferior.

As variações no consumo de vegetais entre homens e entre mulheres, as variações do consumo de gordura saturada, sacarose, doces e frutas entre as mulheres e as variações no consumo de álcool entre os homens, são explicadas pelos níveis de sentido de coerência, independentemente da idade, índice de massa corporal e escolaridade (ibidem).

Alguns estudos citados por Bengel, Strittmatter, & Willmann (1999) revelaram indícios da existência de relação entre o sentido de coerência e os comportamentos de saúde.

O sentido de coerência pode ser considerado uma mais-valia no âmbito da promoção da saúde, possibilitando ao indivíduo adquirir um maior domínio sobre os determinantes da sua saúde e apresentando como ponto de partida para a mudança de comportamentos o estabelecimento de novos hábitos de vida.

O estudo realizado por Macarie [et al.] (2013), com uma amostra de 45 ex-presos políticos, encarcerados entre 1948 e 1964 como opositores do regime comunista na Roménia, verificou que o sentido de coerência parece ser um elemento fundamental na relação do indivíduo com as estruturas políticas e sociais. Este estudo sugeriu que um forte sentido de coerência pode relacionar-se com a capacidade de lidar com condições de adversidade a longo prazo.

Sendo assim, podemos considerar que o SOC constitui uma nova abordagem de avaliação e intervenção junto de pessoas com doenças crónicas, como por exemplo, a hipertensão arterial.

4. DETERMINANTES DE SAÚDE

Vários são os fatores que se combinam e que podem afetar a saúde dos indivíduos e das comunidades.

O contexto de vida das pessoas determina a sua saúde, no entanto, não se pode imputar, exclusivamente, essa responsabilidade aos indivíduos.

Segundo a WHO (s.d.) o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características individuais e os comportamentos, constituem-se como determinantes da saúde.

O rendimento e o estatuto social superior estão associados a uma saúde melhor, o que aumenta as diferenças de saúde entre pobres e ricos. Existem, também, evidências de que baixos níveis de educação estão relacionados com problemas de saúde, mais stress e baixa autoconfiança (ibidem).

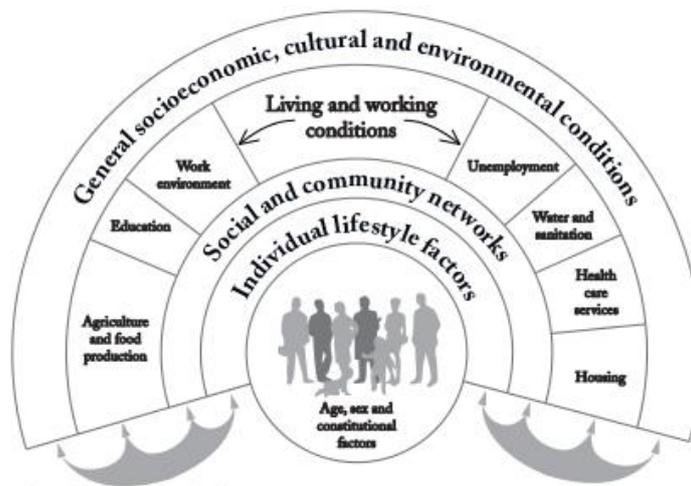
O ambiente físico, nomeadamente o acesso a água potável e ar limpo, locais de trabalho saudáveis e casas seguras, contribuem para uma boa saúde, assim como o emprego, as boas condições de trabalho e a cultura (ibidem).

A genética desempenha, também, um papel determinante na saúde, devido à predisposição para o desenvolvimento de doenças e à resistência natural a outras. O mesmo se pode referir relativamente ao sexo. Por outro lado, o comportamento pessoal, nomeadamente a adoção de hábitos de alimentação equilibrada, manter-se ativo, fumar, beber, e a gestão diária do stress da vida afetam, positiva ou negativamente, a saúde (ibidem).

O modelo de determinantes de Dahlgren e Whitehead abarca os determinantes da saúde dispostos em camadas de influência, sendo que estes podem influenciar, de maneira positiva ou negativa, a saúde (Dahlgren & Whitehead, 2007). Este modelo descreve níveis de influência sobre a saúde, numa tentativa de mapear o relacionamento entre o indivíduo, o seu ambiente e a doença, conforme representado na figura 1.

Encontramos os indivíduos na base do modelo, com as suas características individuais (idade, sexo e fatores genéticos), que exercem influência sobre as suas condições de saúde, na esfera individual.

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren, Göran & Whitehead, 2007

Na camada externa seguinte encontramos aspetos referentes ao comportamento e aos estilos de vida individuais. Situamos esta camada no limiar entre os fatores individuais e a influência das redes comunitárias e de apoio, visto que pode ser influenciada por informações, publicidade, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A atuação eficaz a este nível exige políticas públicas de alcance populacional. É importante a promoção de mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de desporto, bem como a proibição de publicidade ao tabaco e ao álcool (Dahlgren & Whitehead, 2007; Buss & Pellegrini Filho, 2007; DGS, 2012a).

Na camada seguinte, destacamos a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja riqueza manifesta o nível de coesão social. É crucial para o estado de saúde da sociedade, como um todo, assim como, para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. A atuação ao nível dos determinantes sociais e da rede de apoio deve incluir políticas públicas que procurem instituir redes de apoio, fortalecendo a organização das pessoas e comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis. A participação em ações coletivas para a melhoria das suas condições de saúde e bem-estar, é fundamental para que se constituam atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (Dahlgren & Whitehead, 2007; Buss & Pellegrini Filho, 2007; DGS, 2012a).

A camada seguinte evidencia os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como a saúde e a educação. As pessoas em desvantagem social apresentam um risco diferenciado, proporcionado pelas condições habitacionais mais humildes, pela exposição a condições mais perigosas ou stressantes de trabalho e, por um menor acesso aos serviços. As políticas públicas de atuação ao nível destes determinantes devem incidir sobre as condições materiais e psicossociais, nas quais as pessoas vivem e trabalham. Estas políticas devem assegurar o acesso a água potável, saneamento básico, habitação adequada, alimentos saudáveis, emprego seguro e gratificante, ambientes de trabalho favoráveis à saúde, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros. Esta responsabilidade deve ser partilhada pelos diferentes setores da sociedade que operam de maneira independente e obrigam, deste modo, ao estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada (Dahlgren & Whitehead, 2007; Buss & Pellegrini Filho, 2007; DGS, 2012a).

Na camada mais externa encontramos os macrodeterminantes, relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade. No entanto, possuem uma grande influência sobre as outras camadas. A atuação ao nível destes determinantes consegue-se através de políticas macroeconómicas e do mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade. Os macrodeterminantes visam promover um desenvolvimento sustentável, reduzir as desigualdades sociais e económicas, a violência, a degradação ambiental e os seus efeitos sobre a sociedade (Dahlgren & Whitehead, 2007; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010; DGS, 2012a).

Conseguimos com este modelo identificar áreas de decisões políticas, no sentido de minimizar as diferenças nos determinantes sociais da saúde, decorrentes da posição social dos indivíduos e dos grupos (Dahlgren & Whitehead, 2007).

A criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010), surge com o objetivo de estudar a problemática destes determinantes e as iniquidades que a eles estão associadas. Os determinantes sociais da saúde definem as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

“O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, económica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e

peças, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito” (Buss & Pellegrini Filho, 2007, p. 81).

Com o estudo destes determinantes, podemos identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, por forma a conseguir um maior impacto.

No entanto, a OMS (2011) afirma que nem todos os determinantes são igualmente importantes. Considera que os mais importantes são os que geram estratificação social, os determinantes estruturais, tais como a distribuição dos rendimentos, o preconceito com base em fatores como o sexo, as etnias ou as deficiências, e as estruturas políticas e de governação que reforçam, ao invés de reduzir, iniquidades.

A intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde exige a implementação de intervenções coordenadas e coerentes entre si, nos setores da sociedade que influenciam os determinantes estruturais.

Na atualidade, reconhecemos que a boa saúde coopera para outras prioridades sociais, nomeadamente o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio-ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento económico. A cooperação entre esse campos gera um círculo virtuoso, no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (OMS, 2011).

Consideramos crucial intervir em todos os determinantes com o intuito de promover e proteger a saúde ou de controlar a doença. De facto, muitos destes determinantes são modificáveis, o que no caso das doenças crónicas, pode levar à prevenção de complicações, a um controlo mais eficaz da doença e, em última instância, a uma melhor qualidade de vida.

Capítulo Dois

A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O diagnóstico de uma doença crónica, como a hipertensão arterial, acarreta a alteração dos estilos de vida e o recurso a terapêutica, que permitam uma gestão eficaz da condição. Intervir na modificação dos fatores de risco é crucial, para deste modo prevenir o aparecimento da condição ou melhorar o seu prognóstico.

1. O IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA

O percurso individual de saúde não é imutável. Cada idade e momento correspondem a necessidades específicas, sendo denominados de períodos críticos que, pela forma de como decorrem, influenciam positiva ou negativamente, as fases seguintes da vida (WHO, 2009a).

É nestes momentos de crise que encontramos janelas de oportunidades, para intervir na promoção e proteção da saúde, com elevada relevância a longo prazo (WHO, 2010a).

No sentido de promover a saúde ao longo do ciclo de vida, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, salienta que é necessário intervir tão precoce quanto possível, nas doenças crónicas e nas suas complicações. Podemos realizar a promoção da saúde através do rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão ao regime terapêutico, assim como, pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais (DGS, 2012a).

Considerando as diferentes idades, a abordagem do problema permite ponderar, não só a importância dos determinantes e fatores predisponentes nos primeiros anos, mas também o impacto interativo e cumulativo dos riscos nos anos posteriores. Desta forma, conseguimos obter ganhos em saúde e sustentabilidade das intervenções. As perdas cumulativas de saúde conduzem ao aparecimento precoce de incapacidade e de doença crónica e degenerativa (WHO, 2002).

A World Health Organization (WHO) /Internacional Society of Hypertension Writing Group (ISHWG) (2003) define doenças crónicas como as que possuem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências

residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

No contexto dos cuidados de saúde junto à pessoa com doença crónica, vários são os termos relacionados usados, muitas vezes em sua substituição, nomeadamente quadros crónicos, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis.

Os quadros crónicos são responsáveis por 60% do ónus decorrente de doenças no mundo. De facto, o aumento é tão impetuoso estimando-se que no ano 2020, 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento seja de problemas crónicos. Nesses países, a adesão aos tratamentos dessas mesmas patologias será apenas de 20%, acarretando estatísticas negativas na área da saúde com encargos elevadíssimos (WHO, 2002).

Em Portugal, o aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento dos fatores de risco de doenças crónicas, nomeadamente o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutas e produtos hortícolas, bem como o elevado consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras se devem a doenças crónicas (DGS, 2012a).

O tratamento destas doenças, embora gere a melhoria da qualidade de vida, comporta, em si mesmo, avultados custos com a terapêutica farmacológica prolongada e a utilização dos serviços de saúde. De facto, “as doenças crónicas impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e as comunidades atinjam o seu potencial e roubam às pessoas o seu futuro” (OE, 2009 p. 18).

No sentido de minimizar o aparecimento das doenças crónicas e as suas complicações, devemos investir em estratégias que incluam a deteção precoce e intervenções para reduzir os fatores de risco. O aumento da prática de atividade física, a prevenção e redução do tabagismo, a restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis e a adesão a uma alimentação saudável devem ser repensados. A par destas estratégias, é necessário um investimento global e nacional dos diferentes setores, como a agricultura, as finanças, o comércio, os transportes, o planeamento urbano e o desporto, que procure garantir o melhor estado de saúde possível das populações.

A WHO/ISHWG (2003) destaca cinco fatores de risco associados ao aparecimento da doença crónica, que podem ser de fácil prevenção, sendo eles a hipercolesterolemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e consumo de álcool.

Consideramos, portanto, crucial investir na literacia e na capacitação dos cidadãos, para a adoção de estilos de vida promotores de saúde. Concomitantemente, devemos promover

o reforço das medidas de prevenção, o que permitirá a obtenção de mais ganhos em saúde e uma redução dos custos dos tratamentos, e consequentemente, a redução da incidência de doenças crónicas.

2. A EPIDEMIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA é um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares (WHO, 2013) e, ao mesmo tempo, uma doença crónica (DGS, 2013b).

A hipertensão arterial pode ser definida “como a elevação da pressão arterial (PA) a um nível que aumenta o risco de lesão dos órgãos-alvo em vários leitos vasculares, entre eles retina, encéfalo, coração, rins e grandes artérias” (Foster [et al.], 2012, p. 60).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define a HTA como “Processo circulatório comprometido: Bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 57).

No normal funcionamento do organismo, a pressão arterial é mantida pela interação de vários mecanismos, sendo, principalmente, uma função do débito cardíaco e da resistência periférica, que podem por sua vez ser afetados, direta ou indiretamente, por outros fatores, nomeadamente o volume sanguíneo, viscosidade sanguínea, atividade do sistema nervoso simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona, arginina-vasopressina, insulina e substâncias vasodilatadoras (Kochar [et al.], 2005).

Globalmente, as doenças cardiovasculares provocam aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, representando quase um terço do total de mortes. Destas, 9,4 milhões resultam de complicações da hipertensão. A hipertensão é responsável por, pelo menos, 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (WHO, 2013a).

Em 2008, em todo o mundo, cerca de 40% dos adultos com 25 ou mais anos estavam diagnosticados com hipertensão arterial. O número de pessoas com a doença subiu de 600 milhões, em 1980, para 1 bilião, em 2008 (ibidem).

Em Portugal, a prevalência da HTA, está estimada em 42,6%, dos quais apenas 11,2% estão controlados, ou seja, apresentam PA <140/90 mm Hg, 46,1% possuem conhecimento do diagnóstico e 39,0 % tomam medicação anti-hipertensiva (Macedo [et al.], 2007).

O mesmo autor, num estudo realizado em Portugal, com 5023 indivíduos, verificou que havia uma menor prevalência de HTA no Norte (33,4%), e que o Alentejo apresentava a mais elevada (49,5%).

Verificou, ainda, que a prevalência da hipertensão arterial é mais elevada no sexo masculino (49,5%) do que no feminino (38,9%) e que existe uma tendência para o aumento da prevalência de hipertensão arterial com a idade. Relativamente à idade dos inquiridos, esta variou entre os 18 e os 90 anos, com uma idade média de 46 anos e uma mediana de 45 anos (ibidem).

Em relação ao estado civil desta população, verificou-se que 60,7% é casada ou vive em união de facto. A média de perímetro abdominal observada é 88,3 cm e na distribuição por classes de IMC, verificou-se que 42,7% dos homens e 29,2% das mulheres têm excesso de peso, e 14,4% dos homens e 14,8% das mulheres apresentavam obesidade (ibidem).

No estudo Valsim, efetuado nos Cuidados de Saúde Primários portugueses, entre 2006 e 2007, verificou-se que a prevalência estimada da hipertensão é maior nos homens e, substancialmente, mais elevada que nos dados observados em outros países quando comparado com a prevalência no grupo etário dos 35 aos 64 anos (Cortez-Dias [et al.], 2009).

A idade dos inquiridos variou entre os 18 e os 96 anos, com uma idade média de $58,1 \pm 15,1$ anos e mediana de 60 anos, e o valor médio sistólico é 136 ± 19 mmHg e o diastólico 79 ± 11 mmHg. Relativamente à medicação prescrita, o grupo mais utilizado foi o dos diuréticos (47,4%), seguido dos antagonistas do recetor da angiotensina (ARA) (43,0%) e dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (39,2%) (ibidem).

Efetivamente, Macedo [et al.] (2007) documentaram que apenas 11,2% dos hipertensos em Portugal apresentavam valores tensionais controlados. A taxa de controlo tensional, entre os indivíduos com terapêutica anti-hipertensiva prescrita era de, apenas, 28,9%, pelo que era urgente a implementação de medidas de saúde pública capazes de melhorarem esta realidade.

Machado [et al.] (2010) verificaram que a prevalência de HTA, na população residente na cidade do Porto, era superior nos indivíduos não praticantes de exercício físico regular, em ambos os sexos.

As causas da HTA podem ser muito variadas, visto que a PA depende do equilíbrio entre múltiplos sistemas. No entanto, a causa mais comum de hipertensão arterial é a hipertensão primária ou essencial, que representa mais de 90% dos casos (Foster [et al.], 2012).

Os restantes 10% referem-se a

“hipertensão secundária a alterações como a doença do parênquima renal, doença vascular renal, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosterismo primário, coarctação da aorta, apneia obstrutiva do sono e doenças autossómicas dominantes ou autossómicas recessivas incomuns do eixo glândulas suprarrenais- rins que provocam a retenção de sódio” (Foster [et al.], 2012, p. 61-62).

Podemos definir o diagnóstico de HTA como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. (DGS, 2013a). Sempre que a PA sistólica e diastólica, se encontre em diferentes categorias consideramos a categoria de valor mais elevado.

Em relação ao risco cardiovascular global, a HTA classifica-se em quatro categorias: risco acrescido baixo, risco acrescido moderado, risco acrescido alto e risco acrescido muito alto. Referimos todos a um risco a 10 anos de um episódio cardiovascular fatal ou não fatal (DGS, 2013a).

Esta classificação apenas é aplicável a adultos com 18 ou mais anos de idade, não sujeitos a terapia anti-hipertensiva e que não têm associado outro processo patológico agudo.

Figura 2 - Estratificação do risco absoluto em quatro categorias de risco acrescido

Pressão Arterial (em mmHg)					
Outros fatores de risco, lesão subclínica de órgão ou patologia	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HTA grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA grau 3 PAS > 180 ou PAD >110
Ausência de outros FR	Risco médio	Risco médio	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1 ou 2 FR	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais FR, SM, LO ou DM	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido Alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

Legenda:
 DCV: doença cardiovascular
 DM: diabetes mellitus
 FR: fator de risco
 HTA: hipertensão arterial
 LO: lesão subclínica de órgão
 PAS: pressão arterial sistólica
 PAD: pressão arterial diastólica
 SM: síndrome metabólica

Fonte: DGS (2013a)

As complicações provocadas pela hipertensão arterial são inúmeras, destacamos o acidente vascular cerebral, a doença da artéria coronária, a insuficiência renal crónica e a doença vascular periférica, assim como o seu quadro sintomático, que pode constituir-se

por cefaleia occipital, epistaxe, angina, dispneia, edema, claudicação, tonturas, parestesias, perdas de consciência, entre outros (Kochar [et al.], 2005).

A classificação da HTA, como uma doença crónica, preconiza a necessidade de uma intervenção contínua na gestão e controlo da situação clínica, e prevenção das complicações (DGS, 2013b).

Os CSP desempenham um papel central na gestão e controlo da HTA, visto que esta implica uma vigilância contínua, a instituição de um plano terapêutico e a adesão da pessoa ao mesmo. É fundamental reorientar o planeamento de estratégias de intervenção eficientes, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, para favorecer o diagnóstico precoce e tratamento eficaz da HTA.

3. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, denominam a mesma entidade (Vermeire [et al.], 2001), que assume uma importância acrescida no que concerne à avaliação dos cuidados prestados.

