



**Ana Margarida
Martins Bastos
Alves**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
FAMILIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DE
DOENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

FAMILY NURSE INTERVENTION IN THE MENTAL
ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION



**Ana Margarida
Martins Bastos
Alves**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
FAMILIA NO AJUSTAMENTO MENTAL DE
DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

FAMILY NURSE INTERVENTION IN THE MENTAL
ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro e coorientação científica do Professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues Adjunto do Sr. Secretário Regional da Saúde – Região Autónoma dos Açores.

Dedico este trabalho às pessoas que são muito importantes para mim.

O júri

| | |
|------------|--|
| Presidente | Professora Doutora Marília dos Santos Rua Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro |
| Arguente | Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro |
| Orientador | Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro |

Agradecimentos

Apesar de carácter individual, a realização deste trabalho só se tornou possível pelo esforço de um grupo de pessoas às quais não poderia deixar de agradecer. Assim, aqui fica o meu reconhecimento público por toda a ajuda na concretização desta etapa no percurso profissional e pessoal.

A todos os utentes hipertensos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Centro de Saúde de Sever do Vouga que participaram neste estudo, aceitando o desafio e a exposição.

Ao Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Sinões, pelo acompanhamento desde a idealização do projeto, pela disponibilidade, pelos esclarecimentos, sugestões, críticas, tornando-se um guia e um exemplo de orientação.

Ao Professor Doutor Alexandre Marques Rodrigues pela forma como co-orientou ao longo deste trabalho, pelo incentivo ao desenvolvimento de competências para atingir o objetivo final.

Ao Professor Doutor Pedro Sá-Couto pela disponibilidade ao longo do processo de análise de dados, imprescindível ajuda na análise estatística.

À toda a equipa da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, em especial às Sras. Enfermeiras Laura Vasconcelos, Eugénia Coutinho pela ajuda na recolha de dados, tutoria, supervisão e ensinamentos constantes.

Às amigas Diana Tavares e à Jéssica Dinis pelo companheirismo, contributo pessoal e profissional na resolução de dificuldades.

À minha família, que sempre esteve presente, pela paciência, amor, motivação e apoio incondicional ao longo de todo este tempo.

À Enfermeira Isabel Lopes pelo “pontapé de saída” de toda a formação.

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma direta ou indireta para este trabalho.

A todos, muito obrigada!

Palavras-chave Ajustamento Mental, Enfermagem, Família e Hipertensão Arterial. (DeCS)

Resumo No âmbito do 3º semestre do 2º curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Sever do Vouga (ACeS do Baixo Vouga), por ser um contexto de excelência para o exercício das competências do enfermeiro de família. Além disso serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação sobre a problemática do ajustamento mental de utentes com hipertensão arterial e o impacto da intervenção do enfermeiro de família durante as consultas de vigilância de hipertensão.

Este trabalho tem como objetivos descrever e realizar uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas e dificuldades vivenciadas durante o estágio, bem como, no âmbito da investigação, avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com hipertensão arterial, inscritos no programa “HTA” da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, cumprindo um dos ciclos de uma investigação-ação, visto que foi realizado um diagnóstico inicial, implementada uma intervenção e realizada nova avaliação. Deste modo foi utilizada a Escala de Ajustamento Mental à Doença (EAMD), como instrumento da avaliação do ajustamento mental e, ainda, um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

Os participantes do estudo apresentavam uma média de 70,8 anos de idade, eram maioritariamente do sexo feminino e em média com o diagnóstico de HTA há 8,4 anos. Para a avaliação da consistência interna da EAMD foi calculado o *alfa de cronbach* no momento 1 e 2, sendo obtidos valores aceitáveis exceto para a subescala espírito de luta. No momento 1 de colheita de dados, na subescala espírito de luta todos os participantes foram classificados como “ajustados”, já nas restantes subescalas os participantes foram classificados como “ajustados” e “não ajustados”. Os resultados obtidos no momento 2 revelaram o impacto da intervenção realizada, visto que uma percentagem relevante dos participantes inicialmente classificados como “não ajustados” no segundo momento passaram a “ajustados”.

Realizando um balanço global do estágio, somos da opinião que foram desenvolvidas as competências esperadas e cumpridos os objetivos delineados previamente. Concluimos com o estudo que a intervenção desenvolvida foi relevante para o ajustamento mental das pessoas com hipertensão arterial.

Keywords

Mental adjustment, Nursing, Family, Arterial Hypertension. (DeCS)

Abstract

In relation to the 3rd semester of the 2nd course of the 2nd cycle degree in Nursing and Family Health, it was developed a professional internship at the Personalized Health Care Unit in Sever do Vouga (ACeS do Baixo Vouga), due to being an excellence context and framework for a family nurse to develop his skills and knowledge. Furthermore, it served as a background for a research work based on the mental adjustment of patients with arterial hypertension, and the role of the family nurse during the follow-up appointments and check-ups.

This paper aims to describe and analyse, in a critical/reflexive way, the developed competences and experienced difficulties during the internship, as well as during the investigation, evaluating the impact of the intervention from a family nurse in the mental adjustment of patients that suffer from arterial hypertension, enrolled in the "HTA" program from the PHCU in Sever do Vouga.

A quantitative study was conducted, meeting one of the cycles of the research-action method, since an initial analysis was conducted, followed by the implementation of the intervention, and then carried by a new evaluation. Thus, using the Mental Adjustment to Disease Scale, as an evaluation instrument, regarding mental adjustment, along with a sociodemographic and clinical characterization questionnaire, addressed to the participants.

The participants in this study had an average age of 70,8 years, and being mostly females, diagnosed with AHT for 8,4 years. To evaluate the internal consistency of MADS, it was calculated the Cronbach Alpha in moments 1 and 2, obtaining acceptable results, except for the subscale regarding fighting spirit. At moment 1 of the data collection, in the subscale regarding fighting spirit, all participants were classified as "fitted", however for the remaining subscales, the participants were classified as "fitted" and "Not fitted". The results obtained at moment 2, have revealed the impact from the conducted intervention, since the participants initially classified as "not fitted", shifted to "fitted" at the 2nd moment.

Performing a global balance of the internship, it can be claimed that the expected competences and objectives were achieved. Ultimately, we can withdraw the conclusion that the intervention developed for the mental adjustment obtained the expected results, since the participants classified as "not fitted" on the 1st moment, were classified as "fitted" during the 2nd assessment moments.

Abreviaturas e Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellius*

DP – Desvio Padrão

EAMD – Escala de Ajustamento Mental à Doença

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESSUA – Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

ml/dia – Mililitros por dia

mmHg – Milímetros de mercurio

MMSE – Mini Mental State Examination

PA – Pressão Arterial

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPH – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

SPSS - Statiscal Pakage for the Social Science

TA – Tensão Arterial

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

WHO – World Hearth Organization

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 17 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | 19 |
| 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 23 |
| CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO | 29 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO | 31 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 33 |
| 3. METODOLOGIA | 41 |
| 3.1 Tipo de estudo | 41 |
| 3.2 Variáveis em estudo | 43 |
| 3.3 População e amostra em estudo | 44 |
| 3.4 Instrumentos de recolha de dados | 46 |
| 3.5 Tipo de intervenção | 49 |
| 3.6 Procedimentos éticos | 50 |
| 3.7 Procedimentos de análise de dados | 51 |
| 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS | 53 |
| 4.1 Caracterização da avaliação da capacidade cognitiva | 53 |
| 4.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes | 53 |
| 4.3 Caracterização clinica dos participantes | 56 |
| 4.4 Consistência interna da EAMD no momento 1 por subescala | 57 |
| 4.5 Caracterização da EAMD no momento 1 por subescala | 57 |
| 4.6 Resultados da EAMD no momento 1 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala | 58 |
| 4.7 Caracterização sociodemográfica e clinica através da classificação “ajustado/não ajustado” | 59 |
| 4.8 Consistência interna da EAMD no momento 2 por subescala | 62 |
| 4.9 Resultados da EAMD no momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala | 62 |
| 4.10 Resultados da análise comparativa da EAMD entre momento 1 e momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala | 63 |
| 5. DISCUSSÃO | 65 |
| 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO | 71 |
| SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO | 73 |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....75

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro para a Realização do Estudo

Anexo II – Autorização do Coordenador do Centro de Saúde para a Realização do Estudo

Anexo III – Autorização de Utilização da Escala de Ajustamento Mental à Doença

Anexo IV – *Mini Mental State Examination*

Anexo V – Escala de Ajustamento Mental à Doença

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice II – Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes

Apêndice III – Apresentação do Projeto Realizada à Equipa da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga

Apêndice IV – Manual do Ajustamento Mental de Doentes Hipertensos – Intervenções do Enfermeiro de Família

Apêndice V – Caracterização de cada Subescala M1 da Escala de Ajustamento Mental à Doença

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga em dezembro de 2016..... | 18 |
| Quadro 2: Classificação da HTA..... | 28 |
| Quadro 3: Estratificação do risco cardiovascular total em categorias..... | 30 |
| Quadro 4: Operacionalização das variáveis em estudo | 38 |
| Quadro 5: Pontos de corte para a classificação “Ajustado” <i>versus</i> “Não Ajustado” nas diversas áreas da EAMD | 43 |
| Quadro 6: Áreas não ajustadas e respetivas intervenções..... | 45 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita da UCSP do Centro de Saúde de Sever de Vouga, em dezembro de 2016 | 18 |
| Figura 2: Espiral de ciclos investigação-ação..... | 37 |
| Figura 3: Fluxograma de constituição das amostras em estudo..... | 40 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Caracterização dos participantes quanto à capacidade cognitiva para participar no estudo (n=333) | 48 |
| Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=329) | 50 |
| Tabela 3: Caracterização clínica dos participantes (n=329) | 51 |
| Tabela 4: Caracterização da consistência interna da EAMD no momento 1 por subescala através do cálculo de <i>alfa de cronbach</i> e comparação com outros estudos ... | 52 |
| Tabela 5: Caracterização da EAMD no momento 1 por subescala (n=329) | 53 |
| Tabela 6: Caracterização da EAMD no momento 1 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala (n=329) | 53 |
| Tabela 7: Caracterização sociodemográfica e clínica através da classificação “ajustado/não ajustado” (n=329) | 55 |
| Tabela 8: Caracterização da consistência interna da EAMD no momento 2 por subescala através do cálculo do <i>alfa de cronbach</i> | 56 |
| Tabela 9: Caracterização da EAMD no momento 2 por subescala (n=329) | 57 |
| Tabela 10: Resultados da análise comparativa de EAMD entre o momento 1 e momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala (n=329) | 58 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro (ESSUA) num consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e a Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança (IPB), foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Sever do Vouga, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, do qual resultou o presente relatório.