De facto, a adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas,

“constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9).

Muitas pessoas portadoras de doença crónica têm dificuldade em aderir ao regime terapêutico recomendado, levando a uma deficiente gestão e controlo da doença. Todavia, a investigação sugere que existem problemas de adesão em todas as situações que necessitem de autoadministração de fármacos, independentemente do tipo de doença ou da sua gravidade, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde (WHO/ISHWG, 2003).

Estima-se que, em 2020, o impacto económico mundial das doenças corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004). Nos países desenvolvidos, estima-se que o grau de adesão às terapêuticas crónicas é apenas de 50%

e que nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento, é ainda menor (WHO/ISHWG, 2003).

A adesão ao regime terapêutico é a chave para o sucesso na prevenção e gestão de doenças cardiovasculares.

Num estudo com o intuito de avaliar comportamentos e atitudes dos portugueses face às prescrições médicas, Cabral e Silva (2010) constataram que cerca de 88% dos inquiridos declarava aderir plenamente à terapêutica, no entanto, 20% a 25% dos mesmos reconheceu tomar medicamentos receitados a outras pessoas, 33% dos doentes crónicos reconheceu abdicar da toma dos fármacos prescritos por motivos económicos, com mais ou menos frequência.

“Apesar daquela elevadíssima taxa de cumprimento, o seguimento estrito das instruções médicas revelou-se, na prática, ser bastante menor quando os inquiridos foram instados a dizer com que frequência deixavam de tomar os diferentes medicamentos prescritos” (Cabral & Silva, 2010 p. 131.132).

Constatamos que a adesão medicamentosa declarada é muito elevada. No entanto, o mesmo não acontece no que se refere a outros tipos de recomendações médicas. No que diz respeito à mudança de estilos de vida e de comportamentos o grau de adesão é inferior. Segundo o mesmo autor, 23% dos inquiridos admitiu não seguir a dieta, mais de 40% manteve o consumo de tabaco e de álcool, e perto de 30% dos inquiridos admitiu que nunca ou raramente voltavam para nova consulta, apesar da recomendação. Associamos estes resultados a várias possibilidades: por se terem sentido melhor, por não terem sentido melhoras, ou ainda pela falta de confiança no médico (ibidem).

Consideramos crucial reconhecer o motivo da baixa adesão ao regime terapêutico e promover normas consistentes, éticas e baseadas na evidência, visando alertar os profissionais de saúde para a necessidade de aumentar as taxas de adesão ao regime terapêutico, e a sua repercussão favorável na saúde dos doentes (Jones, 2003).

Assim, consideramos premente a clarificação do conceito de adesão ao regime terapêutico, visto que surgem simultaneamente as expressões *cumprimento* (compliance) e *adesão terapêutica* (adherence), sem que haja uma distinção clara.

Segundo Haynes cit. por Cabral & Silva (2010, p.17), *cumprimento* pode ser definido como “nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde”. Remetemos este conceito para a abordagem tradicional de prescrição, na qual o utente obedece ao recomendado pelo profissional de saúde.

Em contrapartida, o termo *adesão* sugere que o paciente não é um sujeito passivo. Pode ser definida como “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção

activa voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9-10).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) define adesão como uma

“Acção auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de curas, procura medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (p. 38).

Esta separação de conceitos é meramente académica, pelo que neste estudo optámos pela utilização do termo adesão ao regime terapêutico, visto que na prática dos profissionais de saúde, e dos enfermeiros em particular, este surge como um dos fenómenos de enfermagem relevantes na prática de cuidados.

Diante das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, consideramos crucial avaliar a importância da adesão ao regime terapêutico.

A WHO/ISHWG (2003) refere existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Neste sentido, a adesão por si só, implica um papel ativo e de colaboração da pessoa, no planeamento e implementação do regime terapêutico. A capacidade de tomada de decisão e de assumir as suas responsabilidades enquanto agente ativo no processo para, deste modo, conquistar a sua autonomia é primordial.

A adesão ao regime terapêutico consiste no cumprimento do tratamento farmacológico prescrito, na prática de exercício físico, comportamentos dietéticos adequados, comparência a rastreios e a consultas, e abandono dos comportamentos de risco, ou seja, alterações do estilo de vida.

A adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos determinam uma boa adesão ao regime terapêutico, sendo que o cumprimento prolongado da medicação recomendada é difícil e altera a rotina diária, especialmente em patologias assintomáticas. Observámos outra dificuldade que consiste na complexidade dos atuais regimes de tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004).

A não adesão ao regime terapêutico leva muitas vezes a que não se evidenciem os benefícios clínicos de determinada terapêutica/atitude, levando à redução da sua eficácia,

devido a diversos fatores. De facto, existem alguns fatores de risco que influenciam negativamente a adesão, constituindo-se um problema de etiologia multifatorial.

A WHO/ISHWG (2003) agrupou os diferentes fatores que poderão afetar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos, enfatizando que a sua influência pode ser variável:

- *Fatores sociais e económicos*, nos quais se destacam a pobreza, um estatuto socioeconómico inferior, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distância dos centros de tratamento e as crenças e costumes.
- *Fatores relacionados com os profissionais e os serviços de saúde*, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos e o seu acesso por parte do utente, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas específicas, a falta de incentivos, a incapacidade de avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde.
- *Fatores relacionados com a doença de base e as co-morbilidades*, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida, assim como, a presença de outras doenças concomitantes, como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas.
- *Fatores relacionados com a terapêutica prescrita*, nos quais se incluem, a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação.
- *Fatores individuais relativos ao doente*, evidenciando-se a ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente às tomas de fármacos, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de perceção da necessidade do tratamento, o medo de dependência ou a discriminação.

Defendemos que a adesão ao regime terapêutico depende de vários fatores que devem ser considerados pelos profissionais de saúde, na procura de estratégias que possam facilitar este processo, contribuindo para o seu sucesso.

Bugalho e Carneiro (2004) apontaram as intervenções educacionais e comportamentais, como formas promotoras da adesão ao regime terapêutico.

As intervenções educacionais promovem o conhecimento acerca da medicação e/ou da doença, visto que facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. Estes programas utilizam uma linguagem clara e objetiva, adequada ao nível cultural e cognitivo da pessoa/grupo, por forma a melhorar a compreensão da mensagem e melhorar a adesão.

As intervenções comportamentais visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação.

Intervir ao nível educacional e comportamental permite atingir o preconizado no conceito de promoção da saúde, que visa capacitar a pessoa para que atue no sentido da melhoria da qualidade de vida e aumento do seu nível de saúde.

Consideramos que para favorecer a adesão ao regime terapêutico, é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam com as pessoas um diálogo. Para que sejam bem-sucedidos devem usar uma linguagem clara, atender às necessidades de informação e esclarecimento, às capacidades cognitivas, crenças culturais e situação socioeconómica das pessoas. A relação empática entre o profissional de saúde e a pessoa é fulcral para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança, que entendemos ser de extrema relevância para a aceitação das orientações relativas ao tratamento (Dias [et al.], 2011).

Do nosso ponto de vista, melhorar a adesão ao regime terapêutico é um processo contínuo e dinâmico, em que o envolvimento e capacitação do cidadão são decisivos, sendo também uma responsabilidade dos profissionais de saúde.

3.1 ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O objetivo do tratamento farmacológico e não farmacológico da HTA é evitar sequelas a longo prazo e, em última instância, reduzir a mortalidade e morbilidade a ela associadas. Para tal pretende-se reduzir a PA para valores inferiores a 140/90 mmHg e, concomitantemente, controlar outros fatores de risco cardiovascular modificáveis (DGS, 2013a ; Foster [et al.], 2012).

A escolha inicial do tratamento da hipertensão arterial deve incidir na modificação dos fatores de risco, através de estratégias que abordem as “barreiras culturais e sociais

relacionadas com a atenção à saúde e modificação de comportamentos” (Foster [et al.], 2012, p.62).

Tendo como ponto de partida os determinantes de saúde verificamos que destes, inúmeros concorrem para o agravamento da pressão arterial.

Os determinantes sociais da saúde, como por exemplo, os rendimentos, a educação e a habitação, apresentam um efeito adverso sobre os fatores de risco comportamentais e, deste modo, influenciam o desenvolvimento de hipertensão arterial (WHO, 2013a).

O desemprego, ou o risco de desemprego, podem ter impacto sobre os níveis de stress que, por sua vez, elevam a pressão arterial. As condições de vida e de trabalho podem atrasar a deteção e tratamento, devido à falta de acesso aos meios de diagnóstico e tratamento, que podem dificultar a prevenção de complicações (ibidem).

A urbanização, rápida e não planeada, promove o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial, como resultado de ambientes insalubres, que favorecem o consumo de *fast food*, sedentarismo, o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (ibidem).

A idade, como fator individual, intervém negativamente à medida que aumenta, devido não só ao aumento da rigidez dos vasos sanguíneos, mas também, ao efeito cumulativo dos estilos de vida. Verifica-se que ao aumento da idade está associado um aumento cumulativo do consumo de sódio, a diminuição da atividade física, um menor consumo de frutas, vegetais e de alimentos com potássio. Tais comportamentos concorrem para este agravamento e para o aumento da incidência de HTA (Foster [et al.], 2012; WHO, 2013a).

Os hábitos alimentares caracterizados pelo consumo excessivo de sal e ingestão deficiente de alimentos ricos em vitaminas e sais minerais, constitui um fator de risco. O sal contém na sua composição o sódio, cuja ingestão excessiva tem sido correlacionada com elevação da PA. Está demonstrado que a sua restrição na alimentação tem um efeito hipotensor (Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

A redução da ingestão de sal atrasa ou evita o início da terapia anti-hipertensiva, visto que reduz a pressão arterial de 4 a 8 mm Hg, representando uma estratégia eficaz na redução de custos da morbidade e mortalidade cardiovascular (Frisoli [et al.], 2012).

A dieta inadequada e a baixa atividade física são fatores determinantes para a obesidade, que se encontram relacionados com a HTA. Na vida adulta o aumento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corporal (IMC), acarreta maior risco de desenvolver hipertensão, mesmo nos indivíduos fisicamente ativos (Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

O sedentarismo é um dos fatores de risco major para a prevalência das doenças cardiovasculares, existindo um aumento acrescido em 20 a 30% nos indivíduos sedentários. A WHO (2010b) identificou a baixa atividade física como o quarto fator de risco mais responsável pela mortalidade global, com uma percentagem de 6%.

A ingestão de álcool parece aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular na globalidade (Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010). O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial, à proporção aproximada de 1 mmHg por cada 10 g de etanol ingerido. O efeito do álcool na pressão arterial é reversível com a abstinência, ou com a redução substancial da quantidade ingerida (Puddey & Beilin, 2006).

O consumo de álcool por pessoas com HTA, deve ser limitado nos homens a 20-30g e nas mulheres a 10-20g por dia, sendo que o consumo total de álcool não deve exceder 140 g por semana para os homens e 80 g por semana para as mulheres (Mancia [et al.], 2013).

O tabagismo constitui outro dos comportamentos de risco para o aparecimento da HTA, visto que propicia o aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, em 10 a 20 mmHg e 15 a 25 pulsações por minuto, respetivamente (Carrageta, 2010).

Defendemos que todos estes comportamentos são evitáveis ou modificáveis. Por isso, consideramos primordial educar as pessoas para a necessidade de alterar comportamentos. É também de extrema importância trabalhar na prevenção e no diagnóstico precoce, para que o tratamento precoce e a prevenção de complicações seja uma realidade. Esta tomada de consciência é importante para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Cabe aos enfermeiros investir na educação para a saúde, abordando todos os determinantes que influenciam a HTA, com o objetivo de modificar os estilos de vida. Para tal, é necessário promover a adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas); e divulgar os benefícios da adoção de prática regular e continuada de exercício físico, 30 a 60 minutos, quatro a sete dias por semana. Tais medidas influenciam o controlo e manutenção de peso normal, isto é, um índice de massa corporal igual ou superior a 18,5 Kg/m² mas inferior a 25 Kg/m² e um perímetro da cintura inferior a 94 cm no homem, e inferior a 80 cm na mulher. Outros aspetos a modificar são a restrição do consumo excessivo de álcool (máximo 2 bebidas/dia); a diminuição do consumo de sal (valor ingerido inferior a 5,8 g/dia); e a cessação do consumo de tabaco (DGS, 2013a).

Dickinson [et. al.] (2014) comprovaram que as alterações do estilo de vida capazes de reduzir a pressão arterial são a restrição de sal, redução do consumo de álcool, alto

consumo de vegetais e frutas, baixo teor de gordura, redução do peso e a prática de exercício físico regular.

Deste modo, intervir sobre os comportamentos de risco surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, como a hipertensão arterial, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados (DGS, 2004).

Os profissionais de saúde assumem um papel relevante na promoção da saúde e na prevenção da doença. Os enfermeiros, como os profissionais de saúde mais próximos da população, têm um papel fundamental na educação para a saúde, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis.

A OMS, baseada na evidência científica, definiu recomendações gerais para a prática de atividade física, no sentido de contribuir para a melhoria da saúde da população em geral. As recomendações são, especialmente relevantes, ao nível da saúde cardiorrespiratória, metabólica, músculo-esquelética, prevenção de cancro, na saúde funcional e prevenção de quedas, e na depressão (WHO, 2010b).

A DGS (2004), no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, salientou a necessidade de intervir nos fatores definidos como prioritários, nomeadamente o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do stress. A intervenção nesses fatores contribui para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, porque reduz a morbilidade e a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, designadamente doenças cardiovasculares, entre outras.

A intervenção ao nível da mudança dos estilos de vida contribui, em última instância, “para a redução dos custos económicos, individuais e sociais decorrentes do tratamento das doenças crónicas não transmissíveis” (DGS, 2004, p. 4).

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, é reiterada a necessidade da pessoa assumir a responsabilidade pela promoção da saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2012a).

Considera-se, por isso, que os estilos de vida e a adoção de comportamentos saudáveis são determinantes da saúde e da doença.

A intervenção sobre os estilos de vida assume importância central na prestação de cuidados. No que diz respeito à hipertensão arterial, é necessário intervir na alteração dos comportamentos de risco, como o etilismo, o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo e a obesidade/ excesso de peso.

Esta intervenção deve ser uma ação conjunta entre os profissionais de saúde, a pessoa e outros atores sociais, uma vez que propomos que a própria pessoa seja corresponsabilizada pela promoção da sua saúde, pois só com o empenho e envolvimento de todos, é possível a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

O tratamento não farmacológico deve ser implementado a todos os utentes, medicados e não medicados, com o objetivo de reduzir a PA, controlar fatores de risco presentes e reduzir o número ou as doses de fármacos anti-hipertensivos.

A escolha da terapêutica farmacológica anti-hipertensiva deve ter em conta “a recomendação, implementação e vigilância correta das medidas não farmacológicas; a idade; lesões coexistentes nos órgãos-alvo; fatores de risco cardiovascular concomitantes; doenças e condições clínicas associadas; indicações, contraindicações relativas e absolutas e os efeitos adversos dos fármacos; condicionalismos da adesão à terapêutica; e fatores económicos associados” (DGS, 2013a, p. 1).

A DGS (2013a) classifica em quatro categorias de risco acrescido a estratificação do risco absoluto, existindo diferentes abordagens farmacológicas no tratamento da HTA. Para tal, pode ser utilizado um fármaco isolado ou a associação de dois ou mais fármacos, nomeadamente diuréticos, bloqueadores da entrada de cálcio, inibidor da enzima de conversão da angiotensina, antagonista do recetor da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio.

No entanto, e apesar da evolução ao nível da farmacoterapia, é universalmente reconhecida a baixa adesão aos regimes terapêuticos, principalmente, nas situações de doenças crónicas (WHO, 2003). Como a resposta da PA é muito variável, os doentes que não iniciaram o tratamento farmacológico devem ser monitorizados regularmente, para que a instituição do tratamento farmacológico e não farmacológico seja efetuada atempadamente.

O maior obstáculo ao controlo da hipertensão arterial, representando um dos principais problemas de saúde pública no mundo, é a não adesão ao regime terapêutico (WHO/ISHWG, 2003).

Num estudo realizado por Cruz (2009), num Centro de Saúde da Região do Grande Porto, em 108 pessoas com hipertensão arterial, verificou-se que havia menores níveis de adesão à atividade física e aos cuidados dietéticos, e melhores níveis de adesão à restrição do consumo de álcool e de tabaco, e à toma de medicação.

O mesmo estudo demonstrou uma relação estatisticamente significativa entre o apoio à pessoa na gestão da sua doença por pessoas significativas e a adesão à alimentação

adequada. Por outro lado, considera a idade como uma variável preditiva da adesão à mesma e às recomendações sobre a não utilização do tabaco (Cruz, 2009).

Num estudo realizado por Martins [et al.] (2009), com o objetivo de avaliar o nível de atividade física em 310 pessoas com HTA, com idades compreendidas entre 18 e 69 anos, detetou-se que 40% dos inquiridos tinham um baixo nível de atividade física e 44,2% praticavam-na a um nível moderado. Esse estudo foi elaborado através da aplicação do IPAQ. Ressalvamos, ainda, que nesse mesmo estudo, a maioria dos inquiridos era do sexo feminino (65,5%) e que 80% da amostra apresentava IMC acima do normal.

Pinto e José (2012) realizaram um estudo, com uma amostra de 61 pessoas, com o intuito de capacitar a pessoa portadora de HTA para a adesão ao regime terapêutico. Neste estudo verificaram que 49% apresentava pressão arterial sistólica acima do preconizado e 39% de pressão arterial diastólica. No mesmo estudo, 82% dos inquiridos referiu utilizar o azeite na confeção dos alimentos. Dos inquiridos, 47% revelou que o método de confeção dos alimentos era grelhado e 33% referiu o estufado.

Este estudo avaliou ainda a adesão medicamentosa, com recurso ao teste de medida de adesão aos tratamentos, que se revelou elevada, visto que 50% dos inquiridos possui score igual ou superior a 5,14 (ibidem).

Giroto [et al.] (2013), num estudo com 285 hipertensos, corroboraram a elevada adesão medicamentosa (59%) e demonstraram, ainda, que 69,1% referiram mudanças da alimentação. No entanto, dos inquiridos 29,6% referiu praticar actividade física, mas, apenas, 17,7% o fez regularmente. Evidenciou-se, ainda, que 16,9% referiu hábitos tabágicos atuais e 5,5,% consumo de álcool.

Torna-se, assim, premente a necessidade de intervir na modificação dos estilos de vida e o recurso à terapêutica, decorrente do aparecimento de uma doença crónica, como a hipertensão arterial. A incapacidade da pessoa em incorporar no seu dia-a-dia essas modificações, traz riscos para a sua saúde. A adoção de estilos de vida saudáveis constitui uma medida benéfica para o controlo da HTA, assim como para outras doenças.

Conforme a DGS (2004, p. 1), “A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva”.

Oliveira [et al.] (2013) num estudo de intervenção, com 261 hipertensos, evidenciaram a eficácia da educação para a saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Os efeitos mais significativos observaram-se no consumo de legumes,

na adesão à prática de atividade física, na redução do índice de massa corporal e no controlo da pressão arterial.

Consideramos de especial relevo a intervenção contínua para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, através da educação para a saúde, pelos profissionais de saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Capítulo Três

A ORGANIZAÇÃO E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A promoção da saúde e a prevenção da doença assumem, cada vez mais, um papel fulcral nos Cuidados de Saúde Primários. A promoção da saúde coexiste com o tratamento, com vista a alcançar a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Consideramos imperativo que os profissionais de saúde assumam esforços conjuntos, no sentido de promover e manter a saúde da pessoa com doença crónica.

1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.

Em 1971 foi reconhecido, pela primeira vez, com a nova reforma concretizada pelo Decreto-Lei nº413/71, de 27 de setembro, o direito à saúde a todos os cidadãos. É através dessa regulação jurídica e do Decreto-Lei nº414/71 de 27 de setembro que se organizou, de forma completa, o Ministério da Saúde e de Assistência.

O Serviço Nacional de Saúde consagrou-se em 1979, pela regulação jurídica presente no Decreto-Lei nº56/79, de 15 de setembro, constituindo uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população.

A Conferência de Alma Ata estabeleceu um marco importante ao enfatizar a necessidade de uma nova orientação das políticas de saúde, preconizando a criação dos Cuidados de Saúde Primários, pautados pela acessibilidade universal, equidade e justiça social. Definiu como um direito e um dever dos povos a participação individual e coletiva no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde (WHO, 1978).

Desta conferência emergiu a declaração de Alma Ata (WHO,1978), que constituiu um marco no reconhecimento da saúde como um direito fundamental. Instituiu uma nova orientação para as políticas de saúde, enfatizando o envolvimento das pessoas, a

cooperação entre os vários setores da sociedade e a criação dos Cuidados de Saúde Primários.

Os Cuidados de Saúde Primários surgiram com o objetivo de responder às principais necessidades e problemas de saúde das populações, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação (WHO, 1978).

Em Portugal, e no seguimento das orientações internacionais, em 1984, ocorreu a criação da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários através do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, que deu termo aos serviços médico-sociais da Previdência e marcou a expansão do Serviço Nacional de Saúde.

A criação dos centros de saúde de terceira geração, com o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, estabeleceu um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Ficou, então, prevista a associação de centros de saúde.

O Decreto-lei 39/2002, de 26 de fevereiro, aprovou a nova forma de designação dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde e em 2007, surgiram as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus profissionais. Este decreto enfatizou a melhoria da acessibilidade, da continuidade e da globalidade dos cuidados prestados, com o objetivo obter ganhos em saúde.

A criação dos agrupamentos dos centros de saúde, através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, constituiu mais um passo na reforma dos cuidados de saúde primários, visando estabilizar a organização da prestação de cuidados.

Esta reforma originou uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos.

Os Cuidados de Saúde Primários “como uma estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade” (DGS, 2012a, p.5), constituíram o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde e à doença.

Simultaneamente, integraram a base da gestão da doença crónica, tornando-se imperativo um real investimento na sua melhoria contínua, por forma a garantir um sistema de equidade e o acesso de toda a população a cuidados de saúde essenciais e contínuos.

Após a recente reorganização dos cuidados de saúde primários, coube às unidades de saúde familiar (USF) e às unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), a intervenção com a pessoa/família na assistência e gestão da doença crónica.

2. ASSISTÊNCIA À DOENÇA CRÓNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nos cuidados de saúde à pessoa portadora de uma doença crónica, globalmente, e particularmente em Portugal, vários são os problemas que surgem. Nesse sentido, a WHO (2002) propõe a sua análise em três níveis, que se influenciam e interagem entre si, de forma dinâmica: *micro*, *intermédio* e *macro*.

Ao nível *micro*, subsiste a falta de autonomia da pessoa e da sua capacitação para ser o principal responsável pela sua saúde, com participação ativa neste processo. As condições crónicas como são prolongadas, requerem uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades das pessoas na gestão de seus problemas de saúde.

Para a obtenção de ganhos em saúde na gestão de doenças crónicas, defendemos ser necessário ir além do tratamento clínico adequado indispensável, abrangendo o desenvolvimento de outras habilidades na pessoa, necessárias à mudança do estilo de vida.

Ao nível *intermédio* emergem os problemas referentes às organizações de saúde e as suas relações com a comunidade. Estas organizações de saúde são responsáveis pela coordenação da prestação de cuidados de saúde e avaliação da sua qualidade. Por outro lado, proporcionam aos profissionais de saúde, uma formação que permite a prestação cuidados adequados às pessoas portadoras de patologia crónica. No entanto, o foco dos cuidados continuam a ser os problemas agudos, o que acarreta dificuldades na atenção às condições crónicas.

Ao nível *macro* encontramos os problemas relacionados com as políticas de saúde, sendo fundamental uma coordenação eficaz para que os serviços de saúde funcionem de forma eficiente (WHO, 2002).

A gestão da doença crónica implica que a pessoa desenvolva um processo de autonomia que lhe possibilite controlar a sua doença. Esse processo de autonomia será adquirido gradualmente com o recurso à educação para a saúde, que visa promover a saúde. Desta forma, a pessoa sentir-se-á mais confortável na autonomia que vai adquirindo.

Guerra (2009) refere a necessidade da criação duma lei-quadro da doença crónica, com vista a assegurar às pessoas com uma doença crónica, um conjunto de apoios específicos, tais como medicamentos, suplementos dietéticos, produtos e materiais de uso diário e de desgaste rápido, imprescindíveis à qualidade de tratamento de vida dos doentes crónicos.

A gestão da doença consiste num plano estruturado de intervenções e de comunicações, para populações de indivíduos com uma ou mais doenças crónicas, ou em risco de as virem a contrair. A operacionalização deste conceito é realizada através da criação e implementação dos programas de gestão da doença, que integram *guidelines* clínicas baseadas na evidência, promovem as competências de autogestão do doente e executam uma análise sistemática de resultados clínicos, económicos e humanísticos. Existe evidência de que estes programas melhoram, significativamente, os indicadores clínicos e de processo dos cuidados, sendo mista a evidência em relação ao seu impacto económico (Guerra, 2009).

Estes programas estratificam, *à priori*, o risco dos doentes, ajustando a intensidade e especificidade das intervenções médicas (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às necessidades de cada doente, o que permite uma prevenção efetiva das complicações.

Neste âmbito, consideramos especialmente importante corresponsabilizar as pessoas pela adesão integral aos regimes terapêuticos. Uma vez que o ambiente mais apropriado para a gestão da doença é o ambulatório, o papel dos profissionais a exercer em serviços de Cuidados de Saúde Primários aparece em destaque.

Neste sentido, os Cuidados de Saúde primários são primordiais para a gestão da doença crónica. Eles constituem o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Serviço Nacional de Saúde, numa tentativa de levar esses cuidados, o mais próximo possível, aos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

2.1 ASSISTÊNCIA À HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A assistência à pessoa portadora de hipertensão arterial ao nível dos Cuidados de Saúde Primários é regida pelas orientações emanadas pela DGS (2013b).

De acordo com as mesmas, a pessoa portadora de hipertensão deve efetuar consultas de vigilância em intervalos regulares. Os *timings* da reavaliação são efetuados consoante os valores de PA que a pessoa apresenta: se PA <130 / 85 mmHg, a pessoa deverá ser reavaliada após dois anos; se PA 130-139 / 85-89 mmHg, deverá ser reavaliada ao fim de um ano; se PA 140-159 / 90-99 mmHg, a reavaliação deverá acontecer ao perfazer dois meses; se PA 160-179 / 100-109 mmHg, deverá ser após um mês e se PA ≥ 180 / 110

mmHg, deverá ser avaliada imediatamente com vista ao início do tratamento, ou dentro de uma semana, se o quadro clínico o permitir.

Na consulta de vigilância devemos proceder a duas avaliações da PA, com um intervalo mínimo entre as mesmas de um a dois minutos, devendo-se registar o menor valor obtido, e ainda proceder à avaliação do risco cardiovascular (ibidem).

O profissional de saúde deve providenciar um ambiente acolhedor e calmo, utilizar uma braçadeira de tamanho adequado, efetuar a medição sistemática no membro superior, cujo histórico mostra os valores mais elevados da PA e registar os valores da PA. Para que a medição ocorra nas melhores condições, a pessoa deve estar sentada e relaxada durante 5 minutos, com a bexiga vazia, não ter fumado nem ingerido estimulantes na hora anterior e remover a roupa do membro superior sujeito a avaliação. O braço avaliado, a braçadeira utilizada, a hora da medição e alguma particularidade relevante devem também ser registados (ibidem).

Na consulta de vigilância, é fundamental que o profissional de saúde invista na educação para a saúde, abordando: a adoção de prática regular e continuada de exercício físico; o controlo e manutenção de peso e perímetro da cintura dentro de parâmetros normais; a restrição do consumo excessivo de álcool; a diminuição do consumo de sal; a cessação do consumo de tabaco; e a adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas) (DGS, 2013a).

A DGS (2012b), no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, preconizou a adoção da dieta mediterrânica. Esta é caracterizada pelo consumo elevado de azeite, fruta, frutos secos, vegetais e cereais, consumo moderado de peixe e aves, baixo consumo de lacticínios, carnes vermelhas, carnes processadas e doces, e consumo moderado de vinho às refeições (Willett [et al.], 1995).

Para que seja possível a adoção de estilos de vida saudáveis, esta intervenção deve ser uma ação conjunta entre os profissionais de saúde e a pessoa, indo ao encontro do preconizado pela promoção da saúde, na qual a enfermagem possui um papel crucial.

A Enfermagem e a gestão da hipertensão arterial

O cerne do exercício profissional da enfermagem é a relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa ou com uma família/comunidade, tendo sempre subjacente que cada um dos intervenientes tem os próprios valores, crenças e desejos.

A relação terapêutica

“caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo)” (OE, 2001 p. 10).

Na verdade, o envolvimento da família é uma mais-valia na gestão de doenças crónicas como a hipertensão arterial, visto que constitui um incentivo para a adoção de estilos de vida saudáveis e a sua incorporação na sua vida quotidiana (OE, 2009).

A identificação do tipo de família possibilita perceber a dinâmica familiar, no sentido de direccionar as intervenções, personalizando-as para a família, em causa.

Figueiredo (2012) inventariou as famílias, de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos: casal, formada por duas pessoas do mesmo sexo ou de diferentes sexos, que podem ou não ser legalmente casados; família nuclear, constituída por casal (duas pessoas do mesmo sexo ou de diferentes sexos, que podem ou não ser legalmente casados), com um ou mais filhos biológicos ou adotados; família reconstruída, formada por casal em que pelo menos um dos elementos tem uma relação marital anterior e um filho parental decorrente desse relacionamento; família monoparental, constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças; unipessoal, designa a vivência de uma única pessoa numa habitação; e alargada, composta por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco.

O diagnóstico de uma patologia crónica, como a hipertensão arterial, origina uma difícil transição na vida de uma pessoa que passa de saudável a portadora de uma condição crónica. Consideramos urgente incorporar a família neste contexto, pelo apoio que pode prestar na procura da melhor qualidade de vida possível.

Meleis (2010) define transição como “a passage from one fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by a change. Transitions are characterized by different dynamic stages, milestones, and turning points and can be defined through processes and/or terminal outcomes”⁵ (p. 11). As transições são desencadeadas por

⁵ Tradução livre da autora: “uma passagem de um estado estável para outro estado estável, e é um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes fases

eventos críticos ou mudanças em pessoas ou em ambientes e a experiência de transição começa quando um evento ou alteração é antecipado.

A teoria das transições possui três dimensões principais: a natureza da transição (saúde-doença, situacional, desenvolvimento), os fatores facilitadores e inibidores da transição (as crenças, a aceitação da nova condição de saúde, o suporte percebido, a preparação e o conhecimento/capacidade) e os padrões de resposta (os indicadores de processo e de resultado) (ibidem). É importante a identificação do tipo de transição que a pessoa está a vivenciar, pelo enfermeiro, para que se possa desenvolver um plano de intervenção mais adequado às suas necessidades.

Uma transição envolve processos de mudança que requerem adaptação e, neste contexto, partindo dos pressupostos da Teoria das Transições de Meleis, é fundamental que a pessoa hipertensa tome consciência das mudanças necessárias para um controle eficaz da sua doença. Sobretudo é fundamental que desenvolva confiança e estratégias adequadas em lidar com a mudança. A importância da transição não reside apenas na aprendizagem que daí advém, mas particularmente na aceitação de novos papéis (ibidem).

A vivência de uma doença crônica exige, tanto a gestão diária dos possíveis sintomas e plano terapêutico numa base diária, como a gestão das exigências da vida diária (ibidem).

Após o diagnóstico de HTA, os enfermeiros desempenham um importante papel na manutenção da adaptação do doente e na criação de estratégias de readaptação. Na prestação de cuidados de saúde preparam as pessoas para a transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença da pessoa.

Uma transição saudável exige uma orientação para um resultado, avaliado através da capacidade que a pessoa revela para lidar com as habilidades e comportamentos necessários para gerir novas situações. Por outro lado, exige uma integração, por parte da pessoa, da sua nova identidade (ibidem).

Referimos como importante a avaliação da transição, na medida em que auxilia o enfermeiro a avaliar o resultado da sua intervenção junto à pessoa com HTA, isto é, se foi bem-sucedida e/ou se foi capaz de lidar com as mudanças na sua vida, de forma positiva. Deste modo, o enfermeiro pode identificar fatores que condicionem o sucesso da transição e que o obriguem a traçar novos objetivos a fim de assegurar que a pessoa consiga efetuar a transição saúde/doença, de forma eficaz.

dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida por meio de processos e / ou resultados terminais”.

A prática da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários não se pode restringir apenas à educação para a saúde. Devemos, através de uma efetiva promoção da saúde, ir mais longe, visando os cidadãos e suas famílias, enquanto principais agentes do seu próprio desenvolvimento.

Segundo a escola da Promoção da Saúde, cuja referência consiste na teoria geral dos sistemas, o foco dos cuidados deve ser a pessoa inserida na família, visando a promoção e a manutenção da sua saúde e apoiando-a nos seus processos de aprendizagem (Kérouac [et al.], 1996).

Esta perspetiva, definida por Moyra Allen, defende que a saúde deve ser apreendida na descoberta e participação ativa, nomeadamente no seio da família e seu ambiente. Cabe ao enfermeiro proporcionar a capacitação do indivíduo, envolvendo-o, para que este tenha um papel ativo no seu processo de saúde. Assim, será possível melhorar a sua adesão ao regime terapêutico e a adoção de hábitos de vida saudáveis (Kérouac [et al.], 1996).

Centramos os cuidados de enfermagem de promoção da saúde no desenvolvimento da saúde pela expansão dos seus processos de aprendizagem. A perspetiva de Allen ressalta a comunidade, os grupos e famílias, como grupos sociais e unidades de comportamento de saúde (ibidem). Adotar esta perspetiva requer atender tanto às características individuais quanto às grupais, bem como, aos processos de interação entre eles (Manfrini & Boehs, 2005). As características da relação entre o enfermeiro e a comunidade, grupo, família e pessoa passam a situar-se na negociação e participação ativa de todos os atores nos planos de intervenção a implementar.

O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância no tratamento da HTA, visto que lhe cabe capacitar a pessoa com HTA, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, tendo em consideração a comunidade e família em que está inserida.

O Processo de Enfermagem é um pilar central na consulta de enfermagem (Timby, 1996). A sua adoção permite que se prestem cuidados sistemáticos, altamente qualificados e individualizados, alcançando o máximo de eficácia e eficiência, nos quais a pessoa deve desempenhar um papel ativo.

De facto, o enfermeiro ajuda as pessoas a alcançarem o máximo potencial de saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2001).

Nesta procura, o enfermeiro procede à identificação do estado de saúde da população e dos recursos da pessoa / família e comunidade, visando a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis. Por outro lado, promove o potencial de saúde da pessoa, recorrendo à otimização do trabalho adaptativo aos

processos de vida, crescimento e desenvolvimento e ainda fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades para a pessoa (ibidem).

No caso específico da vigilância da HTA, a consulta de enfermagem serve para abordar estratégias individualizadas de promoção da saúde. Através da educação para a saúde aborda a prevenção de complicações e a adesão ao regime terapêutico, que está relacionada com a prática de exercício físico, dieta saudável, redução do stress e cessação dos hábitos tabágicos e etílicos (Guedes [et. al.], 2012).

Pretendemos, no entanto, que esta abordagem esteja sempre centrada no autocuidado, para melhorar o nível de conhecimentos da pessoa e favorecer a aquisição de comportamentos de saúde (Drevehorn [et. al.], 2007).

Genericamente, é objetivo da Enfermagem “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2012 p. 15), constituindo-se como uma profissão de excelência para a promoção da saúde.

A evolução dos CSP originou uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. A cargo das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados ficam a assistência e gestão da doença crónica.

A gestão da doença crónica implica a criação e implementação dos programas de gestão da doença, que estratificam o risco dos doentes, ajustando a intensidade e especificidade das intervenções médicas (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às necessidades de cada doente, contribuindo para uma prevenção efetiva das complicações.

A responsabilização da pessoa e da família pela adesão integral aos regimes terapêuticos é necessária para uma gestão mais eficaz da doença. Esta responsabilidade constitui um incentivo para a adoção de estilos de vida saudáveis e a sua incorporação na sua vida quotidiana, visando alcançar o máximo de qualidade de vida e uma transição saudável.

A ajuda à pessoa na sua transição saúde/doença constitui uma dimensão importante da prática de enfermagem, e é nesta ajuda à pessoa na vivência de transições saudáveis que os enfermeiros apresentam um papel relevante no tratamento da HTA.

A avaliação da transição é de extrema pertinência, pois permite avaliar o trabalho desenvolvido junto à pessoa com HTA. Essa avaliação possibilita a descoberta de fatores

que condicionem o sucesso da transição e que o obriguem a traçar novos objetivos a fim de assegurar que a pessoa consegue efetuar a transição saúde/doença, de forma eficaz.

Consideramos que o foco da prática da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários deva consistir numa efetiva promoção da saúde, visando os cidadãos e suas famílias, enquanto principais agentes do seu próprio desenvolvimento e inseridos numa determinada comunidade.

A Enfermagem desempenha um papel de extrema importância no tratamento da HTA, na capacitação da pessoa com HTA, tendo em consideração a comunidade e família em que se insere, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde.

Capítulo Quatro

METODOLOGIA

A hipertensão arterial é o fator de risco cardiovascular passível de ser corrigido e o mais frequente. A sua cronicidade pode levar à drástica alteração no estilo de vida das pessoas, devido às restrições impostas no tratamento. Por esse motivo, a cooperação da pessoa é fundamental. Outro aspeto de elevado relevo, como abordado em capítulos anteriores é a importância do planeamento de estratégias preventivas e de promoção da saúde eficazes.

O controlo da doença é dificultado pela ineficácia de adesão por parte dos indivíduos ao regime terapêutico. As implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, incluindo o aumento da morbilidade e mortalidade, a redução da qualidade de vida e a insatisfação das pessoas.