Ao longo do referido curso os conteúdos programáticos abordados incidiram principalmente na prestação de cuidados de enfermagem à família, o que levou ao desenvolvimento do estágio em Unidades de Saúde Familiares ou UCSP, na medida em que, é nestas unidades que o enfermeiro encontra um contexto de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014).

Nos últimos anos verificou-se uma reforma e desenvolvimento organizacional dos Cuidados Saúde Primários (CSP), que apostou na criação de unidades funcionais promotoras do trabalho de equipas nucleares de saúde familiar (médico, enfermeiro e assistente técnico), com corresponsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos, enfatizou o papel destas unidades nos cuidados dirigidos ao indivíduo/família, através de um processo evolutivo e contínuo de aprendizagem sistémica. Com o objetivo de contribuir para a sustentabilidade social, económica e financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos últimos 40 anos tem-se verificado vários progressos e aumento da solidez nos CSP em Portugal (Ministério da Saúde, 2012). Assim, a missão passa por uma intervenção na comunidade, dirigida ao indivíduo e família, tendo como foco a resolução de problemas concretos em ambientes específicos. Com a perspetiva da promoção da saúde e proteção da doença, as atividades realizadas encontram-se organizadas em programas ou projetos executados pelas equipas multidisciplinares. Estas intervenções ocorrem de forma integrada, dirigidas às necessidades e tendo em conta o Plano Nacional de Saúde (Ministerio da Saúde, 2006).

A prestação de cuidados do enfermeiro, dirigidos à família, tem vindo a ser evidenciada desde a definição das metas de saúde para o século XXI, no entanto, foi através da Declaração de Munique em 2000 que o enfermeiro de família se destacou, estando integrado numa equipa multiprofissional, na prestação contínua de cuidados ao longo da vida, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Ministério da Saúde, 2012).

Os princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família em unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários foram estabelecidos através do Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. De acordo com o mesmo o enfermeiro de família cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. É, ainda, competência do enfermeiro de família contribuir para a ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2014). Na atuação ao longo do ciclo vital da família, o enfermeiro deve estar atento às alterações sociodemográficas que têm ocorrido na sociedade, por forma a ajudar as famílias a ultrapassar as exigências e mudanças. Cabe ainda a responsabilidade de preparar os utentes para as transições, facilitando os processos de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença (Alarcão, 2000).

Neste sentido, a realização do presente estágio serviu, também, como contexto para a realização de um trabalho de investigação baseado numa problemática anteriormente identificada e relacionada com a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA.

Com o aumento da esperança média de vida surgiram diferentes necessidades nas famílias, um aumento da patologia crónica e conseqüentemente maior exigência na intervenção do enfermeiro de família. No entanto, novos desafios são colocados, a família vê-se obrigada a viver um processo saúde/doença, a reorganizar-se e a adaptar-se. Associado ao diagnóstico de doença crónica surge um vasto leque de repercussões que se manifestam a vários níveis, nomeadamente: físico, psicológico, emocional, social e financeiro. Estas conseqüências atingem o doente, a sua família e aqueles que lhe prestam cuidados. O diagnóstico constitui, tipicamente, uma situação de *stress*, o que implica a adoção de estratégias, podendo estas ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam no decurso da doença (Afonso, 2011).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade na população portuguesa, no entanto tem-se verificado um decréscimo nos últimos anos (Trindade, 2016). Existe um importante impacto económico que decorre da incapacidade por elas provocada, bem como os custos relacionados com o seu tratamento. A HTA tem ganho particular relevância, devido à sua elevada prevalência e pelo facto dos estudos de base epidemiológica publicados demonstrarem um insuficiente controlo, facto que poderá refletir-se na anormal incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Pinto, 2012).

A prestação de cuidados aos utentes hipertensos em CSP é realizada em equipa, essencialmente através de consultas de vigilância de HTA. Tendo em conta que é uma doença crónica, os enfermeiros têm como objetivo intervir por forma a facilitar a adaptação à doença.

Assim, procuram não só facilitar a adaptação às mudanças decorrentes no estilo de vida, mas também fornecer recursos e estratégias para a manutenção do bem-estar (Sá, 2001).

Considerando estes objetivos, torna-se importante o ajustamento mental passando por uma fase inicial em que o doente e seus cuidadores vivenciam incerteza, em que os principais desafios que têm de ser enfrentados são as alterações emocionais, que o diagnóstico de doença crónica acarreta (Afonso, 2011). Neste sentido o enfermeiro de família intervém, tendo como objetivo que os doentes se ajustem mentalmente, o que contribuirá, certamente, para a aceitação e adaptação ao seu processo de alteração da saúde, bem como a promoção do autocuidado.

Tendo como base a reflexão crítica inerente ao percurso realizado, definiu-se como objetivo principal deste documento analisar crítica e reflexivamente o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, enquanto estudante do curso de Mestrado em ESF a desenvolver estágio profissional. Neste sentido, é realizada uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, bem como algumas dificuldades e situações marcantes que surgiram no decorrer do estágio. De seguida será apresentado o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no estágio, que procurou essencialmente avaliar a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA.

De forma a concretizar os objetivos definidos, o presente relatório de estágio encontra-se dividido, além desta introdução, num primeiro capítulo referente à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, onde também é realizada uma contextualização do local de estágio. O segundo capítulo refere-se à apresentação do percurso metodológico e dos resultados do estudo empírico realizado ao longo do período de estágio. Este capítulo inicia por uma breve contextualização do estudo, e de seguida é enquadrado teoricamente (abordando-se a fisiologia e epidemiologia da HTA, suas implicações e ajustamento mental e intervenções do enfermeiro de família para o ajustamento mental). O referido capítulo aborda, ainda, a metodologia utilizada no trabalho de investigação, a apresentação dos principais resultados com ele obtidos e a sua discussão, e termina com as principais conclusões obtidas. A última secção do presente relatório é uma síntese conclusiva onde são apresentadas as principais conclusões que emergiram com a elaboração deste relatório.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio que desenvolvi decorreu ao longo de 480 horas, entre os meses de Setembro de 2016 a Fevereiro de 2017 e foi realizado na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga. Esta unidade funcional é parte integrante do ACeS do Baixo Vouga, pertencente à ARS do Centro, está localizada no concelho de Sever do Vouga e encontra-se em funcionamento desde 1 de junho de 2011. A referida UCSP desenvolve a sua atividade todos os dias úteis das 8 às 20 horas, existindo ainda Atendimento Complementar entre as 20 e as 23h nos dias úteis e aos fins de semana das 8 às 20h. Fisicamente funciona num edifício sede e em 6 polos.

A equipa é constituída por 8 médicos, 9 enfermeiras (uma enfermeira responsável pela coordenação), 8 assistentes técnicas e 5 assistentes operacionais. Cada equipa de médico de família, enfermeira de família e assistente técnica partilham um mesmo ficheiro de utentes, prestando-lhes todos os cuidados necessários ao longo do ciclo vital, sempre que possível. Cada enfermeiro de família dispõe de um gabinete próprio onde realiza tratamentos e consultas de enfermagem aos seus utentes, à exceção das consultas de vigilância de saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna que são realizadas em duas salas destinadas para o efeito, com condições adequadas e material apropriado. A prestação de cuidados de enfermagem passa ainda pela visita domiciliária a utentes que, por limitações na mobilidade, não podem comparecer na unidade. Os cuidados no domicílio também têm como objetivo a promoção de saúde nomeadamente a visita à puérpera e ao recém-nascido. Os utentes da UCSP são atendidos pelo seu enfermeiro de família, sempre que possível.

Atualmente na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga estão inscritos 12 473 utentes, sendo que 6 021 (48,27%) são do sexo masculino e 6 452 (51,73%) são do sexo feminino. Estes dados podem ser observados na pirâmide etária representada na Figura 1, bem como a distribuição pelos diferentes grupos etários.

No que se refere a pessoas hipertensas, verifica-se a existência de 2 240 (18%), com programa de “HTA” ativo no *SClinico* (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sever do Vouga, 2017).

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita na UCSP de Sever do Vouga, podemos verificar através do Quadro 1 que o índice de dependência de jovens é de 19,4% e o índice de envelhecimento é de 209,2% o que se pode relacionar com a localização da unidade num meio rural. O Índice de Longevidade atinge os 51,7%, no entanto a percentagem de população ativa é de 63% (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sever do Vouga, 2017).

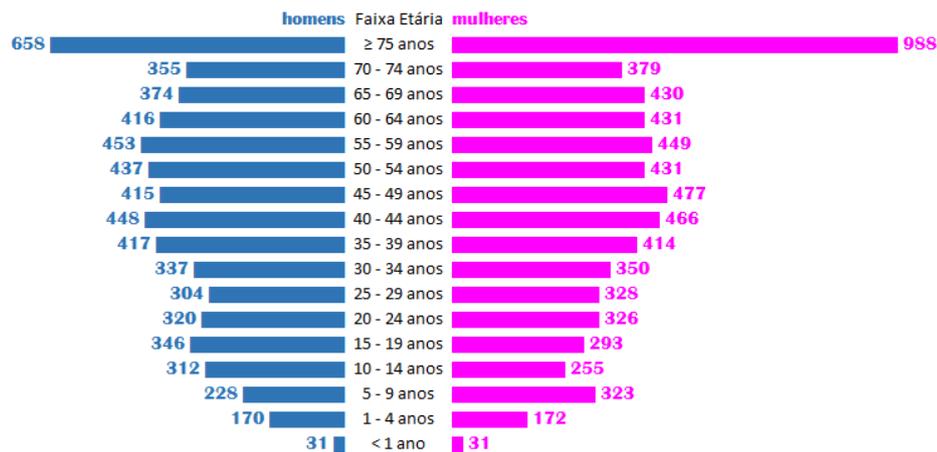


Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, em dezembro de 2016 (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sever do Vouga, 2017)

Quadro 1: Indicadores demográficos da população inscrita na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga em dezembro de 2016 (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sever do Vouga, 2017)

| Indicadores Demográficos | % |
|--|--------------|
| <i>Índice de Dependência Total</i> $[(\text{Pop} \leq 14 \text{ anos} + \text{Pop} \geq 65 \text{ anos}) / \text{Pop} 15-64 \text{ anos}] \times 100$ | 59,9 |
| <i>Índice de Dependência de Idosos</i> $(\text{Pop} \geq 65 \text{ anos} / \text{Pop} 15-64 \text{ anos}) \times 100$ | 40,5 |
| <i>Índice de Dependência de Jovens</i> $(\text{Pop} \leq 14 \text{ anos} / \text{Pop} 15-64 \text{ anos}) \times 100$ | 19,4 |
| <i>Índice de Longevidade</i> $(\text{Pop} \geq 75 \text{ anos} / \text{Pop} \geq 65 \text{ anos}) \times 100$ | 51,7 |
| <i>Índice de Envelhecimento</i> $(\text{Pop} \geq 65 \text{ anos} / \text{Pop} \leq 14 \text{ anos}) \times 100$ | 209,2 |
| <i>População Ativa</i> $(\text{Pop} 15-64 \text{ anos} / \text{Pop total}) \times 100$ | 63,0 |

Como foi referido anteriormente, a UCSP funciona num edifício sede e vários polos e no decorrer do estágio estive maioritariamente no edifício sede, deslocando-me ocasionalmente aos polos para realizar a recolha de dados para o trabalho de investigação. O ficheiro de utentes, aos quais prestei cuidados com maior frequência, é composto por 1 850 utentes, sendo que 797 (43,1%) são do sexo masculino e 1 053 (56,9%) são do sexo feminino. No que se refere a programas de saúde ativos neste ficheiro existem 28 (1,5%) utentes dependentes, 355 (19%) utentes com HTA, 152 (8,2%) com DM, 124 (6,7%) em vigilância de

saúde infantil, 39 (2,1%) com feridas traumáticas e cirúrgicas, 178 (9,6%) em vigilância planeamento familiar e rastreio oncológico, 8 (0,4%) grávidas e 21 (1,1%) hipocoagulados (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sever do Vouga, 2017).

Para o cumprimento dos objetivos definidos e desenvolvimento de competências, foi fundamental a supervisão da Sr.^a Enfermeira Laura Vasconcelos, a tutoria da Sr.^a Enfermeira Eugénia Coutinho e orientação do Professor Doutor João Simões como docente orientador.

A consecução dos objetivos inicialmente propostos dependeu da realização de várias atividades que permitiram, enquanto aluna e, através de um processo de acompanhamento constante, o desenvolvimento das competências e conhecimentos com crescente autonomia.

Para o cumprimento dos mesmos a prestação de cuidados específicos à família exigiu a intervenção nas diferentes fases do seu ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção, primária, secundária e terciária. Para tal foi necessária a avaliação em todos os contextos de prestação de cuidados, bem como em todas as dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento), valorizando a unidade familiar e cada um dos seus membros. Assim, realizei avaliação com recurso a diferentes instrumentos de recolha e sistematização de informação, permitindo uma avaliação objetiva e dirigida à prestação de cuidados. Portanto, ao cuidar a família como uma unidade de cuidados procurei reconhecer toda a complexidade, globalidade, equifinalidade e auto organização do sistema familiar, características que tornam a sua organização estrutural tão específica. Outro objetivo atingido foi perspetivar a família como unidade de cuidados, o que implicou igualmente entendê-la como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas que, naturalmente, decorrem dos seus processos desenvolvimentais. Ao efetuar uma adequada avaliação do funcionamento do sistema familiar e dos recursos de que dispõe para fazer face aos momentos de crise, despoletou o desenvolvimento de um processo de cuidados, em parceria com a família, que estimulasse a participação na adaptação em momentos de transição (ESSUA, 2016).

As situações de complexidade que comprometem as atividades fundamentais do desenvolvimento da família, foram identificadas e, conseqüentemente, planeadas intervenções adequadas com vista à sua resolução. O comprometimento e a participação da família esteve sempre presente nos momentos de implementar e avaliar essas intervenções, tendo como foco as mudanças no funcionamento familiar priorizando os problemas de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos (ESSUA, 2016).

Também foram desenvolvidas competências na área da investigação, já que, como referido anteriormente, a UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga constituiu o campo de colheita de dados do estudo de investigação apresentado neste relatório, sobre o qual me debruçarei posteriormente.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio permitem-me afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, apesar de algumas dificuldades que surgiram ao longo do seu decurso. Apesar deste estágio ter decorrido numa UCSP o modelo de trabalho de enfermeiro de família está implementado, como já referido anteriormente.

Ao longo dos dois semestres anteriores do referido curso foram desenvolvidos conhecimentos na área da ESF, através da abordagem expositiva e reflexiva em contexto de sala de aula. No entanto, este estágio proporcionou a consolidação de conhecimentos adquiridos anteriormente e as práticas realizadas em contexto. O contacto com o contexto real de prestação de cuidados de um enfermeiro de família possibilitou a aquisição de competências práticas e a reflexão. Neste sentido, os principais objetivos definidos para este estágio foram: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo vital e nas diferentes fases de prevenção (primária, secundária e terciária); mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando-a perante as exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde familiar e trabalhar em parceria com a família na gestão, promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para a promoção da sua autonomia (ESSUA, 2016) e, ainda, desenvolver um estudo de investigação, tendo como campo de aplicação a referida UCSP.

No que se refere ao planeamento de horário para a realização do estágio, considero que seja suficiente, uma vez que distribuído em 6 meses possibilitou o cumprimento de objetivos, tornando possível a adaptação ao local e prestação de cuidados a famílias. Durante este estágio ainda consegui ter momentos de pausa e reflexão (individual e em conjunto com a minha tutora) fazendo-me crescer como profissional e como pessoa humana.

Os conhecimentos desenvolvidos ao longo da componente em contexto escolar, deste curso de mestrado em ESF, permitiram uma diferente perceção da prática do enfermeiro de família. De facto, tal como referem Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson (2010) os cuidados à família visam atender às necessidades das famílias em contextos significativos o que exige aos enfermeiros conhecimentos em múltiplas dimensões. Assim, para prestar cuidados de enfermagem adequados, os enfermeiros devem estar bem informados sobre as alterações individuais e estágio de desenvolvimento familiares, serem sensíveis às suas necessidades expressas, capacitando para a reorganização de tarefas e gestão de recursos ao longo do tempo.

O contacto direto com esta realidade fez com que eu fosse desenvolvendo, ao longo do estágio, as atividades inerentes à prestação de cuidados na área de competência de um enfermeiro de família, sempre com a perceção que o sistema familiar é uma unidade essencial para o bem-estar da família e de cada um dos seus indivíduos. Também consegui perceber

que alterações num indivíduo afetam todos os indivíduos da família. Neste sentido, tive a oportunidade de desenvolver competências de prestação de cuidados inerentes à enfermagem de família, através da participação e desenvolvimento das seguintes atividades: cuidados de enfermagem à pessoa com ferida (traumáticas, cirúrgicas ou crónicas), administração de terapêutica farmacológica, avaliação de tempo de coagulação, consultas de enfermagem ao indivíduo ao longo do ciclo vital, assim como à família, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (consultas de vigilância de HTA, DM, saúde infantil, gravidez, planeamento familiar e rastreio oncológico). Ainda as intervenções realizadas em contexto domiciliário possibilitaram a prestação de cuidados no contexto real da família, ou seja através do contacto direto com o meio em que a família vive, tornando-se uma vantagem permitindo adaptar os cuidados à realidade na qual a família está inserida (Araújo, Paul, & Martins, 2010).

No que se refere às competências “cuida a família como unidade de cuidados” e “presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária” foram desenvolvidas desde o primeiro dia, uma vez que prestei cuidados a famílias únicas, cada uma com as suas particularidades, diferente organização, função e contexto, reconhecendo que cada família é complexa na sua organização estrutural específica. Sendo uma constante unidade em transformação foi possível prestar cuidados em diferentes fases do ciclo vital, possibilitando “conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital” (ESSUA, 2016).