A adesão ao regime terapêutico constitui-se, então, como um pilar para garantir a plena eficácia do tratamento. O desempenho dos profissionais de saúde visa contribuir para mais anos com vida e mais vida com anos. Para tal, é fundamental que a intervenção considere os múltiplos determinantes de saúde.

É urgente que desenvolvamos ações no sentido de incentivar a adesão ao regime terapêutico recorrendo aos profissionais de enfermagem como forma de chegar às famílias e comunidades.

A integração do conceito de sentido de coerência, no âmbito da promoção da saúde, constitui um fator inovador nas políticas de saúde. A preocupação com a capacitação do cidadão para lidar com os fatores stressores emerge dessas mesmas políticas.

A pessoa com HTA possui um potencial para acionar mecanismos de regulação, no sentido de gerir de forma saudável, as exigências requeridas pela especificidade da sua situação de saúde e de vida, visando alcançar o máximo de funcionalidade.

Sendo assim, o SOC pode ser considerado promissor quanto à sua capacidade de orientar o profissional de saúde na prestação de cuidados personalizados a cada indivíduo/família, constituindo-se como um aliado para melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Após a revisão da literatura, pudemos constatar que existem poucos estudos e poucas evidências sobre a forma como o sentido de coerência do indivíduo se encontra associado à adesão ao regime terapêutico. A pertinência deste estudo surge neste espaço, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento, no âmbito da intervenção da Enfermagem junto à pessoa com HTA.

É importante referirmos que a problemática do presente estudo é uma situação real com a qual nos deparamos no nosso quotidiano, enquanto profissionais de saúde. Diariamente, os enfermeiros, em exercício nos CSP, são confrontados com a questão da adesão ao regime terapêutico em pessoas com hipertensão arterial. Esta perceção suscita uma série de questões que permite formular o problema a investigar e implica a procura de respostas que possam contribuir para suportar a prática diária dos profissionais de Enfermagem.

A formulação de um problema passa pela escolha de uma questão de investigação, que indica o que o investigador pretende obter como informação (Fortin, 2009). Assim, considerando o anteriormente expresso colocamos a seguinte questão: Qual a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão arterial, com vigilância de saúde nos CSP?

1. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este estudo pretende responder, de forma empírica, aos propósitos que o fundamentam, isto é, descobrir a relação entre o sentido de coerência e adesão ao regime terapêutico na hipertensão arterial. Pretendemos apurar se esta relação poderá funcionar como uma nova ferramenta de apoio a uma intervenção, cada vez mais, eficiente dos profissionais de saúde.

A finalidade deste estudo é contribuir para o desenvolvimento do conhecimento, no âmbito da intervenção da Enfermagem junto à pessoa com HTA.

Tendo em consideração a problemática e a questão de partida, delineámos o seguinte objetivo geral: Analisar a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico, nas pessoas com hipertensão arterial, com vigilância de saúde em Cuidados de Saúde Primários.

Estabelecemos, ainda, os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil clínico das pessoas com HTA;
- Descrever o sentido de coerência das pessoas com HTA;
- Descrever a adesão medicamentosa das pessoas com HTA;
- Descrever a adesão à atividade física das pessoas com HTA;
- Descrever a adesão aos cuidados dietéticos das pessoas com HTA;
- Avaliar a relação entre o nível do sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com HTA.

2. TIPO DE ESTUDO

Em consonância com os objetivos, desenvolvemos um estudo do tipo descritivo – correlacional, observacional e transversal.

Optámos por este tipo de estudo devido ao facto de se pretender “explorar relações entre variáveis e descrevê-las” (Fortin, 2009, p. 244).

Pretendemos, deste modo, determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno em estudo. As relações descobertas servem de base para a formulação de hipóteses, as quais podem ser verificadas, *à posteriori*, em investigações futuras (Fortin, 2009).

Este estudo é observacional, uma vez que não há manipulação de variáveis pelo investigador, e transversal porque os dados são recolhidos num único momento.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Desenvolvemos este estudo no concelho de Barcelos, que é constituído por 89 freguesias, dispersas por uma área geográfica de 378,90 km². A população residente ronda os 120 084 habitantes, dos quais 57 973 são homens e 62 111 mulheres. A nível laboral há uma predominância do setor secundário e o índice de envelhecimento é de 90,7% (INE, 2013).

Os recursos de saúde existentes ao nível dos CSP encontram-se agrupados no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado III – Barcelos/Esposende.

No que diz respeito ao acompanhamento direto das pessoas/famílias, prestam cuidados de saúde nove unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e nove unidades de saúde familiar (USF).

A USF onde se desenvolveu o estudo abrange uma área de influência constituída por nove freguesias, com um total de inscritos de 11 561, dos quais 49,35% são do sexo masculino e 50,65% do feminino. Esta população apresenta um índice de envelhecimento de 103,17% (dados obtidos a partir do SINUS a 06/02/2014).

A população alvo do estudo é constituída pela totalidade das 2227 pessoas com o diagnóstico clínico de HTA inscritas na USF, do ACES Cávado III – Barcelos/Esposende em 10/10/2013 (MIN@UF).

Devido à impossibilidade deste estudo abranger a totalidade da população, procedemos à seleção de uma amostra, que é representativa.

Para tal calculamos o tamanho da amostra para um estudo de prevalência, com um intervalo de confiança de 95% e um erro tolerável de 5%. Para a sua determinação recorreremos à seguinte fórmula (Medronho, 2003):

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} * N * p(1-p)}{\epsilon^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p(1-p)}$$

Ao calcular acrescentámos 10% para prevenir efeitos decorrentes da mortalidade na amostra. Assim, a amostra ficou constituída por 361 pessoas com hipertensão arterial.

Nesta investigação optámos pela amostragem probabilística aleatória sistemática, tendo por base a lista do ficheiro das pessoas, que se baseia “em retirar elementos a intervalos fixos a partir de uma lista exaustiva de todos os elementos de uma dada população” (Fortin, 2009, p. 319).

Neste estudo, os elementos da amostra foram retirados da lista de pessoas com HTA de 6 em 6 pessoas, sendo que o primeiro, retirado aleatoriamente entre 1 e 6, foi o 3.

No decorrer do processo de seleção da amostra detetámos que três pessoas se encontravam a residir fora do país, pelo que seleccionamos a pessoa que se apresentava imediatamente a seguir no ficheiro de pessoas com HTA.

A amostra tem como critérios de inclusão a pessoa ter mais de 18 anos e não apresentar, à data da realização do questionário, nenhuma alteração cognitiva diagnosticada.

Dando início ao estudo, inquirimos 332 pessoas, visto que 28 das pessoas se recusaram a participar e 1 transferiu a inscrição para outra unidade de saúde.

4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados consiste num processo de recolha sistemática da informação desejada junto dos participantes, com recurso a técnicas escolhidas para esse fim. Esta recolha decorreu de 6 de fevereiro a 31 de março de 2014.

Com a escolha dos instrumentos de dados utilizados no presente estudo, pretendemos dar resposta aos objetivos, bem como às características da população e ao ambiente em que foram recolhidos os dados. Procurámos que estes fatores tivessem em conta o tempo, a disponibilidade e a facilidade da sua implementação.

Para a concretização do presente estudo seleccionámos os instrumentos de colheita de dados, tendo uma parte sido construída para o efeito, e a outra parte constituída por escalas e questionários validados para Portugal (Apêndice A).

Estes instrumentos foram preenchidos pelas pessoas participantes no estudo, exceto quando as pessoas não sabiam ler ou escrever. Nesta circunstância, a investigadora procedeu ao seu preenchimento e forneceu esclarecimentos sempre que solicitado por cada participante.

A primeira versão do instrumento foi sujeita a validação inicial.

Pré-teste

Em janeiro de 2014 procedemos ao pré-teste com 10 pessoas com hipertensão arterial. Essas pessoas mostraram-se disponíveis para preencher o questionário, e partilharam a avaliação da compreensão das questões.

“O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo” (Fortin, 2009 p. 386).

Na globalidade, os questionários respondiam aos objetivos estabelecidos. A versão final do questionário ficou composta pelas seguintes dimensões:

Caracterização Pessoal

Para a caracterização pessoal construímos um instrumento específico, com base na revisão da literatura e cujas variáveis se consideram fundamentais para dar resposta aos objetivos. Nesta caracterização estão presentes um perfil sociodemográfico e clínico das pessoas.

Na caracterização sociodemográfica incluímos quatro questões relacionadas com o sexo, a data de nascimento, o estado civil e os familiares conviventes.

No perfil clínico incluímos questões acerca do ano de diagnóstico da HTA, os valores tensionais, o perímetro abdominal, o peso, a altura e o índice de massa corporal.

Estas variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas. Optámos, sempre que possível, pelas mais robustas.

A escala de Graffar adaptada (Costa [et al.], 1996) possibilita a notação social da família computada em cinco Níveis ou Classes Socioeconómicas: Alta, Média Alta, Média, Média Baixa e Baixa. Como se encontra amplamente difundida, não solicitamos a autorização para a sua utilização, mas salvaguardamos os direitos de autor, através da colocação da fonte da mesma.

Esta escala baseia-se no estudo de cinco critérios (a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimentos familiares, o conforto da habitação e os aspetos do local onde reside).

Numa primeira fase efetuámos a atribuição de uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados, e numa segunda fase, fizemos o somatório destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade.

O somatório da pontuação permite a classificação da família nas seguintes classes: Classe I: 5-9; Classe II: 10-13; Classe III: 14-17; Classe IV: 18-21; Classe V: 22-25. Esta escala possui uma razoável fiabilidade (Pestana & Gageiro, 1998), com um valor de Alfa de Cronbach de 0,67.

Caracterização dos cuidados dietéticos

Efetuámos a avaliação da alimentação com recurso a um questionário, construído para o efeito, com base na revisão da literatura e em outros questionários utilizados para estudos de idêntica natureza.

Esta parte do questionário foi constituída por um grupo de questões que pretendia caracterizar: o número de refeições principais e intercalares; a frequência de ingestão de legumes, frutas, gorduras, conservas, peixe, carnes gordas, carnes magras, batata/arroz/massa; o consumo de sal e a sua frequência; a frequência de consumo de cozidos, grelhados, estufados/guisados, fritos e assados; o tipo de gordura mais utilizada na confeção dos alimentos; a frequência da ingestão de álcool e a quantidade ingerida; e a frequência do consumo de tabaco e a quantidade consumida.

Estas variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas. Optámos, sempre que possível, pelas mais robustas.

Adesão Medicamentosa

Para a adesão medicamentosa utilizámos o Teste de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), que foi validado para Portugal por Delgado & Lima (2001), a quem foi solicitada a autorização para a sua utilização neste estudo (Anexo A). Este teste é constituído por 7 itens.

Conforme Delgado & Lima (2001) os itens 1, 2, 3 e 4 são adaptados de Morisky (1986), o item 7 é adaptado de Shea [et al.] (1992), e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994).

Obtivemos a resposta aos itens através de uma escala de tipo Likert de 6 pontos, desde o 1 a que equivale o sempre, até ao 6 a que equivale o nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Um valor mais elevado significa um maior nível de adesão.

Delgado e Lima (2001) consideram que a medida de sete itens utilizada, com resposta sob a forma de escala de Likert, oferece uma consistência interna adequada para aceder ao nível de adesão aos tratamentos.

A MAT demonstrou uma média consistência interna (Pestana & Gageiro, 1998), sendo o valor de Alfa de Chronbach de 0,78.

Atividade Física

Para a avaliação da atividade física recorreremos ao IPAQ – versão curta. É um instrumento de avaliação subjetiva, visto que se baseia na perceção individual de cada sujeito em relação à sua prática de atividade física (Craig [et al.], 2003).

Este questionário compreende sete questões, que focam a atividade física nos últimos sete dias, questionando sobre a frequência de cada tipo específico de atividade e a sua duração.

O IPAQ foi construído como um instrumento para a avaliação da atividade física de populações adultas, dos 18 aos 69 anos. Apesar de não ter sido construído como instrumento de avaliação em estudos de intervenção, tem sido largamente utilizado neste domínio (IPAQ, 2005).

Este questionário apresenta uma versão longa e uma curta. No presente estudo optámos pela versão curta, uma vez que a especificidade permitida pela versão longa, ao diferenciar o tipo de atividade nos vários domínios da vida diária, não nos pareceu necessária para o estudo em causa.

O IPAQ permite dois tipos de classificação: por categorias - nível baixo, moderado e alto de atividade física - e uma contínua, através da conversão das atividades praticadas em MET's-minuto, calculados através de um algoritmo proposto, em que maiores valores correspondem a maiores níveis de prática de atividade física (IPAQ, 2005).

O IPAQ foi desenvolvido por um grupo de investigadores reunidos pela OMS, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e pelo Instituto Karolinska da Suécia, com o intuito de criar um instrumento capaz de obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis.

Este grupo iniciou o desenvolvimento do IPAQ nas suas diferentes versões e realizou, no ano 2000, estudos em 12 países (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil), com uma amostra superior a dois mil indivíduos, propondo-se a determinar a fidedignidade e validade do instrumento. O nosso país integrou este estudo com os investigadores Jorge Mota e Luís Sardinha, com uma participação de 196 indivíduos, a quem foi solicitada a autorização para a sua utilização (Anexo B).

A avaliação da fiabilidade (teste-reteste) da mesma versão do IPAQ foi realizada em dois momentos diferentes. A fiabilidade mostrou um coeficiente de correlação de Spearman, $p=0,81$ (para um nível de significância de 95%, IC de 0,79-0,82) para a versão longa e $p=0,76$ (95%, IC 0,73-0,77) para a versão curta, o que indica um bom grau de fiabilidade, com bom nível de repetibilidade (IPAQ, 2005).

Por outro lado, o IPAQ apresenta validade de critério, visto que comparando os dados auto-reportados com os avaliados por acelerómetro, durante 7 dias, mostra um valor de correlação de 0,33 (95%, IC 0,26-0,39) para a versão longa e 0,30 (95%, IC 0,23-0,36) para a versão curta. Revela uma concordância moderada entre as medidas subjetiva e objetiva de avaliação da atividade física (ibidem).

Neste estudo demonstrou uma razoável consistência interna (Pestana & Gageiro, 1998), sendo o valor de Alfa de Chronbach de 0,61.

Sentido de coerência

Para a avaliação do sentido de coerência recorreremos ao *Orientation to Life Questionnaire* (Antonovsky, 1987), na versão portuguesa de Nunes (1999).

A análise fatorial da escala aponta um único fator dominante. Como tal, deve ser utilizada para medir uma orientação global (Antonovsky, 1993, cit. por Nunes, 1999).

Até 1990, a escala foi utilizada em catorze línguas, por cerca de 10.000 pessoas de ambos os sexos, de todas as classes sociais e das mais variadas idades. Foi reportado por muitos investigadores, que os respondentes consideraram a escala interessante e desafiadora, não tendo sido relatados problemas que pudessem inviabilizar a sua aplicação (Antonovsky, 1993, cit. por Nunes, 1999).

Em 26 estudos, que utilizavam a referida escala de 29 itens, o coeficiente de α de Cronbach variou entre 0,82 e 0,95, o que revela uma boa consistência interna (Antonovsky, 1993, cit. por Nunes, 1999).

O Questionário Orientação para Viver é uma versão do *Orientation to Life Questionnaire* validado para português, por Nunes (1999), numa amostra de 643 indivíduos. Como este se encontra amplamente difundido, não solicitámos a autorização para a sua utilização, mas salvaguardámos os direitos de autor, através da colocação da fonte do mesmo.

Este questionário é composto por 29 itens, num diferencial semântico de sete pontos. A pontuação de cada uma das subescalas advém da soma das pontuações dos itens respetivos, e os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27 foram invertidos. O valor de sentido de coerência resulta da soma de todos os itens que constituem a escala, sendo que a valores mais elevados corresponde a um maior sentido de coerência (Nunes, 1999).

A subescala “capacidade de compreensão” constituiu-se como o somatório das questões nº 1*,3,5*,10,12,15,17,19, 21,24,26. A subescala “capacidade de gestão” constituiu-se como o somatório das questões nº 2,6*,9,13*,18,20*,23*,25*,27*,29. A subescala “capacidade de investimento” constituiu-se como o somatório das questões nº 4*,7*,8,11*,14*,16*,22,28 ⁶(Antonovsky, 1987).

A consistência interna global do Questionário Orientação para Viver é boa, confirmada através dos valores de coeficiente de α de Cronbach de 0,86. No que diz respeito às subescalas, estas variam entre razoável para a capacidade de compreensão (0,66) e média para a capacidade de gestão (0,75) e capacidade de investimento (0,71) (Pestana & Gageiro, 1998).

⁶ Os itens com * são para recodificar.

5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Realizámos a colheita de dados numa USF do ACES Cávado III – Barcelos/Esposende, no período compreendido entre 6 de fevereiro e 31 março de 2014.

Depois de constituída a amostra, na primeira vez que a pessoa foi à unidade de saúde, foi informado por um funcionário administrativo acerca do estudo, a sua finalidade, os objetivos e a garantia da confidencialidade das respostas. Os elementos, sem consulta marcada, foram contactados telefonicamente.

Foi, também, informado do direito de recusar a participação ou a qualquer momento desistir da mesma, sem qualquer implicação ou consequência. O secretário clínico, após fornecer esta informação, obteve a disposição de cada pessoa para participar no estudo.

Todas as pessoas que aceitaram foram posteriormente contactadas pela investigadora para agendamento da entrega do questionário. Neste momento obtivemos o consentimento informado. Toda a informação necessária foi transmitida pela investigadora, acerca do estudo e seus objetivos, e proporcionados os esclarecimentos que os participantes solicitaram (Apêndice B). Em todo o processo garantimos o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

O autopreenchimento do questionário foi realizado na USF ou noutra lugar eleito pelo participante. O tempo de preenchimento de cada questionário variou entre 15 e 45 minutos e a presença da investigadora foi proporcionada sempre que solicitada.

Posteriormente, o questionário preenchido foi entregue na USF, conjuntamente com o consentimento informado.

6. ASPETOS ÉTICOS

“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p. 114).

Qualquer investigação deve obedecer a alguns princípios gerais relativamente à ética e respeito pelos direitos dos sujeitos implicados no estudo. A investigação realizada com seres humanos suscita sempre questões morais e éticas.

Os cinco princípios ou direitos aplicáveis aos seres humanos encontram-se determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

“Em virtude do direito à vida privada, o participante, num estudo, tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais” (Fortin, 2009, p. 189).

No decorrer deste estudo, e tendo por base as considerações éticas, assegurámos os direitos do participante, construindo-se para tal um consentimento informado.

Após as pessoas assinarem o consentimento informado, não revelamos a informação pessoal, sendo o nome do cliente sempre ocultado, salvaguardando-se, assim, o seu anonimato. No final do estudo a documentação relativa à lista de pessoas será destruída.