O facto de cada enfermeiro cuidar da sua família permite o conhecimento de todo o contexto familiar o que me permitiu, quando possível, desenvolver o “processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases” (ESSUA, 2016). Este processo foi sistematizador das práticas de enfermagem, interativo e flexível permitiu a mudança. Contudo, face à especificidade e complexidade de cada família foi necessária a adaptação às características de cada sistema familiar.

Esta prestação de cuidados permitiu avaliar a família, qualquer que fosse o contexto da prestação de cuidados, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Assim, a identificação dos novos focos de atenção face à alteração do funcionamento da família permitiu-me reconhecer situações de “especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”, realizando e avaliando intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar” (ESSUA, 2016). Para tal procurei envolver sempre a família, validando as forças e os problemas percecionados, utilizei métodos participativos que interessam e promovem a capacidade da família para os seus próprios cuidados de saúde, sendo uma constante o estabelecimento dos principais objetivos de mudança considerando novas formas de funcionamento.

Reconheci a individualidade de cada família, consegui trabalhar as suas necessidades específicas, através do conhecimento aprofundado da família e o direcionamento de intervenções no sentido do fortalecimento desta, interligando os aspetos relevantes da avaliação. Durante a intervenção nas consultas de vigilância foi possível focalizar-me na melhor forma de intervir adquirindo estratégias de adaptação e novas competências, no sentido de provocar modificações no domínio cognitivo, afetivo e comportamental do doente e da família. Conforme refere Wright & Leahey, (2011) é desta forma que se modificam as percepções mútuas dos membros da família sobre a doença que vivenciam, e consequentemente modificam os seus comportamentos. Segundo estas autoras devem ser três os objetivos a alcançar com as famílias: ajudar a enfrentar os desafios do tratamento, mobilizar o apoio da família e reduzir tensões intrafamiliares. Posso revelar que consegui atingir estes objetivos através de cuidados individualizados a algumas famílias.

Na prática da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga as consultas de vigilância de HTA são realizadas por enfermeiro de família e médico de família separadamente mas em constante articulação. Para o meu trabalho de investigação, a recolha de dados e intervenção adaptada à avaliação realizada, foram aplicadas em momentos sucessivos aquando da deslocação dos utentes para a consulta de vigilância da HTA. Esta escolha deveu-se à associação entre o motivo de ida ao Centro de Saúde e a temática da investigação.

Ao longo destes meses apliquei a Escala de Ajustamento Mental à Doença (EAMD), tendo como principal objetivo determinar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA. A EAMD permitiu avaliar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais face a um diagnóstico, por forma a determinar o ajustamento mental. Sendo a enfermagem de família entendida como um campo disciplinar da enfermagem, tem assim, um corpo de conhecimento científico geral, mas também um específico. Neste sentido, a intervenção realizada necessita sempre de ser dirigida ao nosso foco de especificidade. Assim, a aplicação desta escala permitiu-me perceber as necessidades específicas de forma a determinar a intervenção de promoção de saúde. Sabendo que uma das intervenções constantes do enfermeiro de família é a promoção da saúde, que segundo Cruz (2011) é uma ação voltada para a promoção da saúde, desempenhando um papel essencial na capacitação dos utentes para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e consequentemente existem ganhos em saúde, tendo um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde.

Assim a partir daqui desenvolvi competências de investigação e de prática profissional, melhorando a minha prestação de cuidados. Meleis (2010) corrobora esta constatação, ao afirmar que desenvolver teoria é indispensável e bastante benéfico para a prática clínica, sendo que se classificam domínios e identifica-se o que pertence ou não ao campo da enfermagem, racionalizando-se recursos e focalizando as ações nas intervenções de enfermagem.

O momento de intervenção da minha investigação passou pela promoção de saúde, através de uma intervenção dirigida, de acordo com o ajustamento mental de cada utente à HTA, avaliado segundo a EAMD. A intervenção personalizada partiu da determinação de score de cada subescala da EAMD, que além da transmissão de informação permitiu momentos de partilha e de esclarecimento de dúvidas, conseguindo perceber que os utentes carecem de uma relação de proximidade e confiança com os enfermeiros.

Foi possível detetar que em algumas famílias todos os indivíduos são hipertensos, mas apesar de a doença estar diagnosticada há vários anos não predominava o ajustamento mental. Segundo Barros (2010) quando a não aceitação de uma doença se prolonga no tempo, exige uma intervenção para o ajustamento de toda a família no controlo da doença. Assim a necessidade de intervenção constante durante a consulta de enfermagem de vigilância de HTA é uma realidade, mesmo sabendo que estas consultas têm como objetivos vigiar, aconselhar e educar o doente, seus familiares e cuidadores, promover a aceitação do estado de doença, promover a autovigilância, facilitar a gestão e adesão ao regime terapêutico, apoiar o desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença crónica e por fim identificar fatores de risco cardiovascular atuando no sentido de os minorar e/ou eliminar (Santos, 2015). Durante as consultas além da avaliação da TA é avaliado o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). A promoção da saúde passa por definir o que é HTA, informar sobre as complicações tardias, os fatores de risco, importância do exercício físico, a prevenção de acidentes e por fim o valor da ida a consultas periódicas de vigilância (Santos, 2015).

Ao longo deste estágio surgiram dificuldades, estando a primeira relacionada com o facto da minha atividade profissional se realizar por turnos, ou seja por vezes sentia desgaste físico e psíquico. Esta dificuldade prende-se com o facto de, segundo Costa (2009) este tipo de trabalho ser prejudicial para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, uma vez que entra em conflito com o ritmo normal do organismo, isto é, com o ritmo circadiano, podendo provocar perturbações fisiológicas, bem como desgaste na vida social e familiar. Esta dificuldade foi sendo ultrapassada através da flexibilização de horário de estágio e desenvolvimento de capacidade de gestão de tarefas.

Outra dificuldade sentida, essencialmente no início do estágio, foi o estabelecimento da relação terapêutica, procurando intervir como enfermeira de família, visto que a “verdadeira” enfermeira de família estava sempre ao meu lado. Foi necessário o estabelecimento de alguns contactos para conseguir atingir os objetivos, nomeadamente realizar avaliação nas dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Na prática diária do enfermeiro de família, pelo menos nos principais moldes de atuação é, muitas vezes difícil realizar a devida avaliação familiar, permitindo uma construção da perspetiva sobre o passado familiar e os problemas potenciais do futuro. Fazendo uma análise de toda a avaliação e interação realizada estas tiveram como base os princípios do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar visto que explora as práticas dos enfermeiros de família reportando a relação entre os elementos

que se influenciam mutuamente e evoluem numa interação recíproca e cumulativa, identificando o potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e conseqüentemente da saúde global (Figueiredo, 2012). Todas as atividades desenvolvidas, em acompanhamento com a minha tutora, foram muito enriquecedoras, devido ao seu conhecimento e forma de prestação de cuidados.

Considero que a aposta e investimento na formação em ESF, foi uma mais valia pois seria uma grande concretização profissional um dia exercer como enfermeira de família. O facto de ter tido a oportunidade de aplicar e exercer em contexto real a ESF, permitiu-me clarificar e ter certezas sobre este gosto. Esta etapa acabou por ser essencial no meu processo de formação bem como me fez refletir sobre diversos temas, possibilitando no futuro intervir ao longo do ciclo vital da família de forma sistémica, sabendo que se trata de uma unidade de cuidados.

CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na UCSP de Sever do Vouga, do ACeS Baixo Vouga da ARS do Centro, de setembro de 2016 a janeiro de 2017 e a recolha de dados e intervenção esteve integrada no estágio desenvolvido na unidade funcional referida.

Esta unidade de saúde apresenta 18% da população com diagnóstico de HTA (programa ativo no sistema informático “*SClinico*”, conforme se constata na descrição feita no capítulo anterior. As alterações exigem conseqüentemente maior exigência na intervenção do enfermeiro de família. No entanto, novos desafios são colocados, a família vê-se obrigada a viver um processo de saúde/doença, a reorganizar-se e adaptar-se. As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade na população portuguesa, no entanto tem-se verificado um decréscimo nos últimos anos (Trindade, 2016). Existe um importante impacto económico por elas provocada, bem como os custos relacionados com o seu tratamento. A HTA tem ganho particular relevância, devido à sua elevada prevalência e pelo fato de estudos de base epidemiológica demonstrarem um insuficiente controlo, fato que poderá refletir-se na anormal incidência de AVC (Pinto, 2012).

A prestação de cuidados aos utentes hipertensos é realizado em equipa, e tendo em conta que a HTA é uma doença crónica, os enfermeiros têm como objetivo intervir por forma a facilitar a adaptação à doença. Assim procuram não só facilitar a adaptação às mudanças decorrentes no estilo de vida, mas também fornecer recursos e estratégias para a manutenção do bem estar (Sá, 2001).

Assim, tendo em conta a problemática apresentada e o contexto da prestação de cuidados do enfermeiro de família a utentes com HTA, esta temática demonstrou pertinência enquanto alvo de investigação. Avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA, inscritos no programa de “HTA” da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, foi o objetivo principal do trabalho. Para isso, foi necessário avaliar o ajustamento mental de utentes inscritos no programa de “HTA” do sistema informático “*SClinico*” da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017. O objetivo geral referido partiu da questão de investigação “Qual o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA, inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClinico*” da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017?”. Tendo em consideração a questão de investigação defiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente e clinicamente os participantes da investigação;
- Avaliar o ajustamento mental de doentes com HTA inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClinico*” há mais de um ano, através da aplicação da EAMD;

- Definir intervenções de enfermagem que promovam o ajustamento mental de doentes com HTA;
- Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem aplicadas, no ajustamento mental de doentes com HTA inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClinico*”, inicialmente classificados como “não ajustados”.

Neste capítulo do trabalho são explicados quais os procedimentos seguidos na realização do estudo, de forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos traçados assim como apresentação e discussão dos resultados obtidos. Depois de realizada a devida contextualização do trabalho desenvolvido e o enquadramento teórico da temática em estudo, são descritos: o tipo de estudo, os objetivos traçados servindo como guia orientador e as variáveis, a população e amostra em estudo, o tipo de intervenção realizada aos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos éticos tidos em consideração desde o projeto e por fim a análise de dados obtidos e respetiva discussão, onde existem referencias a estudos com temáticas semelhantes.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo será realizada uma análise da literatura no que concerne às áreas estruturantes da problemática em estudo, sendo fundamental para conhecer o estado atual dos conhecimentos do assunto tratado ao longo da investigação.

Assim, para um devido enquadramento teórico, irá ser abordada a fisiologia e epidemiologia da HTA, as implicações da HTA como risco cardiovascular modificável mais frequente e por fim a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes hipertensos.

2.1. Fisiopatologia e Epidemiologia da HTA

Ao longo dos últimos anos, os avanços tecnológicos e científicos contribuíram para o aumento significativo da esperança média de vida, no entanto, aliado ao facto de se viver mais tempo e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis contribuiu para um aumento exponencial das doenças crónicas. Entre as várias doenças crónicas a HTA é a doença crónica mais prevalente em Portugal. Esta pode definir-se como sendo uma elevação persistente da pressão arterial (PA), em várias medições e em diferentes ocasiões, sendo a PA sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da PA diastólica igual ou superior a 90 mmHg (Direção Geral de Saúde, 2013). Podemos observar através do Quadro 2 a classificação da HTA em categorias: ótima, normal, normal alta, hipertensão de grau 1, hipertensão de grau 2, hipertensão de grau 3 e hipertensão sistólica isolada.

Quadro 2: Classificação da HTA (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014)

| Categoria | Sistólica | | Diastólica |
|-------------------------------|------------------|------|-------------------|
| Ótima | <120 | e | <80 |
| Normal | 120-129 | e/ou | 80-84 |
| Normal Alta | 130-139 | e/ou | 85-89 |
| Hipertensão de Grau 1 | 140-159 | e/ou | 90-99 |
| Hipertensão de Grau 2 | 160-179 | e/ou | 100-109 |
| Hipertensão de Grau 3 | ≥180 | e/ou | ≥110 |
| Hipertensão Sistólica Isolada | ≥140 | e | <90 |

De acordo com a World Health Organization (2013) a nível mundial cerca de 40% dos adultos com mais de 25 anos tem HTA, sendo o continente Africano que regista valores mais altos, sendo 46% da população africana hipertensa. Durante os últimos 30 anos, Portugal tem sido descrito como um dos países com elevados níveis de TA média. Assim, os resultados da Sociedade Portuguesa de Hipertensão mostram que a prevalência em Portugal da HTA é de 40,2% sendo que em mulheres é de 40,2% e em homens 44,4% (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014).

Uma vez diagnosticada a HTA existe uma necessidade de avaliação periódica da PA durante toda a vida. Assim, todos os adultos, em particular os obesos, os diabéticos e os fumadores ou com história de doença cardiovascular na família, devem realizar esta avaliação pelo menos uma vez por ano (Pinto, 2012).

A PA depende do equilíbrio entre inúmeros mecanismos e na maioria das vezes não é possível determinar a causa da HTA, no entanto existe um número reduzido de casos clínicos onde é possível delimitar com clareza a origem. A HTA é diagnosticada de duas formas: primária e secundária. A HTA primária ocorre em cerca de 90 a 95% dos casos e pode dever-se a fatores ambientais (ingestão de sal ou stresse), a resistência periférica à insulina, associada ou não a obesidade, e o sistema renina-angiotensina-aldosterona, a simultaneidade de dois ou mais fatores de risco (como excesso de peso, elevado consumo de sal, tabaco, álcool e *stress*) aumenta significativamente o possível desenvolvimento desta patologia, sendo por isso predominante nas sociedades industrializadas, o que justifica a sua inclusão nas denominadas "doenças da civilização", podendo ainda ser considerada predisposição hereditária. Já a HTA secundária ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos, ou seja é possível identificar uma patologia responsável, como a doença renal, alterações endócrinas ou de catecolaminas ou ainda malformação da artéria aorta, problemas neurológicos como tumores cerebrais, hemorragias cerebrais e traumatismos cranianos. Existem ainda casos associados à administração de determinados medicamentos, ingestão de tóxicos como chumbo e mercúrio (Mancia et al., 2013).

2.2. Implicações da Hipertensão Arterial e Ajustamento Mental

A HTA é considerada como um dos principais problemas de saúde pública que pode coexistir com outros fatores de risco cardiovascular, como o consumo de tabaco, DM, dislipidemia, sedentarismo e obesidade, que agravam ainda mais o risco cardiovascular e que aumenta consequentemente o risco de morbilidade e mortalidade (Carreta, 2006).

Sendo o fator de risco modificável mais frequente, o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas (Pinto, 2012). Contudo no que se refere ao risco cardiovascular global, a HTA classifica-se em quatro categorias (risco baixo, risco

moderado, risco alto e risco muito alto, risco a 10 anos de um episódio cardiovascular fatal ou não fatal), como está expresso no Quadro 3.

Quadro 3: Estratificação do risco cardiovascular total em categorias (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014)

| Outros fatores de risco, lesão de órgãos assintomática | Pressão Arterial (mmHg) | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------------|
| | Normal alta P AS 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 |
| Sem fatores de risco | | Risco baixo | Risco moderado | Risco alto |
| 1–2 fatores de risco | Risco baixo | Risco moderado | Risco moderado a alto | Risco alto |
| ≥3 fatores de risco | Risco baixo a moderado | Risco moderado a alto | Risco alto | Risco alto |
| LOA, DRC em fase 3 ou diabetes | Risco moderado a alto | Risco alto | Risco alto | Risco alto a muito alto |
| DCV, DRC sintomática fase ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR | Risco muito alto | Risco muito alto | Risco muito alto | Risco muito alto |

Legenda: CV – cardiovascular; DCV – doença cardiovascular; DRC – doença renal crónica; FR – fator de risco; HTA – hipertensão arterial; LO – lesão de Órgão; PA – pressão arterial; PAD – pressão arterial diastólica; PAS – pressão arterial sistólica.

Segundo Carvalho (2011) patologia HTA, que inicialmente é assintomática, pode apresentar complicações a nível cardíaco, devido ao espessamento ou hipertrofia do miocárdio, complicações a nível cerebral (como AVC), complicações a nível ocular, como é o caso de retinopatia hipertensiva, caracterizada pela diminuição da acuidade visual e por fim complicações a nível renal, podendo levar a insuficiência renal crónica. Deste modo, estas complicações e a baixa adesão ao tratamento coloca em risco a vida da pessoa com HTA, verificando-se a permanência de sequelas com forte impacto negativo na qualidade de vida.

Um estudo desenvolvido por Hanus, Simões, Amboini, Ceretta, & Tuon (2015), que procurou avaliar a associação entre a qualidade de vida e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso de indivíduos hipertensos, observou, que mais de metade dos entrevistados realizam tratamento antihipertensivo há mais de 6 anos, sendo o tipo de tratamento mais prevalente o medicamentoso exclusivo. No que se referiu à qualidade de vida os menores scores estavam de acordo com a não adesão extrema e limitrofe a não adesão total.

A qualidade de vida é complexa e subjetiva, avalia de forma multifatorial a saúde, o estado físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o ambiente (Hanus et al., 2015). Assim um estilo de vida saudável é promotor de uma TA adequada, embora a grande desvantagem é o baixo nível de manutenção a longo prazo, o que

requer atenção especial (Mancia et al., 2013). Portanto e de acordo com Polónia, Ramalhinho, Martins, & Saavedra (2006) e Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) a modificação dos estilos de vida é o primeiro passo para a adesão terapêutica, passando pelas seguintes atitudes: redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18,5 a 24,9 kg/m²; adoção de dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas; redução da ingestão de sal; atividade física, por exemplo, exercício aeróbio, como caminhar 30 min/dia, 5-7 dias/semana; consumo moderado de álcool com um máximo 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres e cessação do hábito de fumar. Estas poderão reduzir a PA de 5 a 20 mmHg, e conseqüentemente existe a redução do risco cardiovascular global.

Assim, a adesão ao tratamento determina o controlo da doença. Esta constatação é corroborada por Santos, Floêncio, Oliveira, & Moreira (2012) no seu estudo, confirmando ainda que a taxa de abandono cresce com o tempo de terapêutica, verificando ainda que 85% dos idosos inquiridos apresenta algum grau de não adesão. Por sua vez, a Direção Geral de Saúde (2015) afirma que cerca de 35,6% dos utentes conseguem estar com a doença controlada, reduzindo, assim, o risco de desenvolver complicações, uma vez que as doenças cardiovasculares continuam a ser as responsáveis por cerca de 30% de todas as causas de morte. Ainda se torna mais preocupante e com necessidade de intervenção, o facto de 50% dos doentes hipertensos apresentarem valores de colesterol elevados (Uva, Victorino, Roquette, Machado, & Dias, 2014).