Tendo em conta os princípios éticos supracitados, solicitamos a autorização para a realização do estudo ao Presidente Executivo do ACES Cávado III – Barcelos/Esposende em outubro de 2013, que remeteu a questão para a Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Posteriormente, a 6 de fevereiro de 2014, obtivemos a autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, com a indicação de alteração de uma questão, o que foi efetuado (Anexo C). Após a autorização da ARS Norte iniciámos a colheita de dados.

7. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados que obtivemos através do questionário foram codificados de forma a permitir o tratamento estatístico. As perguntas abertas foram codificadas *à posteriori* e naquelas em que existia uma grande dispersão na distribuição foram recodificadas, sendo agregadas em categorias de menor dispersão.

Efetuámos uma análise estatística descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central, posição e dispersão), conforme as variáveis quanto à escala de medida.

A análise estatística correlacional foi efetuada através da correlação de Pearson ou de Spearman, conforme as variáveis quanto à escala de medida.

Definimos como nível de significância 5% e o suporte informático utilizado para o tratamento de dados foi o SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* 21.

Capítulo Cinco

RESULTADOS

Apresentamos os resultados conforme os objetivos. Inicialmente, efetuámos a caracterização sociodemográfica da amostra, seguida da caracterização do perfil clínico das pessoas com HTA. Posteriormente, analisamos o sentido de coerência, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de compreensão, de gestão e de investimento. Numa fase posterior, procedemos à descrição da adesão ao regime terapêutico, nas suas diferentes áreas: medicamentosa, exercício físico e cuidados dietéticos.

Finalmente, avaliamos a relação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com HTA.

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A caracterização sociodemográfica diz respeito às 332 pessoas com HTA inquiridas (Quadro 1). Predomina o feminino (59,3%), com idades entre 27 e 94 anos, com média de $64,33 \pm 12,38$ anos e mediana de 65,5 anos. O grupo etário mais representado é o de 64 ou menos anos, com 47,3% dos efetivos e o menos representado é o dos com 80 anos ou mais (12,3%).

Em relação ao estado civil, verificámos que a maioria (75,9%) é casada ou vive em união de facto. Quanto ao tipo de família, predominam as pessoas que vivem em casal (35,2%) e as famílias nucleares (30,1%). Observámos que 16,2% das famílias são alargadas.

Através da aplicação da escala de Graffar, verificámos que a maioria dos inquiridos pertence à classe média baixa (69,9%), e 26,2% à classe média.

Quadro 1 - Caracterização Sociodemográfica das pessoas com HTA (n=332)

	ni	fi
Idade		
64 anos ou menos	157	47,3
De 65 a 79 anos	134	40,4
80 anos ou mais	41	12,3
Sexo		
Masculino	135	40,7
Feminino	197	59,3
Estado Civil		
Solteiro	21	6,3
Casado(a)/União de facto	252	75,9
Viúvo(a)	59	17,8
Estrutura familiar		
Unipessoal	17	5,1
Casal	117	35,2
Nuclear	100	30,1
Monoparental	44	13,3
Alargada	54	16,2
Classificação Social segundo Escala de Graffar Adaptada		
Classe I – Alta	1	0,3
Classe II – Média Alta	7	2,1
Classe III – Média	87	26,2
Classe IV – Média Baixa	232	69,9
Classe V – Baixa	4	1,2
Não responde	1	0,3

2. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO

No perfil clínico encontra-se incluído o ano de diagnóstico da HTA, os valores tensionais, o perímetro abdominal, o peso, a altura e o índice de massa corporal. O tempo de diagnóstico da HTA varia entre 1 e 34 anos, com média de $9,11 \pm 7,30$ anos e mediana de 6,00 anos.

A pressão arterial sistólica varia entre 74 e 193 mmHg, com média de $141,33 \pm 15,14$ mmHg, e a pressão arterial diastólica oscila entre 49 e 130 mmHg, com média de $77,73 \pm 11,05$

mmHg. Relativamente ao controlo da tensão arterial, predominam as pessoas com valores tensionais sistólicos acima de 140mmHg e diastólicos acima de 90 mmHg (60,8%).

No que concerne ao perímetro abdominal, 22,3% dos homens e 44,3% das mulheres apresentam perímetro abdominal elevado (Quadro 2). O perímetro abdominal dos homens varia entre 74 e 136 cm, com média de $92,85 \pm 12,73$ cm e mediana de 96,00 cm. O das mulheres varia entre 63 e 136 cm, com média de $96,35 \pm 14,91$ cm e mediana de 88,50 cm.

Quadro 2 - Caracterização do Perfil Clínico (n=332)

	ni	Fi
Classificação da TA		
Elevada	202	60,8
Normal	130	39,2
Perímetro Abdominal		
Normal	101	33,5
Elevado	221	63,6

O peso varia entre 41 e 128 kg, com média de $76,03 \pm 13,83$ Kg e a mediana de 75,00kg. A altura varia entre 135 e 185 cm, com média de $161,92 \pm 8,06$ cm e a mediana de 161,00 cm.

Em relação ao IMC, a maioria apresenta excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade classe I (29,6% dos homens e 29,9% das mulheres), sendo que 15,4% dos homens e 20,3% das mulheres apresentam peso normal (Quadro 3).

Quadro 3 - Caracterização do IMC (n=332)

Classificação do IMC	Homens		Mulheres	
	ni	fi	ni	fi
Baixo peso	1	0,7	1	0,5
Peso normal	21	15,6	40	20,3
Excesso de peso	63	46,7	76	38,6
Obesidade classe I	40	29,6	59	29,9
Obesidade classe II	8	5,9	15	7,6
Obesidade classe III	2	1,5	6	3,0

3. SENTIDO DE COERÊNCIA

Fizemos a avaliação do SOC tendo em conta as suas subescalas e o score total. Visto que cada subescala possui um número diferente de itens, e como se pretende a comparação entre as mesmas, optámos por realizar uma média proporcional de cada subescala.

A capacidade de compreensão varia entre 1,60 e 7,00, com uma média de $4,16 \pm 0,808$ e mediana de 4,05. A capacidade de gestão varia entre 2,50 e 7,00, com uma média de $4,67 \pm 0,917$ e mediana de 4,50. A capacidade de investimento varia entre 1,38 e 7,00, com uma média de $4,54 \pm 0,995$ e mediana de 4,38 (Quadro 4).

Observamos os valores médios mais elevados na capacidade de gestão ($4,67 \pm 0,917$; mediana: 4,50), enquanto os mais baixos foram observados na capacidade de compreensão ($4,16 \pm 0,808$; mediana: 4,05).

Considerando a média ponderada, o score total do SOC varia entre 2,48 e 6,75, com uma média de $4,45 \pm 0,76$ e mediana de 4,24.

Quadro 4 - Caracterização do sentido de coerência (n=332)

	Estatísticas		
	Mín- Máx	Média \pm Sd	Mediana
Capacidade de compreensão	1,60 - 7,00	$4,16 \pm 0,808$	4,05
Capacidade de gestão	2,50 - 7,00	$4,67 \pm 0,917$	4,50
Capacidade de investimento	1,38 - 7,00	$4,54 \pm 0,995$	4,38

4. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão ao regime terapêutico consiste na análise e na avaliação do comportamento relativamente à adesão medicamentosa, à adesão aos cuidados dietéticos e à adesão à atividade física.

Adesão medicamentosa

No que diz respeito ao tratamento da hipertensão arterial (Quadro 5), constatamos que a maioria dos inquiridos (97,3 %) faz medicação anti-hipertensiva, sendo que para 2,7% o tratamento é efetuado com medidas não farmacológicas.

Relativamente à distribuição da medicação anti-hipertensiva por grupos, verificamos que os grupos mais utilizados são os diuréticos (59,5%), os ARA II (53,2%) e os IECA (35,3%).

Quadro 5 - Distribuição da medicação por grupos (n=323)

	Sim		Não	
	ni	fi	ni	fi
Toma medicação para a HTA?	323	97,3	9	2,7
Grupo Farmacológico				
Diuréticos	198	61,3	125	38,7
IECA	114	35,3	209	64,7
ARA II	177	54,8	146	45,2
β-Bloqueadores	41	12,7	282	87,3
Antagonistas canais de Cálcio	86	26,6	237	73,4

O número de fármacos prescritos para o tratamento da hipertensão arterial varia entre 1 e 5 fármacos, com média de $1,97 \pm 0,82$ e mediana de 2 (Quadro 6).

Em relação ao número de fármacos, observámos que 79,9% toma um ou dois fármacos, 19,2% toma três ou quatro fármacos e 0,9% toma cinco fármacos.

Quando analisamos a adesão medicamentosa com recurso ao MAT, esta varia entre 2 e 6, apresentando média de $5,63 \pm 0,46$ e mediana de 5,71.

Quadro 6 - Adesão Medicamentosa e números de fármacos prescritos (n= 323)

	Estatísticas		
	Mín- Máx	Média \pm Sd	Mediana
Número de fármacos	1-5	$1,97 \pm 0,82$	2,00
Adesão medicamentosa (MAT)	2-6	$5,63 \pm 0,46$	5,71

Quando considerámos cada um dos itens da escala MAT, atribuindo scores que variam de 1 para sempre e 6 para nunca, constatámos os piores scores de adesão em “alguma vez foi descuidado com a hora da toma” (1764), “alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos” (1795) e “alguma vez interrompeu por ter deixado acabar os medicamentos” (1853). Observámos a maior adesão na “alguma vez deixou de tomar por alguma outra razão” e “alguma vez tomou 1 ou mais medicamentos por sua iniciativa” (Quadro 7).

Quadro 7 - Caracterização dos somatórios das questões da MAT

	Sum
Alguma vez foi descuidado com a hora da toma?	1764
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	1795
Alguma vez interrompeu por ter deixado acabar os medicamentos?	1853
Alguma vez deixou de tomar por se ter sentido melhor?	1889
Alguma vez deixou de tomar por se ter sentido pior?	1893
Alguma vez tomou 1 ou mais medicamentos por sua iniciativa?	1918
Alguma vez deixou de tomar por alguma outra razão?	1929

Adesão à atividade física

Para fazer a avaliação da adesão à atividade física recorreremos ao cálculo dos equivalentes metabólicos (MET), considerando todos os tipos de atividade. A adesão à atividade física varia entre 0 e 37968 MET, apresentando uma média de 2939,05±5538,85 e mediana de 720,00.

A maioria dos inquiridos (47,0%) refere atividade física baixa, sendo que os que referem atividade física moderada e elevada têm distribuições idênticas (26,2% e 25,9%, respetivamente) (Quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição por categorias do IPAQ (n=332)

Categorias IPAQ	ni	Fi
Baixa	156	47,0
Moderada	87	26,2
Elevada	86	25,9
Não responde	3	0,9

Adesão aos cuidados dietéticos

Entendemos como adesão aos cuidados dietéticos (Quadro 9) o número de refeições e a sua constituição, bem como, o método de confeção dos alimentos, a gordura mais utilizada na confeção dos mesmos, o consumo de sal e de álcool.

A maioria dos inquiridos faz 3 refeições principais (97,9%) e come fora das mesmas (66,0%). A maioria faz duas refeições intercalares (41,3%).

Quadro 9 - Caracterização do número de refeições

	ni	fi
Número de refeições Principais (n=332)		
1	1	0,3
2	5	1,5
3	325	97,9
Não responde	1	0,3
Come fora das refeições principais? (n=332)		
Sim	219	66,0
Não	112	33,7
Não responde	1	0,3
Quantas vezes? (n=219)		
1	54	24,7
2	137	62,6
3	22	10,0
4	1	0,5
Não responde	5	2,3

Quando considerámos cada um dos itens “frequência de consumo de diferentes alimentos”, atribuímos scores que variam de 1 para nunca e 5 para todos os dias. Desta forma, a um maior score corresponde um comportamento mais saudável. Constatámos os piores scores no consumo de farináceos (448), carnes gordas (1061), consumo de gorduras (1015) e observámos os maiores scores no consumo de legumes, frutas e peixe (Quadro 10).

Quadro 10 - Caracterização do consumo de alimentos (n=332)

	Sum
Com que frequência come legumes?	1531
Com que frequência come frutas?	1534
Com que frequência come gorduras?	1015
Com que frequência come conservas?	1226
Com que frequência come peixe?	1330
Com que frequência come carnes gordas?	1061
Com que frequência come carnes magras?	1297
Com que frequência come batata/arroz/massa?	448

Em relação ao consumo de sal, 96,1% dos inquiridos consome sal na sua dieta e 92,8% não acrescenta sal no prato (Quadro 11).

Quadro 11 - Caracterização do consumo de sal

	ni	fi
Usa sal na alimentação? (n=332)		
Sim	319	96,1
Não	12	3,6
Não responde	1	0,3
Acrescenta sal no prato? (n=319)		
Todos os dias	5	1,6
Alguns dias por semana	4	1,3
Uma vez por semana	5	1,6
Uma vez por mês	5	1,6
Nunca	296	92,8
Não responde	4	1,3

Relativamente ao método de confeção dos alimentos diário predominam os cozidos.

Em relação ao consumo de grelhados, 7,5% come todos os dias, 71,1% come alguns dias por semana e 13,9% come uma vez por semana.

No que diz respeito ao consumo de cozidos, 30,7% come todos os dias e 61,7% come alguns dias por semana.

No que concerne ao consumo de estufados/guisados, 45,2% come alguns dias por semana e 33,4% come uma vez por semana.

Relativamente ao consumo de fritos, 15,7% come alguns dias por semana, 27,7% come uma vez por semana, 24,7% come uma vez por mês e 27,4% nunca come.

Em relação ao consumo de assados, 47,3% come alguns dias por semana e 34,6% come uma vez por semana (Quadro 12).

Quadro 12 - Caracterização do método de confeção dos alimentos (n=332)

Método de confeção dos alimentos	Todos os dias		Alguns dias por semana		Uma vez por semana		Uma vez por mês		Nunca		Não responde	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Grelhados	25	7,5	236	71,1	46	13,9	15	4,5	7	2,1	3	0,9
Cozidos	102	30,7	205	61,7	20	6,0	1	0,3			4	1,2
Estufados/Guisados	9	2,7	150	45,2	111	33,4	39	11,7	17	5,1	6	1,8
Fritos	4	1,2	52	15,7	92	27,7	82	24,7	91	27,4	11	3,3
Assados	10	3,0	157	47,3	115	34,6	34	10,2	12	3,6	4	1,2

A gordura mais utilizada (Quadro 13) na confeção dos alimentos é o azeite (56,3%), seguido do óleo vegetal (7,5%). É de referir que 33,7% não responderam a esta questão.

Quadro 13 - Gordura mais utilizada na confeção dos alimentos (n=332)

Gordura	ni	fi
Óleo vegetal	25	7,5
Azeite	187	56,3
Margarina	1	0,3
Manteiga	1	0,3
Banha	6	1,8
Não responde	112	33,7

Considerámos o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 7 dias, pelo que 53,6% dos inquiridos refere não ter consumido bebidas alcoólicas, enquanto 46,4% refere ter consumido bebidas alcoólicas (Quadro 14).

Quadro 14 - Distribuição do consumo de álcool (n=332)

	ni	fi
Consumo de Tabaco		
Sim	154	46,4
Não	178	53,6

A bebida alcoólica mais consumida é o vinho, variando entre 2 e 360 cl, com um consumo médio de $54,31 \pm 57,665$ cl, seguido da cerveja, que varia entre 3 e 70 cl, verificando-se um consumo médio de $16,35 \pm 20,418$ cl. (Quadro 15).

As bebidas menos consumidas são o vinho do porto/ martini/ licores, variando o consumo entre 0,43 e 10 cl, com um consumo médio de $3,55 \pm 3,543$ cl e o whisky/gin/vodka, cujo consumo varia entre 0,57 e 7,14 cl, com um consumo médio de $2,90 \pm 2,677$ cl.

Quadro 15 - Consumo médio diário de bebidas alcoólicas consumidas em cl (n=154)

	Estatísticas		
	Mín- Máx	Média \pm Sd	Mediana
Vinho	2-250	$54,30 \pm 57,67$	50
Cerveja	3-70	$16,35 \pm 20,42$	4,71
Bagaço/Aguardente	0,43-20	$5,94 \pm 7,50$	2,14
Vinho do Porto/ Martini/ Licores	0,43-10	$3,55 \pm 3,54$	1,71
Whisky/Gin/Vodka	0-0.714	$0,59 \pm 0,59$	0
Total	0- 375	$62,39 \pm 61,34$	50

Em relação ao número de dias em que se consomem bebidas alcoólicas, verificámos que a maioria refere beber mais de cinco dias por semana (77,3%) e 19,5% refere beber entre 1 a 5 dias por semana (Quadro 16).

Quadro 16 - Distribuição do consumo de álcool em número de dias

	ni	fi
Número de dias com consumo de álcool		
1 a 5 dias	30	19,5
Mais de 5 dias	119	77,3
Não responde	5	3,2

Ainda que o consumo de tabaco não consista um hábito dietético, conjuntamente com o consumo de álcool, constituem determinantes importantes na HTA. O consumo de tabaco foi observado em 3,3% dos inquiridos do sexo masculino (Quadro 17), variando o tempo de consumo entre 10 e 75 anos, com média de $39,82 \pm 22,21$ anos. Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, esta varia entre 4 e 30 cigarros, com média de $13,27 \pm 8,42$ cigarros.

Quadro 17 - Caracterização do consumo de tabaco

	ni	fi
Consumo de Tabaco		
Sim	11	3,3
Não	321	96,7

Ao analisarmos este consumo distinguindo os sexos verificámos que, apenas, os homens fumam (8,1%) e apresentam um maior número de consumidores de álcool (63,7%)

5. ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENTIDO DE COERÊNCIA E ADESÃO REGIME TERAPÊUTICO

A avaliação das associações teve em conta as diferentes vertentes da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a adesão medicamentosa, a adesão aos cuidados dietéticos e a adesão à atividade física (Quadro 18).

Observámos uma relação estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e a adesão medicamentosa ($r_s=0,134$; $p=0,023$; $n=288$).

Entre o sentido de coerência e a adesão à atividade física não comprovámos uma relação estatisticamente significativa.

Consideramos que existe correlação estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e adesão a alguns cuidados dietéticos. Existe uma correlação estatisticamente significativa muito baixa entre o SOC e o consumo de gorduras ($r=-0,194$; $p=0,001$; $n=275$) e consumo de carnes gordas ($r=0,158$; $p=0,008$; $n=279$). Observámos que existe uma correlação estatisticamente significativa baixa entre o SOC e o consumo de fritos ($r=-0,206$; $p=0,001$; $n=280$).

Não observámos relações estatisticamente significativas entre o sentido de coerência e o consumo de vinho, cerveja, bagaço/aguardente, vinho do porto/martini/licores e whisky/gin/vodka, legumes, frutas, conservas, peixe, carnes magras, arroz/batata/massa, grelhados, cozidos, assados, e o facto de acrescentar sal no prato.