Segundo Polónia, Martins, Pinto, & Nazare (2014) na última década as taxas de conhecimento e tratamento da HTA praticamente duplicaram, estando este aumento relacionado com uma maior consciencialização e conhecimentos dos profissionais de saúde e da população, e com o aumento concomitante da utilização de medicamentos anti hipertensores mais eficazes e melhor tolerados. Também Barreto, Reiners, & Marcon (2014) no estudo “Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia” concluíram que 82,23% dos inquiridos apresentam um nível satisfatório de conhecimento da doença, bem como quanto maior o grau de conhecimento sobre a doença maior o comprometimento no auto cuidado e adesão ao tratamento, o que significa que o acesso à informação não implica maior adesão.

Tal como referido anteriormente a HTA é uma doença crónica, ou seja é uma doença prolongada, muitas vezes associada a um certo grau de incapacidade, tornando as pessoas mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. Pelo seu carácter permanente e pelas mudanças irreversíveis desafia ao desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para a gestão da doença e o seu regime terapêutico, com o objetivo de controlar a sua evolução, preservando a autonomia (Régua, 2010).

Associado ao diagnóstico de doença crónica surge um vasto leque de repercussões que se manifestam a nível físico, psicológico, emocional, social e financeiro que, conseqüentemente agem ao nível biopsicossocial dos utentes, afetando a sua qualidade de vida. Estas conseqüências não atingem só o utente, como também a sua família e aqueles que lhe prestam cuidados. Portanto trata-se de uma situação de stresse que implica o desenvolvimento, aquisição e adaptação de novas estratégias para lhe fazer face, podendo estas ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam no decurso da doença (Afonso, 2011). Após o diagnóstico de doença crónica o doente e a família vivenciam uma situação de crise, que de acordo com Monteiro (2010) pode ser motivado pelo stresse emocional associado à situação de doença grave, ao tratamento, os sintomas e a cronicidade conjuntamente com a deterioração progressiva, bem como o confronto com a possibilidade da morte; por outro lado, existe o stresse associado à necessidade de ser responsável pelos cuidados físicos ao doente, com todas as implicações necessárias para as rotinas diárias, familiares e profissionais.

Neste contexto e segundo Afonso (2011) a maioria dos utentes e famílias facilmente reconhece os efeitos e impactos físicos da doença, mas a perceção das sequelas emocionais é menos frequente e menos aceite. As respostas emocionais à doença variam de acordo com as diferentes fases da doença e tratamento, sendo que as duas maiores respostas são o medo e o sofrimento. Este medo está relacionado com o medo de morrer, da perda de funções vitais, da perda de afetos e de aprovação, da dor e do desconhecido. A negação decorre do medo sentido e vários mecanismos de defesa são ativados para proteger o doente da desorganização emocional, possibilitando desdramatizar algumas ameaças da situação de doença. Tal atitude protege os doentes, fornecendo-lhes o tempo necessário para assimilar o impacto da doença, bem como o seu uso diminui gradualmente à medida que se vai confrontando com as ameaças impostas pela situação. Nunca é completamente abandonada, mantendo-se mesmo em grau reduzido para preservação da esperança numa vida satisfatoriamente normal e produtiva. Assim o prolongamento do estado de negação perante a doença crónica indica que o doente tem recursos internos inadequados para lidar com as ameaças impostas.

Assim, torna-se importante o ajustamento mental a qualquer doença crónica, que de acordo com Santos, Ribeiro, & Lopes (2006) pode ser definido como o conjunto de respostas cognitivas e comportamentais manifestadas por um indivíduo face ao diagnóstico. Segundo os mesmos autores este ajustamento pode ter respostas mais ou menos adaptativas, o denominado espírito de luta é visualizado como o conjunto de respostas mais adaptativas e, em contrapartida, o desânimo/desesperança são considerados como respostas desajustadas. O espírito de luta é o conjunto de respostas de *coping* de tipo confrontativo, manifestadas por uma visão otimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença. Por outro lado, o desânimo/desesperança dizem respeito ao conjunto de respostas passivas face à

doença, manifestadas essencialmente por uma visão negativista das suas consequências bem como a descrença sobre a possibilidade de qualquer controlo.

Apesar do *coping* ser muito importante no processo de adaptação, possibilitando a adoção de diversas estratégias que permitam conduzir à adaptação, a avaliação individual que o doente faz do acontecimento é também um facto preponderante. Apesar dos esforços de alguns autores para fazer uma clara distinção entre aquilo que é o *coping* e o que diz respeito ao ajustamento mental, parece ainda haver uma confusão entre as definições, na medida em que os dois conceitos se assemelham (Varela & Leal, 2008).

O processo de adaptação, já referido anteriormente, é condição fundamental e a não adesão é um fenómeno complexo. Não existe adesão sem a participação ativa da pessoa no tratamento, podendo existir necessidade de alterar o seu estilo de vida de forma a obter o máximo benefício do tratamento (Martins, 2010).

A World Health Organization (2003) identificou um conjunto de fatores de não adesão que podem ser agrupados em quatro grandes dimensões: fatores relacionados com a pessoa, fatores relacionados com a relação doente/profissional, fatores relacionados com a doença e com o tratamento e fatores relacionados com o contexto social e institucional. Assim é possível estabelecer uma relação entre a adesão ao regime terapêutico e o ajustamento mental. Guerra (2012), num estudo relacionado com a aderência ao tratamento em pessoas com HTA constatou que 52% dos inquiridos referiu ser difícil alterar a dieta devido ao custo elevado de alguns alimentos e 68% a ocupação nunca impediu a continuação do tratamento. Nesse sentido, o enfermeiro de família é o profissional de saúde deverá ser capaz de ajudar o doente e a família no processo de ajustamento à doença.

2.3. Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental de Doentes Hipertensos

A modificação do estilo de vida é essencial após o diagnóstico de HTA, que de acordo com as características pessoais e da interação com o meio envolvente, alguns ajustam-se-ão melhor e mais facilmente que outros. Assim o ajustamento serve para designar o comportamento resultante da interação momento a momento, com o meio envolvente. A incapacidade dos utentes para se ajustarem à doença pode levar a efeitos negativos como a não adesão ao tratamento ou a perceção de diminuição da qualidade de vida. Neste sentido, o enfermeiro de família intervém, tendo como objetivo o ajustamento mental através da adesão ao regime terapêutico.

Assim, segundo Hanson (2005) o enfermeiro de família difunde o desenvolvimento de competências, promove a saúde, previne a doença, prestando cuidados à família como uma unidade de cuidados, sendo estes específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família

ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. É o profissional capaz de reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização e concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital. Todo o processo de cuidados é desenvolvido em parceria com a família, estimulando a participação dos seus membros.

Deste modo, cabe ao enfermeiro capacitar o doente com HTA e sua família, facultando informação sobre o regime terapêutico e, ao mesmo tempo, motivando-os, estimulando-os de modo a serem proactivos, utilizando estratégias que visam a implementação de processos de ensino aprendizagem, para que adquiram competências que os capacitem para a aquisição de comportamentos adequados à sua condição de saúde (Pinto, 2012).

De acordo com Chaves (2006) a maioria dos programas educativos dirigidos ao utente com HTA utiliza uma linguagem pouco adequada, predominando uma visão reducionista do papel do utente, comprometendo o princípio de autonomia. Deste modo, na atuação ao longo do ciclo vital da família, o enfermeiro deve ter em conta as alterações sociodemográficas, por forma a auxiliar as famílias a ultrapassar as exigências e mudanças inerentes à patologia (Alarcão, 2000).

Um estudo desenvolvido por Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira (2013), que procurou identificar as características da adesão terapêutica e a frequência de ocorrência do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” em pessoas com HTA, observou que 9,7% ignoram que a HTA pode ser controlada por meio de dieta e 30% desconhece a cronicidade da doença. Ainda no mesmo estudo as autoras concluíram que 65% afirma não consumir sal na alimentação, 86% afirma não consumir gordura na alimentação, 79,2% nega tabagismo e 87,2% nega hábitos etílicos. No entanto 83% dos participantes referiram a presença de stresse na realidade quotidiana e assumiram a inabilidade em lidar com tais situações, fator que pode influenciar diretamente a elevação da PA.

Assim, torna-se essencial a consulta de enfermagem de vigilância de HTA em que o enfermeiro de família procura estabelecer parcerias com os utentes e as famílias a fim de promover a adesão ao tratamento através da disponibilidade de informação, melhorando a sua literacia em saúde; do uso adequado dos medicamentos para evitar complicações cardio-cerebrovasculares e estabelecer ligações entre os diferentes níveis do sistema de saúde para que as pessoas possam gerir de forma adequada com base no seu nível de risco (World Health Organization, 2013).

A intervenção do enfermeiro de família deve ser realizada no sentido de provocar modificações no domínio cognitivo, afetivo e comportamental do doente e da família. Conforme refere Wright & Leahey, (2011) é dessa forma que se modificam as percepções mútuas dos membros da família sobre a doença que vivenciam, e conseqüentemente modificam os seus

comportamentos. Também Barreto, Reiners, & Marcon (2014) chegaram a conclusões idênticas, pois referem que a família é uma importante aliada no tratamento, sendo percebida por muitos utentes como agente facilitador no processo de adesão ao tratamento e incentivadora na adoção de práticas de auto cuidado, como por exemplo a realização de exercício físico e no uso de alimentação adequada, além do acompanhamento no itinerário terapêutico.

Desta forma, a adesão ao regime terapêutico, facilita o ajustamento mental à doença. A intervenção personalizada dos enfermeiros de família através das consultas de vigilância e restantes contactos permite uma mudança biopsicossocial e espiritual de todos os membros da família, desenvolvendo competências. Interligado está a promoção da saúde e prevenção da doença através de dos ensinamentos realizados, sendo específicos para cada fase do ciclo vital e de cada família, constituindo assim um dos maiores desafios dos enfermeiros de CSP.