Quadro 18 - Análise das relações entre as variáveis

Variável	SOC Score		
	n	rs	Sig.
Adesão medicamentosa			
MAT Score**	288	0,134	0,023
Adesão à atividade física			
IPAQ Score**	287	-0,013	0,082
Adesão aos Cuidados dietéticos			
Consumo de legumes*	286	-0,089	0,134
Consumo de frutas*	285	-0,004	0,947
Consumo de gorduras*	275	-0,194	0,001
Consumo de conservas*	278	-0,034	0,574
Consumo de peixe*	285	-0,064	0,282
Consumo de carnes gordas*	279	0,158	0,008
Consumo de carnes magras*	287	0,022	0,714
Consumo de batata/arroz/massa*	284	0,029	0,621
Grelhados *	286	0,037	0,530
Cozidos*	284	-0,069	0,248
Estufados/guisados*	283	-0,032	0,591
Fritos*	280	-0,206	0,001
Assados*	284	0,104	0,081
Acrescentar sal no prato*	284	0,093	0,117

* Correlação de Spearman

** Correlação de Pearson

Capítulo Seis

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em Portugal, o aumento da esperança de vida aliado às modificações dos estilos de vida da população conduziu ao aumento dos fatores de risco de doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial.

A HTA impõe-se como um importante problema de saúde pública, visto que constitui um fator de doença cardiovascular com maior prevalência, no mundo e em Portugal, pela mortalidade e morbidade que lhe está associada.

Como doença crónica que é, necessita de terapêutica e vigilância contínua e preconiza a adoção de estilos de vida saudáveis e a promoção da adesão ao regime terapêutico.

Para tal, consideramos vital investir na literacia e na capacitação dos cidadãos, para a adoção de estilos de vida promotores da sua saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde e uma redução dos custos dos tratamentos.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários consideramos necessário repensar as estratégias de intervenção eficientes para o diagnóstico precoce e tratamento eficaz da HTA.

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo. Nele pretendemos estudar a relação do sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico. Por outro lado, conseguimos caracterizar o perfil clínico, descrever o sentido de coerência, a adesão medicamentosa, a adesão à atividade física e a adesão aos cuidados dietéticos, das pessoas com HTA.

No presente capítulo discutimos os aspetos relevantes dos resultados, tendo em conta os objetivos, assim como as questões metodológicas.

Este estudo é descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa, que se desenvolveu numa USF do concelho de Barcelos. Os resultados e a discussão dos mesmos são relativas à população alvo.

Inicialmente elaborámos a caracterização sociodemográfica e o perfil clínico das pessoas com HTA, para de seguida discutirmos o sentido de coerência, a adesão ao regime terapêutico e por fim a associação entre estes.

O estudo teve como população alvo o ficheiro de pessoas com HTA, de uma USF do concelho de Barcelos, distrito de Braga. Foram assim identificadas 2227 pessoas com o diagnóstico de HTA, representando 19,6% dos inscritos. Como se tratava de um número

elevado de pessoas, optámos por proceder a uma amostragem probabilística aleatória sistemática, visto que pretendíamos que a amostra fosse representativa da população. Obtivemos então uma amostra de 361 pessoas, sendo que vinte e oito se recusaram a participar no estudo, uma transferiu a inscrição para outra unidade de saúde e três foram substituídas pelo elemento do ficheiro de pessoas imediatamente a seguir por se encontrarem ausentes do país. Deste procedimento resultou a participação de 332 pessoas.

Os dados sociodemográficos revelaram uma discrepância na repartição dos sexos, uma vez que 59,3% dos inquiridos são do sexo feminino e 40,7% do sexo masculino. Estes resultados discordam dos estudos de Macedo [et al.] (2007) e de Cortez-Dias [et al.] (2009), nos quais verificámos uma prevalência da HTA superior nos homens.

Esta maior percentagem de mulheres pode ser explicada pela sua maior percentagem na população. Existem outros factores que podem explicar esta diferença como a maior esperança de vida das mulheres, uma maior tendência para o aparecimento de HTA com a idade ou, então, pelo consumo de álcool e tabaco, que nesta população se revela superior nos homens, originando uma maior morbilidade e mortalidade.

A idade variou entre 27 e 95 anos, com uma idade média de $64,33 \pm 12,38$ anos e mediana de 65,5 anos, valores superiores aos encontrados por Cortez-Dias [et al.] (2009).

Ao compararmos os valores obtidos neste estudo com os do Macedo [et al.] (2007), verificámos que a diferença é ainda mais evidente. Esta diferença pode advir da variação significativa regional na prevalência de HTA (Macedo [et al.], 2007) ou dos estilos de vida e hábitos alimentares adotados. A pirâmide etária desta população, cujo índice de envelhecimento é de 103,17%, também pode explicar esta diferença.

A proporção de indivíduos casados ou que vive em união de facto é elevada (75,9%), valor acima do observado por Macedo [et al.] (2007). Este facto pode estar relacionado com a ruralidade de algumas freguesias deste concelho, pela conceção tradicional de casamento e respetiva prática religiosa.

O número de famílias unipessoais é baixo (5,1%), o que pode ser explicado ou pela religiosidade, ruralidade ou pela situação socioeconómica que o país atravessa, que leva muitos filhos a regressarem a casa dos pais.

O número elevado de famílias “em casal” (35,2%), o número de famílias “nucleares” (30,1%) e “alargadas” (16,2%), vão ao encontro do observado por Macedo [et al.] (2007), cuja maioria da amostra era constituída por 60,7% de pessoas casadas ou em união de facto. Todos estes dados podem estar relacionados com a ruralidade de algumas freguesias e características demográficas das mesmas, assim como pela religiosidade.

A maioria dos inquiridos pertence à classe socioeconómica média baixa (69,9%), que se caracteriza por ser uma população com poucos recursos económicos, baixa escolaridade e baixo estatuto social. Todos estes fatores são considerados de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas e são determinantes estruturais importantes porque geram uma estratificação social. Nestes casos é necessária uma intervenção que exige a implementação de ações coordenadas e coerentes entre si por parte de todos os setores da sociedade (OMS, 2011).

Os valores tensionais sistólicos observados, com uma média de $141,33 \pm 15,14$ mmHg, e os diastólicos, com uma média de $77,73 \pm 11,05$ mmHg, são semelhantes aos encontrados por Cortez-Dias [et al.] (2009), valores que questionam a eficácia das terapêuticas instituídas e da adesão ao regime terapêutico.

Verificámos valores tensionais normais em 39,2% dos inquiridos, o que é superior ao observado por Macedo et al. (2007). Esta diferença pode decorrer da elevada adesão medicamentosa observada.

Observámos que a média de perímetro abdominal de $94,27 \pm 14,15$ cm se encontra acima do observado por Macedo [et al.] (2007). Deste modo, os valores encontrados para o perímetro abdominal encontram-se elevados em 22,3% dos homens e 44,3% das mulheres. Este é um fator de risco para o aparecimento de complicações cardiovasculares e os valores que obtivemos demonstram uma adesão ao regime terapêutico ineficaz, visto que a referida adesão engloba os cuidados alimentares e a prática de atividade física regular.

Realizámos a avaliação do peso e da altura das pessoas para calcular o índice de massa corporal (IMC), que constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, quando aumentado.

Neste estudo verificámos que a maioria dos inquiridos apresenta excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade classe I (29,6% dos homens e 29,9% das mulheres), valores que se encontram acima dos observados por Macedo [et al.] (2007), constituindo um grave fator de risco para o aparecimento de complicações cardiovasculares, sendo que no caso das pessoas com HTA esse risco já se encontra aumentado.

Tal como o perímetro abdominal, o IMC elevado pode dever-se a uma fraca adesão à atividade física regular e aos cuidados dietéticos, o que justifica a necessidade de reorientar as práticas dos profissionais de saúde, nas intervenções de educação para a saúde que realizam junto das pessoas com hipertensão arterial.

O diagnóstico de HTA pode ser um agente stressor, dado que acarreta alteração do estilo de vida e da dieta alimentar. É neste âmbito que o SOC pode surgir como uma ferramenta útil para a avaliação da capacidade do indivíduo lidar com estes agentes.

Utilizámos uma média proporcional para cada escala e o valor obtido nas diferentes capacidades (compreensão; gestão; investimento) foi semelhante entre elas ($4,16 \pm 0,808$; $4,67 \pm 0,917$; $4,54 \pm 0,995$).

O valor do score do SOC apresentou uma grande variação, pelo que verificámos que existem indivíduos com um SOC muito baixo e, em contrapartida, outros com um SOC muito elevado. Podemos atribuir estas diferenças a inúmeros fatores, como a baixa escolaridade, a baixa autoestima, os baixos rendimentos e a crise.

É necessário investir em programas que para além de capacitar o cidadão para gerir a sua doença crónica, aumentem, ao mesmo tempo, a sua resiliência perante situações adversas e geradoras de stress.

A classificação social, que obtivemos através do recurso à escala de Graffar adaptada, que efetua a cotação da profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência, revelou que a maioria dos inquiridos pertence à classe média baixa e à classe média.

Carneiro (2012) verificou uma correlação positiva e bastante elevada e uma correlação positiva e moderada do SOC com o estatuto profissional e os anos de escolaridade, respetivamente. Tendo em conta o observado por este autor, concluímos que é necessária uma intervenção junto das pessoas com pouca escolaridade e baixos rendimentos, com a finalidade de os capacitar para gerir eficazmente o seu capital de saúde. Estarão, desta forma, aptos para intervir ao nível da prevenção do aparecimento da HTA, ou do diagnóstico precoce e prevenção de complicações, o que se traduzirá em ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde poderão servir neste âmbito, elegendo a USF como o espaço de eleição para a atuação ao nível dos determinantes da saúde, devido à proximidade com as populações, à resposta personalizada e à facilidade de acesso.

À data da colheita de dados, a maioria dos inquiridos fazia medicação anti-hipertensiva (97,3%), valor extremamente elevado quando comparado com o de Macedo [et al.] (2007). O fator que pode explicar a diferença destes dados é o facto de estas pessoas possuírem assistência de saúde numa USF, com uma metodologia de trabalho e objetivos específicos a atingir.

Relativamente ao grupo de fármacos mais utilizado, observámos ser o dos diuréticos (59,5%), seguido do grupo dos ARA (53,2%) e por último o dos IECA (35,3%). Estes valores encontram-se em consonância com o observado por Cortez-Dias [et al.] (2009), e vai ao encontro do preconizado pela DGS, que os considera como fármacos de primeira linha na abordagem medicamentosa da HTA.

O número médio de fármacos prescritos para a HTA parece revelar-se baixo ($1,97 \pm 0,82$), visto que a ARS Norte tem um indicador contratualizado com as USF's "proporção de utentes com 75 ou mais anos de idade, com prescrição crónica inferior a 5 fármacos".

No entanto, uma percentagem reduzida dos inquiridos consome 5 fármacos (0,9%), o que poderá indiciar o incumprimento deste indicador. Por outro lado, pode ser explicado pela baixa adesão à atividade física e aos cuidados dietéticos, que levam a um número maior de fármacos prescritos.

A ilação que podemos retirar destas premissas é que o melhoramento da adesão ao nível de atividade física e dos cuidados dietéticos pode conduzir quer a uma redução da prescrição do número de fármacos, quer a uma redução nos custos com a saúde. Neste sentido, os enfermeiros como elementos próximos das populações, podem e devem intervir no sentido de aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso, visando um controlo mais eficaz dos valores de PA e, ao mesmo tempo, potenciando os efeitos da medicação prescrita e diminuindo a necessidade de prescrição adicional de fármacos.

A adesão medicamentosa, avaliada através da MAT, é elevada ($5,63 \pm 0,46$), tal como verificou Cruz (2009), Pinto & José (2012) e Giroto [et al.] (2013). De facto, a adoção da terapêutica instituída parece ser eficaz nesta população. No entanto, este método de avaliação cinge-se apenas às respostas dos inquiridos e não podemos confirmar através de métodos diretos a toma efetiva da medicação.

Podemos explicar esta elevada adesão com o facto de o número de famílias unipessoais ser muito baixo nesta população, existindo portanto uma rede de apoio ao cliente com HTA.

Apesar da elevada adesão medicamentosa, verificámos que o descuido com a hora de tomar a medicação, o esquecimento da toma de medicação e a interrupção da toma da mesmas, foram os itens que demonstraram os piores scores de adesão. Isto sugere a necessidade de um investimento na capacitação das pessoas, visando a adoção de estratégias facilitadoras da adesão medicamentosa em conjunto com a família.

Para fazer a avaliação da atividade física recorremos ao IPAQ, versão curta, onde pudemos constatar que 47,0% dos inquiridos apresenta uma atividade física baixa, valor ligeiramente superior ao encontrado por Martins [et al.] (2009), com 40% dos inquiridos a apresentar um baixo nível de atividade física, utilizando o mesmo instrumento.

O avançar da idade parece surgir como um preditor de baixa atividade física, o que pode ser explicado pelo declínio progressivo das capacidades físicas e o aumento da morbidade. No entanto, podemos colocar a questão desta escala apenas estar validada para os adultos (15 - 69 anos), o que pode ter originado algum enviesamento nos inquiridos com idade superior a 69 anos.

Observámos que 97,9% dos inquiridos faz 3 refeições principais por dia e 66,0% faz refeições intercalares com elas. A partir destes dados constatámos que uma percentagem significativa apenas faz 3 refeições por dia, o que nutricionalmente não é adequado. Numa alimentação adequada a pessoa deve efetuar pequenos lanches intercalados com as refeições principais para, deste modo, comer pequenas porções, divididas por diferentes horas do dia.

Tal comportamento pode ser explicado devido ao predomínio do sector secundário, em que os trabalhadores não efetuam pausas para lanchar, de modo a manter a produtividade, mas também por hábitos adquiridos no seio da sua família.

Consideramos crucial o envolvimento de todos os parceiros sociais, no sentido de promover a saúde desta comunidade, capacitando-os e responsabilizando-os também pela saúde da população.

Os maiores scores de consumo verificaram-se nos legumes, frutas e peixe e os piores nos farináceos, carnes gordas e gorduras. Estes comportamentos alimentares denotam já alguma preocupação com a adoção de uma dieta variada, nutricionalmente equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas e pobre em gorduras (totais e saturadas), tal como preconiza a DGS (2013a).

No entanto, 6,9% dos inquiridos consome gorduras diariamente e 0,6% carnes gordas. Apesar de a maioria adotar uma dieta mais saudável defendemos ser necessário continuar a investir na educação para a saúde na hipertensão, visando todas as dimensões da adesão ao regime terapêutico.

Constatámos que o consumo de sal está presente nas refeições em 96,1% dos inquiridos, no entanto 92,8% não apresenta o hábito de acrescentar sal no prato. Não podemos concluir que o consumo de sal nesta população é o preconizado pela DGS (2013a), porque o questionário não nos permite quantificar o número de gramas ingerido por dia. Contudo, considerámos benéfico para a saúde o facto de não acrescentarem sal à comida do prato, desconhecendo se na sua confeção foi usado em demasia.

Diariamente, os métodos de confeção dos alimentos mais utilizados são os cozidos (30,7%) e os grelhados (7,5%), revelando estes também algum cuidado na escolha dos métodos de confeção, visto que estes são considerados mais saudáveis. Ressalvamos

ainda que 27,4% dos inquiridos nunca utiliza a fritura e 24,7% consome alimentos fritos uma vez por mês, o que enfatiza o cuidado na escolha do método de confeção. A gordura mais utilizada na confeção dos alimentos é o azeite (56,3%), que é a gordura monoinsaturada aconselhada pela DGS (2013a).

O consumo de tabaco revelou-se muito baixo (3,3%), no entanto este consumo existe em média há $39,82 \pm 22,21$ anos e é exclusivo dos homens. Atribuímos este consumo ao facto de ter sido iniciado na juventude e perdurado até à velhice, manifestando-se ainda o preconceito do sexo que vigorou durante anos.

Por este motivo, consideramos imprescindível investir na criação de consultas de cessação tabágica, ao nível das USF's e UCSP's, capazes de auxiliar a pessoa no processo de desabitação tabágica, num local próximo, acessível e com profissionais capazes de dar uma resposta individualizada.

O consumo de álcool revelou-se muito superior ao do tabaco, com 46,4% dos inquiridos, talvez por ser mais aceite pela sociedade. Observámos que este consumo é maior nos homens (63,7%) do que nas mulheres (34,5%), o que pode ser explicado pela ruralidade e pelas concepções tradicionais sobre o papel da mulher que ainda perduram.

As bebidas alcoólicas mais consumidas em média são o vinho ($54,31 \pm 57,67$ cl) e a cerveja ($16,35 \pm 20,418$ cl), o que pode ser explicado pela facilidade de acesso a estas bebidas e pela tradição do seu consumo na região. Outro fator, ainda, explica-se pelo cultivo de vinhas nas beiras dos campos de cultivo para consumo próprio, o que constitui uma prática comum nesta área geográfica. O consumo de outras bebidas alcoólicas revela-se baixo, talvez por possuírem um método de confeção específico e mais trabalhoso, ou devido às condições socioeconómicas da população na atualidade.

Consideramos a força das correlações verificadas nesta população muito baixas: SOC e a adesão medicamentosa, SOC e consumo de gorduras, SOC e consumo de carnes gordas; e baixas: SOC e o consumo de fritos. A força das correlações verificadas denota que não há relação de associação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico, nas suas diferentes dimensões. Existem outros fatores que poderão intervir e influenciar a adesão ao regime terapêutico.

Este dado é pertinente, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, visto que reitera a necessidade duma educação para a saúde personalizada. Por outro lado, reafirma a necessidade de haver um envolvimento e uma capacitação do cidadão para a gestão da hipertensão arterial, possibilitando a aquisição de um maior domínio sobre os determinantes da sua saúde, sendo esse momento como um ponto de partida para a mudança de comportamentos e o estabelecimento de novos hábitos de vida.

CONCLUSÕES

A investigação em Enfermagem é imprescindível na busca da melhoria dos cuidados, perspetivando uma melhoria dos indicadores de saúde e tornando os cuidados cada vez mais humanizados.

A saúde resulta de um processo dinâmico e contínuo, visando a obtenção de um estado de equilíbrio, proporcionando o controlo do sofrimento, bem-estar físico e conforto emocional, espiritual e cultural. A Enfermagem possui um lugar privilegiado para auxiliar a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, na persecução e promoção dos seus projetos de saúde (OE, 2009).

Para tal, consideramos que o enfermeiro deve adotar o papel de mediador, gerindo os recursos para dar resposta aos desafios de saúde e intervindo na alteração de comportamentos. A adoção de estilos de vida saudáveis, visando uma promoção da saúde efetiva, é um objetivo que está alicerçado nas orientações internacionais e no PNS, bem como nos programas de saúde e nos projetos institucionais.

Consideramos importante a integração do conceito SCO, no âmbito da promoção da saúde, pois é um fator inovador nas políticas de saúde e reflete uma orientação global, uma maneira de olhar o mundo (Antonovsky, 1987), proporcionando uma educação para a saúde mais personalizada. Permite, ainda, o empoderamento e a capacitação do cidadão, para que este tenha um maior domínio sobre os determinantes da sua saúde.