3. METODOLOGIA

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

No que se refere à organização do capítulo, este iniciar-se-á com o tipo de estudo, posteriormente seguir-se-á uma breve abordagem das variáveis em estudo, população e amostra, seguindo-se o tipo de intervenção. Ainda é apresentado o procedimento de recolha de dados, procedimentos éticos e por fim é descrito o procedimento de análise de dados.

3.1 Tipo de estudo

Segundo Fortin (2009) o tipo de estudo é determinado no decurso da formulação do problema, assim que a questão de investigação se torna definitiva. É a questão de investigação que define o método apropriado ao estudo do fenómeno. Neste sentido, o presente estudo enquadra-se numa metodologia de investigação de natureza quantitativa na medida em que visa explicar um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, de modo a estabelecer relações entre elas. Assim, a mesma autora afirma ainda que, na investigação quantitativa, procura-se, geralmente, obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares.

Considerando os objetivos estabelecidos para o estudo, pareceu-nos que um estudo de investigação do tipo investigação-ação seria a melhor opção para dar resposta à consecução, pelas características que a definem. No entanto, derivado às limitações temporais inerentes da duração do estágio onde se integrou o presente estudo, optou-se apenas por aplicar um ciclo inicial deste tipo de estudo.

Esta metodologia teve a sua génese nos Estados Unidos, nos anos 40 do século XX, tendo em conta o pensamento e a ação de Kurt Lewin. Este autor envolveu-se em vários projetos que procuravam contribuir para a solução de problemas sociais, sendo através deles que consolidou os princípios da investigação-ação, com duas características essenciais: que as decisões saíssem do próprio grupo a que a situação problemática dizia respeito e que a melhoria da situação problemática específica, só seria possível mediante o compromisso do grupo.

Os objetivos da investigação ação são orientados para a implementação de uma mudança, gerando teoria recorrendo à colaboração entre os intervenientes (do contexto e da investigação) para encontrar uma solução para o problema, implementar uma mudança na

prática e desenvolver teoria (Máximo-Esteves, 2008). Assim, o essencial na investigação-ação é a exploração reflexiva que o investigador faz, contribuindo dessa forma, não só para a resolução de problemas, como também, e principalmente, para a planificação e introdução de alterações na prática. Sendo um processo cíclico composto por fases que se desenvolvem de forma contínua, baseando-se na sequência: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de procedimentos em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva, como pode ser visualizado na Figura 2.

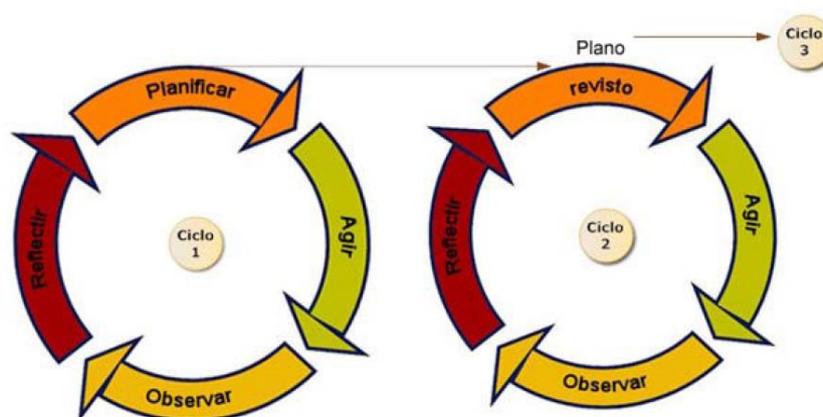


Figura 2: Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et al., 2009)

Segundo Susman & Evered (1978) as diferentes fases da investigação-ação podem apresentar diferentes perspetivas de interação entre o investigador principal e o contexto, que são:

- Diagnóstica: quando o investigador principal apenas se envolve na recolha de dados para o diagnóstico de situação e os disponibiliza ao contexto;
- Empírica: quando o investigador principal apenas avalia as ações desenvolvidas no contexto;
- “Experimental”: quando o investigador principal e o contexto participam em todas ou quase todas as fases;
- Participativa: quando o diagnóstico de situação e a definição do plano de ação é desenvolvido em colaboração.

Assim, como já foi referido anteriormente, devido a limitações temporais, o presente estudo foi composto apenas por diagnóstico, plano de ação, implementação da ação, avaliação e identificação do adquirido, com o objetivo de compreender o impacto da intervenção do

enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClinico*” do Centro de Saúde de Sever do Vouga.

Perante o tipo de problemática exposta o estudo foi também de carácter longitudinal e descritivo visto que permite explorar e determinar a existência de relações, com vista a descrever essas relações entre as diferentes variáveis e conhecer quais as que se apresentam mutuamente associadas em dois momentos de colheita de dados (Fortin, 2009).

3.2 Variáveis em estudo

A fim de concretizar os objetivos definidos anteriormente e dar resposta à questão de investigação são, de seguida, descritas as variáveis que foram operacionalizadas através dos instrumentos de recolha de dados (Quadro 4).

Quadro 4: Operacionalização das variáveis em estudo

| Tipo de Variáveis | Variáveis |
|--------------------------------|---|
| Variáveis independentes | Intervenção do enfermeiro de família no desenvolvimento de estratégias para o ajustamento mental. Intervenções dirigidas às áreas de desajustamento mental à HTA (Espírito de Luta, Evitamento/Negação, Fatalismo, Desespero/Desesperança e Preocupação ansiosa). |
| Variáveis dependentes | Ajustamento mental de doentes com HTA: Score obtido em cada uma das áreas da EAMD. |
| Variáveis atributo | Demográficas: idade e género. Nível Socio-profissional: estado civil, habilitações literárias, situação profissional atual e anterior à doença. Cronológicas: tempo de diagnóstico da doença e quantas vezes avalia a TA. Clinicas: toma de medicamentos para tratar a HTA, regularidade de consultas de vigilância da HTA, frequência e local de avaliação da TA. Outras: composição do agregado familiar. |

3.3 População e amostra em estudo

Este trabalho de investigação incidu sobre o estudo do ajustamento mental de doentes inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClínico*”, tendo como população os utentes da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga inscritos no programa “HTA” do “*SClínico*”.

Como critérios de inclusão dos participantes na amostra em estudo, definimos os seguintes:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar inscrito no programa “HTA” do sistema informático “*SClínico*” há mais de um ano;
- Frequentar as consultas de enfermagem de vigilância de HTA.

Como critérios de exclusão definimos os seguintes:

- Não domínio da língua portuguesa;
- Apresentar alterações mentais ou psicológicas diagnosticadas (segundo diagnósticos apresentados no sistema informático “*SClínico*” ou não ter capacidade cognitiva para a compreensão das questões (Score de MMSE inferior a 22));
- Impossibilidade de estabelecer contacto telefónico (para o segundo momento de recolha de dados).

Para a determinação da dimensão da amostra, utilizámos a ferramenta Raosoft Inc. tendo como referência uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Assim o número de utentes inscritos na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga é 12 473, o número de utentes inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClínico*” é 2 240 (18% dos utentes inscritos na UCSP fazem parte do programa “HTA” do sistema informático “*SClínico*”) e após a realização do cálculo a amostra recomendada será igual ou superior a 207¹.

Deste modo, a população do nosso estudo é composta por 2 240 utentes e a amostra final foi constituída por 329 utentes. Tal como sugere a Figura 3, no primeiro momento do ciclo de investigação-ação foram avaliados 333 utentes e no segundo momento 141 (apenas os participantes que foram classificados como “não ajustados” no primeiro momento). Na

¹ Dados obtidos a partir da consulta do sistema informático “*SClínico*” pela tutora do presente estágio e autorizados pela Comissão de Ética da ARS Centro. <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.

aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) 4 utentes apresentaram score inferior a 22 e 2 pessoas recusaram responder ao questionário no 2º momento.