A intervenção ao nível da mudança dos estilos de vida contribui para a promoção da saúde, prevenção e controlo da doença, bem como para a redução dos custos (pessoais, sociais e económicos), decorrentes do tratamento das doenças crónicas não transmissíveis.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 salienta que é necessário intervir, tão precoce quanto possível, nas doenças crónicas e nas suas complicações. Para isso é fundamental recorrer ao rastreio, ao diagnóstico precoce, apostar na promoção da adesão ao regime terapêutico, assim como na reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais. Ao caminharmos neste sentido estaremos a promover a saúde ao longo do ciclo de vida (DGS, 2012).

A HTA constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares (WHO, 2013) e sendo uma doença crónica (DGS, 2013b), é crucial investir na educação para a saúde das pessoas com HTA, no sentido de minimizar o aparecimento de doenças cardiovasculares e as complicações da HTA. Para tal, é necessário melhorar a adesão ao regime terapêutico, em todas as suas dimensões.

Foi neste âmbito que inserimos o presente estudo, visando avaliar a associação entre o sentido de coerência e a adesão ao regime terapêutico na HTA. Concluímos que se verifica uma associação entre ambos, ainda que somente em algumas das componentes da adesão e com forças de associação baixas ou muito baixas.

Optámos por um estudo descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa, com uma amostra aleatória sistemática, para um estudo de prevalência, cuja mortalidade foi de 8%, tendo-se inquirido 332 pessoas, mantendo-se a representatividade.

A população caracteriza-se por ser, maioritariamente, do sexo feminino, casados ou a viver em união de facto, da classe média baixa, sendo o grupo etário mais representado o de 64 ou menos anos.

Constatámos que o perímetro abdominal era elevado em 22,3% dos homens e 44,3% das mulheres em relação ao preconizado pela DGS (2013a) para a HTA. Este aspeto constitui, por si só, um fator de risco para o aparecimento de complicações cardiovasculares.

Observámos que a maioria dos inquiridos revelava excesso de peso (46,3% dos homens e 38,6% das mulheres) ou obesidade classe I (29,6% dos homens e 29,9% das mulheres), o que constitui um grave fator de risco para o aparecimento de complicações cardiovasculares. No caso das pessoas com HTA este risco encontra-se aumentado.

O predomínio do perímetro abdominal aumentado aliado ao predomínio de IMC aumentado, sugerem uma adesão ao regime terapêutico ineficaz, nomeadamente no que se refere à adesão à prática de exercício físico.

Predominam as pessoas com valores tensionais sistólicos elevados, denotando eventual menor adesão à atividade física e aos cuidados dietéticos, visto que a adesão medicamentosa se demonstrou elevada (média de $5,63 \pm 0,46$).

A prescrição de fármacos para a HTA está em consonância com as orientações da DGS (2013a), revelando-se os diuréticos como os mais utilizados.

Observámos no nosso estudo, uma fraca adesão à atividade física, sendo que metade dos inquiridos apresentava atividade física baixa. Este aspeto pode sugerir dificuldade em aderir a estilos de vida mais saudáveis, por esse motivo consideramos importante reiterar a necessidade de se investir na educação para a saúde.

Os cuidados dietéticos que estudámos revelaram-se bons, visto que a maioria dos inquiridos faz 5 refeições por dia, não acrescenta sal no prato, consome fruta todos os dias e utiliza azeite na confeção dos alimentos. No entanto, o instrumento de colheita de dados não nos permitiu avaliar a quantidade de sal ou de alimentos, e como tal posicionar os indivíduos na categoria de alimentação adequada ou desadequada.

Relativamente ao consumo de álcool constatámos que era elevado, sendo que metade dos inquiridos consumiu bebidas alcoólicas nos últimos sete dias, revelando-se o vinho a bebida com consumo mais elevado ($54,31 \pm 57,665$ cl).

O consumo de tabaco revelou-se baixo mas é um comportamento que perdura no tempo (média de $39,82 \pm 22,21$ anos).

Ao analisarmos os consumos de tabaco e álcool tendo em conta o sexo, verificámos que o primeiro é exclusivo dos homens e estão em maioria no segundo. Este facto é importante para a prática de cuidados de saúde, tendo em consideração o sexo.

Constatámos que os valores do SOC para cada uma das dimensões se encontram próximos dos valores médios dos itens (4,5), o que não revela elevado sentido de coerência.

As correlações entre o SOC e a adesão medicamentosa, o consumo de gorduras e consumo de carnes gordas são muito baixas. Já as correlações entre o SOC e o consumo de fritos são baixas, o que poderá sugerir que outros fatores podem intervir e influenciar a adesão ao regime terapêutico.

Posto isto, reiteramos ser crucial melhorar a adesão ao regime terapêutico, principalmente no que diz respeito à adesão à atividade física e aos cuidados dietéticos. Esta melhoria permitirá reduzir os custos com o tratamento da HTA, melhorando a eficácia do mesmo. Para tal, consideramos que os enfermeiros, dada a sua proximidade com as populações, devem intervir no sentido de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso. Poderão fazer, assim um controlo mais eficaz dos valores de TA e simultaneamente, potenciar os efeitos da medicação prescrita e diminuir a necessidade de prescrição de mais fármacos.

Neste sentido, os Cuidados de Saúde Primários estão numa posição privilegiada para o diagnóstico e tratamento precoce das doenças crónicas, nomeadamente as USF's e as UCSP's.

No decurso da redação deste relatório, identificámos algumas limitações do estudo. A primeira consiste na escolha do IPAQ – versão curta que não foi a melhor para avaliar a atividade física. Apesar de ter sido validado para Portugal, apenas o foi para idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos. Este facto constitui uma fragilidade da utilização deste questionário, podendo ter originado algum enviesamento nas respostas das pessoas com mais de 69 anos.

Outra limitação diz respeito ao questionário de caracterização dos cuidados dietéticos, que apesar de nos possibilitar uma caracterização geral da alimentação, do consumo de álcool

e tabaco, através de uma série de questões subjetivas, não nos permite, no entanto, quantificar as quantidades consumidas. Apenas se procedeu à avaliação dos alimentos que os participantes referem consumir.

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

Sendo assim, propomos que se realizem mais projetos de intervenção, com metas bem definidas, visando a melhoria dos resultados da adesão ao regime terapêutico. A realização desses estudos de intervenção pode contribuir para a redução de custos e prevenção de complicações decorrentes da HTA nas pessoas, com assistência de saúde nos CSP.

Neste âmbito, os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, que integram as unidades de cuidados na comunidade, deverão desempenhar um papel relevante no planeamento, gestão, intervenção e avaliação destes projetos.

Os projetos devem ser implementados junto das populações e com as populações, para deste modo, se alcançarem mais ganhos em saúde. A intervenção dos profissionais de saúde deve, por um lado, incorporar as populações no planeamento de estratégias para melhorar a sua saúde, e por outro capacitá-las e responsabilizá-las pela sua saúde.

Consideramos pertinente a elaboração de mais estudos acerca dos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico na HTA e de medidas capazes de incrementar a mesma. Estudar a influência da consulta de enfermagem no processo de adesão ao regime terapêutico é um caminho pertinente que não deve ser descurado.

A consulta de enfermagem constitui uma ferramenta útil para a capacitação da pessoa com HTA, com assistência de saúde nos CSP, e permite a avaliação das capacidades da pessoa, para trabalhar com ela, no sentido de melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Sugerimos a execução de estudos de investigação com o intuito de avaliar o conhecimento das pessoas com hipertensão arterial, o que permitiria conhecer melhor o problema da adesão ao regime terapêutico.

Para finalizar, referimos como relevante a continuidade de investigação nesta área da adesão ao regime terapêutico nas pessoas com hipertensão arterial. Desta forma, será possível contribuir para o desenvolvimento do conhecimento acerca da intervenção de Enfermagem na HTA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGLETON, Peter – **Health**. Londres: Routledge, 1990. ISBN:0-415-00816-6.
- ANTONOVSKY, Aaron - **Unraveling the Mystery of Health**. San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers, 1987. ISBN:1-55542-028-1.
- ANTONOVSKY, Aaron – Complexy, conflit, chaos, coherence, coercion and civility. **Social Science & Medicine**. Vol. 37, N°8 (1993a), p. 969-981.
- ANTONOVSKY, Aaron – The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science & Medicine**. Vol. 36, N°6 (1993b), p. 725-733.
- ANTONOVSKY, Aaron - The salutogenic model as theory to guide health promotion. **Health Promotion Internacinal**. Vol. 11, N°1 (1996), p. 11-18.
- BACKES, Marli Terezinha Stein [et al.] - Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**. Vol. 17, N°1 (2009), p.111-117.
- BENDEL, Jürgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard– **What keeps people healthy**. Cologne: Federal Centre for Health Education,1999. ISBN:3-933191-20-3.
- BIRCHER, Johanes – Towards a dynamic definition of health and disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**. Vol. 8, N°3 (2005), p.335-341.
- BOSCAGLIA, Nadia; CLARKE, David M. – Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recente diagnosis of gynaecological cancer. **Psycho-Oncology**. Vol.16, N°.3 (2007), p.189–195.
- BUGALHO, António; CARNEIRO, António Vaz. - **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. Lisboa : Ensaio de Cor, Lda., 2004.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto - A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Vol.17, N°1(2007), p. 77-93.
- CABRAL, Manuel Vilaverde; SILVA, Pedro Alcântara da - **A Adesão à Terapêutica em Portugal**. Lisboa : ICS, 2010. ISBN:978-972-671-257-2.
- CARNEIRO, Francis Anne Teplitzky – **O Sentido Interno de Coerência em mulheres com mais de 74 anos com e sem diagnóstico de cancro da mama**. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2006. Tese de Mestrado.
- CARRAGETA, M. - **Como ter um coração saudável**. Lisboa: Editora Âncora, 2010. ISBN:978-972-780-265-4.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2010. ISBN 978-924-856-370-6.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN:978-92-95094-35-2.

CORTEZ-DIAS, Nuno [et al.] - Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. **Revista Portuguesa de Cardiologia.** Vol. 28, Nº5 (2009),p. 499-523.

COSTA, Maria Bénard da [et al.] - **Currículos Funcionais Vol.II: Instrumentos para o desenvolvimento e aplicação.** Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 1996. ISBN:972-8353-14-6.

CRAIG, Cora L. [et al.] - International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. **Official Journal of the American College of Sports Medicine.** Vol. 35, nº. 8 (2003), p.1381-1395.

CRUZ, Inês - A Adesão ao Regime Terapêutico nos Doentes Hipertensos. **Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte.** Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. ISBN:978-989-96103-1-6 (2009).

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret - Policies and strategies to promote social equity in health. s.l. : **Institute for futures studies.** ISBN: 978-91-85619-18-4 (2007), p.2-64.

DECRETO-LEI nº 413/71. DR I Série. 228 (1971/09/27) 1406-1434.

DECRETO-LEI nº 414/71. DR I Série. 228 (1971/09/27) 1434-1445.

DECRETO-LEI nº 56/79. DR I Série. 214 (1979/09/15) 2357-2363.

DECRETO-LEI nº 74-C/84. DR I Série. 53 (1984/03/02) 732-(6)-732-(22).

DECRETO-LEI nº 157/99. DR I Série - A. 108 (1999/05/10) 2424-2435.

DECRETO-LEI nº 39/2002. DR Série I - A. 48 (2002/02/26) 1623-1624.

DECRETO-LEI nº 298/2007. DR I Série. 161 (2007/08/22) 5587-5596.

DECRETO-LEI nº 28/2008. DR I Série. 38 (2008/02/22) 1182-1189.

DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**. Vol. 2, Nº2 (Nov. 2001), p. 81-100.

DIAS, António Madureira [et al.] – Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. **Millenium**. Nº40 (Jun. 2011), p. 201-219.

DICKINSON, H.O. [et al.] – **Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials**. [s.l.]: University of York - Centre for Reviews and Dissemination, 2014.

DREVEBHORN, E. [et al.] - A Content Analysis Of Patient Centredness In Hypertension Care After Consultation Training For Nurses. **The internet Journal of Advanced Nursing Practice**. Vol.8, Nº2 [Em linha]. 2006. [Consultado em 22 Fevereiro 2014.]. Disponível na WWW:<URL:<http://ispub.com/IJANP/8/2/4855>.

ENGEL, George L - The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science, New Series**, Vol. 196, Nº 4286 (1977), p. 129-136.

ERIKSSON, Monica; LINDSTROM, Bengt - A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**. Vol. 23, Nº 2 (2008), p. 190-199.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta. - **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN:978-972-8930-83-7.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN:978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação: da conceptualização à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN:978- 972-8383-10-7.

FOSTER, Corey [et al.] - **Manual de Terapêutica Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. ISBN:978-1-60831-003-6.

FRISOLI, Tiberio - Salt and Hypertension: Is Salt Dietary Reduction Worth the Effort?. **The American Journal of Medicine**. Vol.125, Nº 5 (2012), p. 433-439.

GIROTTO, Edmarlon [et al.] -Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Colectiva**. Vol.18, Nº6 (2013), p. 1763-1772.

GRAÇA, Luís. - **Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa**. [Em linha]. [s.l.:s.n.] 2000. [Consultado em 6 Fevereiro 2014.]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos77.html>.

GUEDES, Nirla Gomes [et al.] - Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 25, Nº1 (2012), p. 151-156.

GUERRA, João. **Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crônica da SPMI**. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2009.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do Planeamento da Saúde. Manuel para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Edições de Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública, 1986.

IPAQ - Guidelines for data processing and analysis of the Internacional physical Activity Questionnaire (IPAQ) - short and long forms. [Em linha] [s.l.:s.n.] 2005. [Consultado em 2 de fevereiro de 2014.] www.ipaq.li.se.

JONES, Giselle - Prescribing and taking medicines. **BMJ**. Vol. 327, (11 October 2003), p. 819-820.

KÉROUAC, S. [et al.] - **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, S.A., 1996. ISBN:84-458-0365-4.

KOCHAR, Mahendr S. [et al.] - **Kochar: Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN:85-277-0933-3.

KOUVONEN, Anne M [et al.] - Sense of coherence and diabetes: A prospective occupational cohort study. **BMC Public Health**. Vol. 8, Nº46 (2008).

LALONDE, Marc - A New Perspective on the Health of Candians. [s. l.] : Government of Canada, 1981. ISBN:0-662-50019-9.

LAVERACK, Glenn - **Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN:978-989-8075-09-3.

LINDMARK, Ulrika [et al.] - Food selection associated with sense of coherence in adults. **Nutrition Journal**. Vol. 4, Nº9 (2005), p. 4-9.

LINDSTRÖM, Bengt; ERIKSSON, Monica - Salutogenesis. **Journal of Epidemiology & Community Health**. Vol. 59, Nº 6 (2005), p. 440-442.

LINDSTRÖM, Bengt; ERIKSSON, Monica - Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. **Health Promotion International**. Vol. 21, Nº3 (2006), p. 238-244.

MACARIE, George [et al.] - Sense of Coherence in Long-Term Adversity Conditions - Where Does it Help? **Social and Behavioral Sciences**. Vol. 92, (Out. 2013), p. 915-919.

MACEDO, Mário Espiga de [et al.] - Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol.26, Nº1 (2007), p.21-39.

MACHADO, Humberto [et al.] - Prevalência do diagnóstico de hipertensão arterial em Pessoas Sedentárias e em Praticantes de Exercício Físico, na Cidade do Porto. *Acta Médica Portuguesa* Vol.23, Nº2 (2010), p. 153-158.

MANCIA, Giuseppe [et al.] - 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. **Journal of Hypertension**. Vol. 31, Nº7 (2013), p. 1281-1357.

MANFRINI, Gisele Cristina; BOEHS, Astrid Eggert. - Cuidando de famílias rurais na perspectiva do desenvolvimento da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol. 4 (2005), p. 213-233.

MARTINS, Maria do Céu Antunes. - **A Promoção da saúde: percursos e paradigma**. [s.l.: s.n.]. 2005.

MARTINS, Larissa Castelo Guedes [et al.] - Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.17, Nº4 (2009).

MAYER, Claude-Hélène; CHRISTIAN, Boness - Interventions to promoting sense of coherence and transcultural competences in educational contexts. **International Review of Psychiatry**. Vol. 23, Nº 6 (2011), p. 516-524.

MEDRONHO, Roberto A. - **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003. ISBN:85-7379-406-2.

MELEIS, Alaf Ibrahim - **Transition Theory**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN:978-0-8261-0534-9.

MERAKOU, K. [et al.] - Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. **Mental Health in Family Medicine**. Vol. 10, Nº (2013), p.3-13.

NILSSON, Benit [et al.] - Sense of coherence: stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. **Scandinavian Journal of Public Health**. Vol. 31, Nº4 (2003), p. 297-304.

NUNES, Saboga - **O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 1999. Tese de Mestrado.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes [et al.] - Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 26, Nº2 (2013), p. 179-84.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN: 978-989-96021-9-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **REPE - Estatuto**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Diminuindo as diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. ISBN: 978 92 4 850240 8.

ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS - **CONSTITUTION OF WHO - Basic Documents. Forty-fifth edition. Supplement**. New York: ONU, 2006.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - **Citizens as Partners**. Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making. Paris: OECD, 2001. ISBN:92-64-19539-4.

PERDIGÃO, Carlos; MAIA, Conceição - Hipertensão de difícil controle em medicina familiar. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol.16, Nº1 (2009) p. S2-S4.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 1998. ISBN:972-618-181-X.

PINTO, Ana Paula Parreira Palmeirinha; JOSÉ, Helena Maria Guerreiro - Hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico nos Cuidados de Saúde Primários. **Journal of Nursing**. Vol.6, Nº7 (2012), p.1638-1647.

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: DGS, 2004.

PORTUGAL^a. Direcção-Geral de Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2012.

PORTUGAL^b. Direcção-Geral de Saúde - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável**. Lisboa: DGS, 2012.

PORTUGAL^a. Direcção-Geral de Saúde - **Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial**. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL^b. Direcção-Geral de Saúde - **Hipertensão arterial: definição e classificação**. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Anuário Estatístico da Região Norte 2012**. Lisboa: INE, 2013. ISBN:978-989-25-0218-2.

PUDDEY, Ian B.; BEILIN, Lawrence J. - alcohol is bad for blood pressure. **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology**. Vol.33, Nº 9 (2006), p. 847-852.

SAGY, Shifra; ANTONOVSKY, Helen - Structural Sources Of The Sense of Coherence: Two lifes stories of Holocaust Survivors in Israel. **Israel J. Med. Sci.** Vol. 32, Nº2 (1996), p. 1-32.

SAMAL, Sarangadhar; BIRCHER, Johannes - What is Health? Why do we Need to Know it? Manual for the implementation of the meikirch model. [s.l.: s.n.], 2011.

SCLIAR, Moacyr - História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 17, Nº1 (2007), p. 29-41.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho - O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 31, Nº5 (1997), p.538-542.

SILAROVA, Barbora [et al.] - Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients. **Quality of Life Research**. Vol. 21, Nº10 (2012), p. 1863-1871.

SIQUEIRA, Karina Machado [et al.] - Crenças Populares referentes à Saúde: Apropriação de Saberes Sócio-Culturais. **Textos e Contextos**. Vol. 15, Nº1 (2006), pp. 68-73.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 95, Nº 1 (2010), p. 1-51.

STRÜMPFER, Deo J.W.; BRUIN, Gideon P. de - Antonovsky's sense of coherence and job satisfaction: meta-analyses of South African data. **SA Journal of Industrial Psychology**. Vol. 35, Nº1 (2009), p. 172-174.

SUOMINEN, Sakari [et al.] - Sense of coherence and disability pensions. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns. **Journal of Epidemiology Community Health**. Vol. 59, Nº6 (2005), p. 455-459

TIMBY, Barbara K. - **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. São Paulo: Artmed, 1996. ISBN:85-7307-696-8.

ÜSTÜN & JAKOB. - **Re-defining "Health"**. [Em Linha]. Geneve: WHO, 2005. [Consultado em 29 Março 2014.]. Disponível na WWW:<URL:http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/.

VASTAMÄKI, Jaana; MOSER, Klaus; PAUL, Karsten Ingmar - How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. **Scandinavian Journal of Psychology**. Vol. 50, Nº2 (2009).

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P. - Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**. Vol. 26, Nº5 (2001), p. 331 - 342.

WILLETT, Walter C. [et al.] - Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy. **The American Journal of Clinical Nutrition**. Vol. 61, nº. 6- suppl. (1995).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Adelaide Recommendations on Health Public Policy**. Geneve: WHO, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**. Geneve : WHO, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century**. Geneve: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Cuidados inovadores para condições crónicas. Componentes estruturais de acção**. Relatório Mundial. Genebra: WHO, 2002. ISBN:92-4159-017-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Genebra: WHO, 2003. ISBN:92-4-154599-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Bangkok : WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Ninth futures forum**. Copenhagen: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health-Promoting Health Systems**. Genebra: WHO, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - **Overview: 7th Global Conference on Health Promotion.** [Em linha] Geneve: WHO, 2009b. [Consultado em: 29 Abril 2014.] Disponível na

WWW:<URL:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index1.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation.** Genebra: WHO, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global recommendations on physical activity for health.** Genebra: WHO, 2010b. ISBN:978-92-4-159-997-9 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis.** Geneva: WHO, 2013a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Helsinqui Statement on Health in all Policies.** Helsinqui: WHO, 2013b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Impact Assessment (HIA) - The determinants of health.** [Em linha]. Geneve: WHO, [s.d.]. [Consultado em 2 Maio 2014]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNACIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP. - 2003 World Health Organization (WHO)/Internacional Society of Hypertension (ISH). **Journal of Hypertension.** Vol. 21, nº 11 (2003), p. 1983-1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

I - Caracterização Sociodemográfica

1. Data de Nascimento _____

2. Sexo (assinale com uma cruz)

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil (assinale com uma cruz)

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)/ União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>

4. Com quem vive (assinale com um X, na(s) quadrícula(s) correspondente(s) à sua situação)?

Sozinho	<input type="checkbox"/>
Cônjuge/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>
Filhos	<input type="checkbox"/>
Outros familiares	<input type="checkbox"/>
Outras pessoas	<input type="checkbox"/>

Quem? _____

Quem? _____

II - Caracterização clínica

5. Em que ano foi diagnosticada a HTA? _____

6. TA: ____/____ mmHg (refere-se à avaliação no momento do questionário)

7. Perímetro abdominal _____ cm

8. Peso _____ Kg

9. Altura _____ cm

10. Toma medicação para a Hipertensão arterial?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se toma, especifique qual/quais o(s) medicamento(s):

11.

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

(Se respondeu **Não** passe à **Questão 14**)

Fuma?

12. Há quantos anos? _____

13. Quantos cigarros fuma em média por dia? _____

14. Nos últimos 7 dias bebeu bebidas alcoólicas? (assinale com uma cruz)

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

(Se respondeu **Não** avance para a **Questão 25**)

15. Nos últimos 7 dias, quantos dias bebeu vinho? _____ dias

16. Se bebeu vinho nos últimos sete dias, quanto é que bebeu, em média, por dia?
_____ cl

17. Nos últimos 7 dias, quantos dias bebeu cerveja? _____ dias

18. Se bebeu cerveja nos últimos sete dias, quanto é que bebeu, em média, por dia?
_____ cl

19. Nos últimos 7 dias, quantos dias bebeu bagaço/aguardente? _____ dias

20. Se bebeu bagaço/aguardente nos últimos 7 dias, quanto é que bebeu, em média, por dia?
_____ cl

21. Nos últimos 7 dias, quantos dias bebeu vinho do Porto/ Martini/ Licores?
_____ dias

22. Se bebeu vinho do Porto/ Martini/ Licores nos últimos 7 dias, quanto é que bebeu, em média, por dia?
_____ cl

23. Nos últimos 7 dias, quantos dias bebeu whisky/Gin/Vodka? _____ dias

24. Se bebeu whisky/Gin/Vodka nos últimos 7 dias, quanto é que bebeu, em média, por dia?
_____ cl

III – Escala de Graffar Adaptada

Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência
<ul style="list-style-type: none"> _ Gr. Industriais e comerciantes _ Gestores de topo do sector público ou privado (>500 empregados) _ Professores Universitários (com Doutoramento) _ Brigadeiro/General/Marechal _ Profissões liberais de topo _ Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Licenciatura _ Mestrado _ Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> _ Lucros de empresas, de propriedades _ Heranças _ Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> _ Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> _ Zona residencial elegante
<ul style="list-style-type: none"> _ Médios Industriais e comerciantes _ Dirigentes de médias empresas _ Agricultores/Proprietários _ Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado _ Oficiais das Forças Armadas _ Profissões liberais _ Professores Ens. Básico _ Professores Ens. Secundário _ Professores universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> _ Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> _ Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> _ Bom Local
<ul style="list-style-type: none"> _ Peq. Industriais e Comerciantes _ Quadros médios; Chefes de Secção _ Emp. Escritório (grau↑) _ Médios agricultores _ Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> _ 12º Ano _ Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> _ Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> _ Zona Intermédia
<ul style="list-style-type: none"> _ Peq. Agricultores/Rendeiros _ Enp. Escritório (grau↓) _ Operários semi-qualificados _ Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> _ Escolaridade ≥4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional _ Pensionistas ou reformados _ Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> _ Bairro social/ operário _ Zona antiga
<ul style="list-style-type: none"> _ Assalariados agrícolas _ Trabalhadores Indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> _ Não sabe ler ou escrever _ Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> _ Assistência (subsídios) _ RMG 	<ul style="list-style-type: none"> _ Impróprio (barraca, andar ou outro) _ Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> _ Bairro de lata ou equivalente

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population". Courier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp.455-459. Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

III - Caracterização da alimentação

25. Quantas refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar) toma habitualmente ao dia? _____

Responda a todas as questões, assinalando com um X, na quadrícula correspondente á opção que na sua opinião seja mais adequada à situação.

26. Come habitualmente fora das refeições principais?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se sim, quantas vezes? _____

27. Com que frequência ingere os seguintes alimentos?	Todos os dias	Alguns dias por semana	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Nunca
Legumes	<input type="checkbox"/>				
Frutas	<input type="checkbox"/>				
Gorduras	<input type="checkbox"/>				
Conservas	<input type="checkbox"/>				
Peixe	<input type="checkbox"/>				
Carnes gordas (carne com gordura visível)	<input type="checkbox"/>				
Carnes Magras (frango, coelho, peru...)	<input type="checkbox"/>				
Batata/Arroz/Massa	<input type="checkbox"/>				
Outros alimentos, quais? _____	<input type="checkbox"/>				

28. Usa sal na alimentação?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

	Sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
29. Acrescenta sal no prato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Em relação ao modo como os alimentos são confeccionados, quais os que ingere habitualmente?	Todos os dias	Alguns dias por semana	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Nunca
Grelhados					
Cozidos					
Estufados/Guiçados					
Fritos					
Assados					

31. Qual é a gordura mais utilizada na confecção dos alimentos que come?

Óleo vegetal	
Azeite	
Margarina	
Manteiga	
Banha	

Medida De Adesão Aos Tratamentos (MAT)

(A.B. Delgado & M. L. Lima, 2001)

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

Questionário IPAQ – Versão Curta

(Craig et al, 2003)

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

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

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

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

Q.1 Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez **atividades físicas vigorosas**, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica atividades físicas **vigorosas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

Horas Minutos

Q.3 Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez **atividades físicas moderadas** como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou tênis de pares? Por favor não inclua o “andar” .

Dias

Q.4 Nos dias em que faz **atividades físicas moderadas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

Horas Minutos

Q.5 Diga-me, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

Dias

Q.6 Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

Horas Minutos

Q.7 Diga-me, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

Horas Minutos

Questionário “Orientação para Viver (SCO)”

(Nunes, 1999)

As questões desta escala permitem compreender a importância que assume o sentimento de coerência para a saúde. Responda a todas as questões, assinalando com um X, nas quadrículas numeradas entre 1 e 7, a opção que na sua opinião seja mais adequada à situação. Exemplo:

Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar	Muito frequentemente	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
---	----------------------	---	---	-------------------------------------	---	---	---	---	--------------------------

(Antonovsky, 1987.V. Port. Saboga Nunes, Luís Ângelo, 1999, in <http://www.salutogenesis.net.e-mail> saboga@salutogenesis.net)

1. Quando fala com as pessoas tem o sentimento que elas não a compreendem?	Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas tinha o sentimento que ...	As coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	As coisas iriam ser feitas
3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...	Como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Conhece-as muito bem
4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente não me interessa
5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
7. A vida é:	Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
8. Até hoje na vida...	Não consegui um projeto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Consegui um projeto e um rumo próprio
9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
10. Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido	Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível

11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...	Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aborrecidas
12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual sem saber o que fazer?	Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.	Consegue sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
14. Quando reflete sobre a sua vida, frequentemente...	Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio por que razão veio ao mundo
15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é...	Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
16. Aquilo que você faz diariamente é...	Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
17. A sua vida futura será profundamente cheia de mudanças sem você...	Prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver e seguir frente"
19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Fico com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá qualquer sentido, ou objetivo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projeto próprio
23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?	Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
24. Acontece-lhe sentir que não sabe exatamente o que está para acontecer	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

25. Muitas pessoas (mesmo as que tem forte carácter), muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência, já se sentiu assim no passado?	Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
26. Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:	Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou corretamente a dimensão do problema
27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia⁷ e a Convenção de Oviedo⁸

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

Título do estudo: Sentido de Coerência e Adesão Terapêutica no Cliente com Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários.

Enquadramento: Este estudo de investigação surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação do Professor Doutor Luís Graça. A realização deste estudo de investigação pretende avaliar a relação entre o sentido de coerência e a adesão terapêutica, em clientes com HTA na USF Alcaldes de Faria.

Explicação do estudo: Para a concretização deste estudo é necessário recolher dados, através do auto preenchimento de 6 questionários, nomeadamente: caracterização pessoal, hábitos alimentares, Índice de Graffar adaptado, MAT, IPAQ – versão curta e SCO, com a duração aproximada de 15 minutos e realizado na USF Alcaldes de Faria. A seleção dos participantes é aleatória, sendo que os clientes serão retirados da lista de clientes com Hipertensão Arterial de 6 em 6 utentes, partindo de um cliente aleatório.

Condições e financiamento: O cliente participará neste estudo de forma voluntária e gratuita, sem receber qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. O cliente tem direito a recusar participar do estudo, sem que sofra qualquer prejuízo. O estudo é financiado pela Investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

Confidencialidade e anonimato: É assumido o compromisso de respeitar o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade quanto aos dados recolhidos, que serão tratados de forma confidencial, nunca identificando o nome do participante e para uso exclusivo deste estudo. Todos os contactos serão realizados em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua participação.

Raquel Sofia da Silva Ferreira, Telemóvel: 925655026, correio eletrónico: rssfereira@sapo.pt
Enfermeira – USF Alcaldes de Faria

Assinatura/s do Investigador:

Assinatura/s do Participante:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGAD OR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSEN**

⁷ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁸ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ANEXOS

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO TESTE DE
MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS**

De: Luísa Lima [mailto:luisa.lima@iscte.pt]
Enviada: sexta-feira, 8 de Novembro de 2013 16:45
Para: LUIS GRAÇA
Cc: Raquel Ferreira (rssferreira@sapo.pt)
Assunto: Re: Pedido de autorização de utilização de escala

Caro colega,
tenho imenso gosto em saber que o instrumento vos será útil!
Um abraço, Luisa

No dia 8 de Novembro de 2013 às 15:53, LUIS GRAÇA <luisgraca@ess.ipvc.pt> escreveu:

Caro professora doutora

Maria Luísa Lima

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, oriento a mestranda Raquel Sofia da Silva Ferreira numa dissertação em que se pretende avaliar a adesão à terapêutica de doente com hipertensão.

Para tal pretendemos, entre outras variáveis, avaliar a adesão aos tratamentos. Para este efeito seleccionámos o MAT, pelo que solicitamos a autorização para a utilização deste questionário.

Certos da Vossa melhor atenção.

O orientador

Luís Carlos Carvalho da Graça

--

Luisa Pedroso de Lima
Professora Catedrática
Departamento de Psicologia Social e das Organizações
Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO IPAQ

De: Jorge Mota [<mailto:jmota@fade.up.pt>]
Enviada: sábado, 9 de Novembro de 2013 01:10
Para: LUIS GRAÇA
Assunto: RE: pedido de autorização para a utilização de escala

Caro Luis,

Na verdade eu e o Professor Luis Sardinha trabalhamos no grupo que validou , em diferente países, o instrumento.

Anexo o questionário.

Boa sorte e qualquer coisa, sempre ao dispor

Cumprimentos

Jorge Mota

From: LUIS GRAÇA [<mailto:luisgraca@ess.ipvc.pt>]
Sent: sexta-feira, 8 de Novembro de 2013 16:04
To: Jorge Mota
Subject: FW: pedido de autorização para a utilização de escala
Importance: High

Caro professor doutor

Jorge Mota

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, oriento a mestranda Raquel Sofia da Silva Ferreira numa dissertação em que se pretende avaliar a adesão à terapêutica de doente com hipertensão.

Para tal pretendemos, entre outras variáveis, avaliar a actividade física. Para este efeito seleccionámos o IPAQ – versão curta.

Não nos foi possível identificar o autor que validou este instrumento para Portugal. No entanto no artigo de GRAIG, C.L; [et.al.]. (2003) . International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine & Science in Sports & Exercise, verificamos que colaborou na implementação deste estudo, pelo que solicitamos a autorização para a utilização do questionário.

Certos da Vossa melhor atenção.

O orientador

Luís Carlos Carvalho da Graça

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

<IPAQ (2).pdf>

**ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A
SAÚDE**

Aces Cávado III - Barcelos/Esposende

De: "etica" <etica@arsnorte.min-saude.pt>
Data: quarta-feira, 9 de Abril de 2014 12:45
Para: "USF Alcides de Faria" <usfa1@gmail.com>; <rssferreira@sapo.pt>; <acesbaixocavado@csbarcelos.min-saude.pt>
Anexar: Parecer 13-2014.pdf
Assunto: Parecer, estudo: Sentido de coerência e a adesão terapêutica na hipertensão arterial
Exmos. Senhores

Junto se envia parecer homologado pelo Conselho Diretivo desta ARSN, referente ao estudo acima mencionado.

Com os melhores cumprimentos

Deolinda Neves
Assessora UIC/CES

- De-se conhecimento ao CES
- Comunique-se à interessada a autorização da realização do estudo, conforme anexo, e solicite que as conclusões do mesmo sejam do meu conhecimento

10.04.2014

Francisco Pereira
Director Executivo

O Conselho Clínico e Saúde
tomou conhecimento.

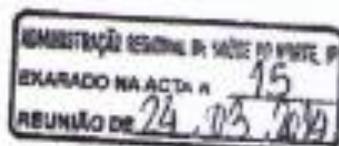
R.F.M.

Assin
F. M. S.
B. S. S.
R.F.M.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARERER Nº 14 DATA: 12 Mar 14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 13/2014

DELIBERAÇÃO UNANÍMIZAR
24.03.14

Logo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 13/2014 (sobre o estudo: "Sentido de coerência e adesão terapêutica na hipertensão arterial"), aprovado na reunião do dia 4 de Fevereiro de 2014, por unanimidade.

Rui Cerracón
Vogal C.D.

24/3/14
Rui Cerracón
Vice-Presidente do ...

A Consideração Superior

Declinda Neves
Assessora CEB/UIC

José Carlos Pedro
Vogal C. D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

*Am
2014*

Comissão de Ética para a Saúde

Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 13/2014

Sobre o estudo T/244 – Sentido de coerência e adesão terapêutica na hipertensão arterial

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T244, na sequência do pedido de parecer enviado à esta Comissão em Outubro de 2013, para a realização do estudo de investigação "Sentido de coerência e adesão terapêutica na hipertensão arterial". A investigadora Raquel Sofia da Silva Ferreira, é enfermeira, mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que exerce funções na USF Alcides Faria do ACES Cávado III – Barcelos / Esposende, local onde decorrerá o estudo. O estudo está sob orientação do Professor Doutor Luís Graça.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de investigação; curriculum vitae da investigadora e do orientador; cronograma de atividades; consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação; termo de orientação de Mestrado pelo Professor Doutor Luís Graça; declaração de confidencialidade dos dados recolhidos e de compromisso de entrega à CES do relatório final do estudo; Autorização do ACES Barcelos – Esposende e declaração dos elementos do conselho técnico em como este estudo é útil e não interfere com o normal funcionamento da Unidade; Cópia dos instrumentos a utilizar (8): Questionário de caracterização pessoal, construído pela investigadora e submetido a pré-teste; a escala de Graffar adaptada; questionário de caracterização da alimentação do cliente, construído também pela investigadora e submetido a pré-teste; teste de medida de adesão a tratamentos (MAT, validade para Portugal por Delgado & Lima, 2001) e respetiva autorização; avaliação da atividade física habitual destes clientes com recurso ao IPAQ – versão curta e respetiva



M
DANIEL

autorização; e a avaliação de sentido de coerência através de um questionário Orientação para viver e respetiva autorização. Os diferentes instrumentos de colheita de dados serão preenchidos pela pessoa participante no estudo.

3. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de abordagem quantitativa. A população alvo são os 2227 clientes com HTA vigiados na dita USF (obtidos através do MIN@UF a 10/10/2013, pela investigadora); o tipo de amostragem será probabilística aleatória sistemática tendo por base a lista do ficheiro de clientes e será constituída por 361 clientes com HTA, que serão contactados pela investigadora, no momento da consulta com a equipa de saúde, para agendamento de contacto. Os utentes selecionados que não tenham consulta marcada, serão contactados por telefone ou por carta e agendado contacto para participação no estudo. A investigadora como enfermeira na USF Alcaldes de Faria, tem acesso ao MIN@UF, onde obtém a lista de clientes com HTA diagnosticados. Posteriormente, a investigadora selecionará um número aleatório entre 1 e 6, a partir do qual será retirado um cliente de 6 em 6 elementos pertencentes à lista de clientes com HTA.
4. O objetivo principal deste estudo é analisar a relação entre o sentido de coerência e a adesão terapêutica em clientes com hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo.
2. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana.
3. A investigadora compromete-se a efetuar testes de sentido de coerência fora do tempo de serviço, e todos os gastos que advenham deste estudo, serão por si suportados.
4. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pela investigadora e seu orientador.