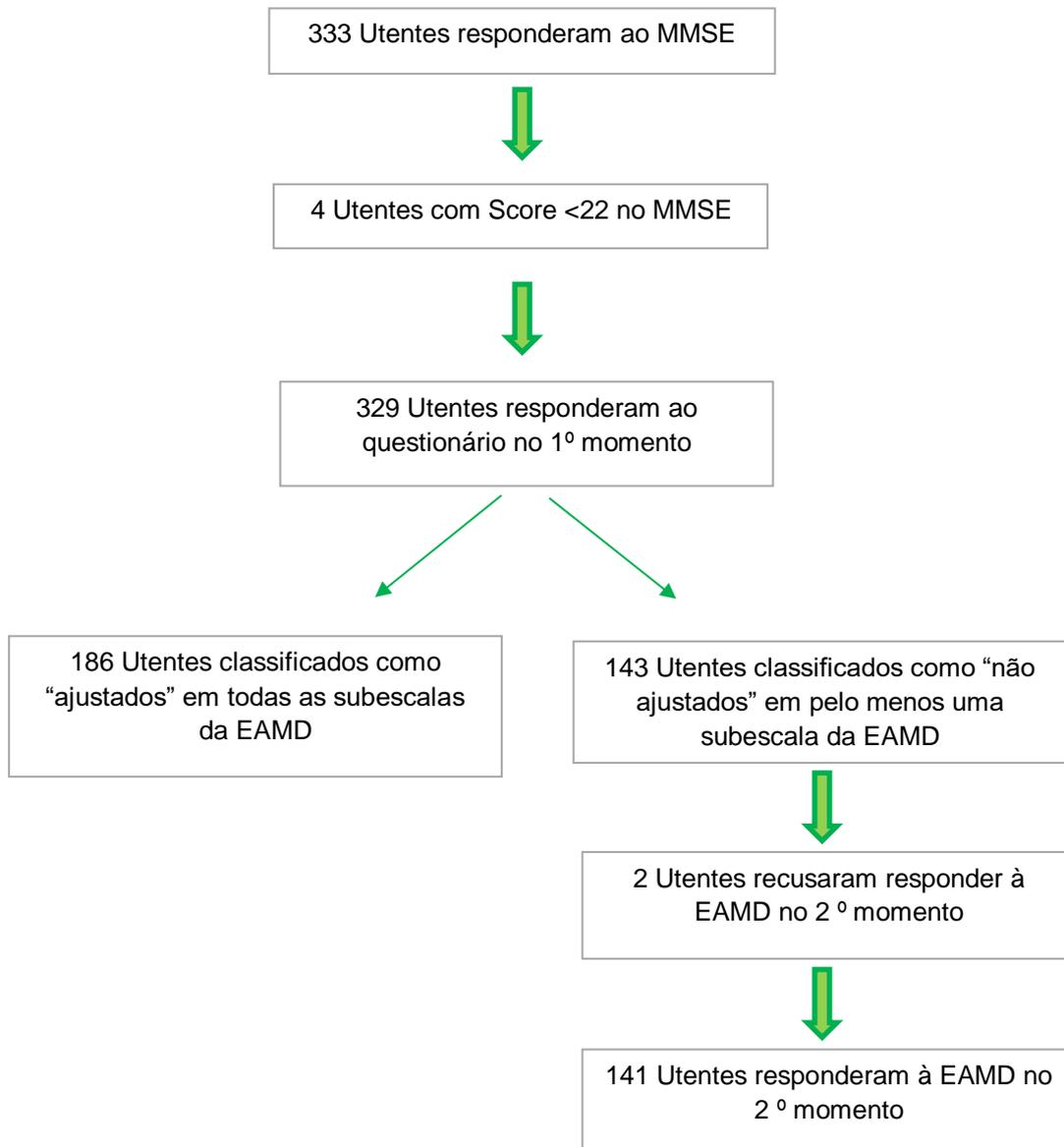


Figura 3: Fluxograma de constituição das amostras em estudo

O tipo de amostragem deste estudo foi não probabilística, na medida em que todos os elementos da população estão inscritos no programa "HTA" do sistema informático "*SClinico*" há mais de um ano e a constituição da amostra é por conveniência, ou seja a participação é voluntária, sendo previamente escolhidos por uma questão de conveniência (Alves, 2006).

3.4 Instrumentos de recolha de dados

No que se refere à recolha de dados, esta passou por duas fases fundamentais, de acordo com o ciclo de investigação-ação, devido ao carácter de investigação auto avaliativa (mudanças são continuamente avaliadas, numa perspetiva de adaptabilidade e de produção de novos conhecimentos), sendo então aplicado um ciclo inicial.

Os instrumentos utilizados foram, como já mencionado, o MMSE, questionário para caracterização sociodemográfica e clínica de participantes e EAMD.

Numa primeira fase, 329 utentes inscritos na UCSP de Sever do Vouga no programa de “HTA” do sistema informático “*SClínico*” responderam a um questionário que foi preenchido pela investigadora mediante as respostas dadas pelos participantes (MMSE, dados sociodemográficos, clínicos e EAMD).

O primeiro instrumento utilizado foi o MMSE, apenas com o objetivo de seleção da amostra de participantes. Este foi elaborado por Folstein *et al* em 1975, e é um dos testes mais utilizados para a avaliação do funcionamento cognitivo, permitindo determinar a fiabilidade das respostas. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de utentes geriátricos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Permite examinar a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais, podendo ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2008). Exceto nos itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MMSE foi derivado de instrumentos que já existiam. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita sobre habilidades de nomeação, seguidamente exige seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígono). Todas as questões são realizadas por ordem e podem receber um score imediato somando os valores atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Assim, permite avaliar o estado cognitivo, omitindo o julgamento e expressão (Chaves, 2008). Segundo Sequeira (2007) o MMSE foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. em 1994. O score pode variar de 0 a 30, para limitar o diagnóstico para defeito cognitivo. Segundo Morgado et al. (2009) os valores operacionais de “corte” para a população portuguesa são: escolaridade 0-2A: pontuação 22; escolaridade 0-6A: pontuação 24; escolaridade igual ou superior a 7A: pontuação 27. Deste modo foi considerado que os utentes ao responderem ao MMSE com obtenção de score igual ou superior a 22 estavam incluídos no estudo.

O segundo instrumento utilizado foi um questionário para a obtenção de dados que possibilitassem a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes de forma a enriquecer as conclusões traçadas no final do trabalho. Para verificar se o instrumento se encontrava adequado, perceptível e para prever o tempo de preenchimento, foi realizado um pré teste com 2 utentes que não fizeram parte da amostra, sendo possível concluir que não seriam necessárias alterações. O referido instrumento incluiu variáveis como a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional anterior à doença e atual, o número de elementos e composição do agregado familiar, o tempo de doença, a toma de medicação para tratar a HTA, a ida a consultas de vigilância de HTA, o local de avaliação da TA e a periodicidade de avaliação da TA.

O último instrumento de colheita de dados foi a EAMD. Esta escala permite avaliar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais face a um diagnóstico, por forma a determinar o ajustamento mental a uma doença. Esta escala foi adaptada e validada por Sá (2001) e teve origem na Escala de Ajustamento Mental ao Cancro. A escala original foi desenvolvida por Watson et al. (1988), composta por 58 questões e posteriormente os mesmos autores elaboraram uma versão reduzida, com 40 questões, distribuídas por 5 dimensões. Estas dimensões não foram confirmadas por outros estudos em língua inglesa a não ser o do Reino Unido (Romero et al., 2005). Isto levou os autores da escala a reconhecer as limitações da mesma e a desenvolver uma nova escala que incluiu um grande número de novos itens, o Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*). Também reconheceram limitações na avaliação de estratégias de *coping* de evitamento e foi tido em conta a fidelidade (consistência interna) de cada uma das cinco dimensões (Watson et al., 1988). A Mini-Mac foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos, & Samico (2003) e o estudo das suas características psicométricas foi realizado numa amostra de 60 doentes com diagnóstico de cancro, dos quais 30 tinham diagnóstico de cancro colo-rectal em fase inicial e 30 diagnóstico de cancro da mama. Segundo os autores, na versão portuguesa foi retirada a palavra “cancro”, por exigência da instituição onde os dados foram recolhidos. Na adaptação realizada por Sá (2001) a escala ficou passível de utilização em qualquer patologia, constituída por 47 questões, divididas em cinco áreas:

1. Espírito de luta (questões 4,5,6,11,13,16,18,20,26,27,28,31,32,34,39,40,41,42,43, 44,46 e 47) que determina a existência dum conjunto de respostas de *coping*, visão otimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença;
2. Desespero/desesperança (questões 2,9,17,23,25,36) que delimita a existência de respostas passivas face à doença, manifestadas essencialmente por uma visão negativista das competências bem como a descrença sobre a possibilidade de qualquer controlo sobre ela;
3. Preocupação ansiosa (questões 1,3,10,14,19,21,22,29,37) que demarca a existência de ansiedade persistente, por vezes acompanhada de depressão, procura informação compulsivamente como resposta comportamental sobre a

doença, mas tende a interpretá-la de forma pessimista, sendo incerto a capacidade de controlar a doença;

4. Fatalismo (questões 7,8,12,15,24,30,33,35,45) que permite saber se o doente vê o diagnóstico como uma ameaça *minor* com atitudes de confronto ausentes e serenidade sobre os resultados, verificando-se aceitação passiva;
5. Evitamento/Negação (questão 38) entendido como a recusa do diagnóstico ou admissão do diagnóstico mas negando a gravidade com visão positiva do prognóstico em que a questão do controlo é irrelevante.

Para responder às questões existem quatro opções, contabilizadas de 1 a 4 no tratamento dos dados, que são respetivamente: “Não se aplica de modo nenhum a mim” (1), “Não se aplica a mim” (2), “Aplica-se a mim” (3) e “Aplica-se totalmente a mim” (4), sendo que o score calculado representa o somatório das questões de cada área (Sá, 2001).

No nosso estudo, após o primeiro momento de recolha de dados foi calculado o *score* de cada dimensão e seguidamente realizada a classificação “ajustado” ou “não ajustado” de cada participante em cada dimensão, como indicado no Quadro 5. O segundo momento de recolha de dados, com pelo menos um mês de intervalo, foi realizado aos participantes que foram classificados como “não ajustados” em pelo menos uma das subescalas. Foi aplicada, por telefone, novamente a EAMD, mas os participantes apenas responderam às questões referentes às subescalas nas quais foram classificados como “não ajustados”.

Quadro 5: Pontos de corte para a classificação “Ajustado” *versus* “Não Ajustado” nas diversas subescalas da EAMD

| Área | Nº total de questões | Score Mín. | Score Máx. | Ajustado (score) | Desajustado (score) |
|-------------------------------|----------------------|------------|------------|------------------|---------------------|
| Espirito de Luta | 22 | 22 | 88 | 56 a 88 | 22 a 55 |
| Desespero/Desesperança | 6 | 6 | 24 | 6 a 15 | 16 a 24 |
| Preocupação Ansiosa | 9 | 9 | 36 | 9 a 23 | 24 a 36 |
| Fatalismo | 9 | 9 | 36 | 9 a 23 | 24 a 36 |
| Evitamento/Negação | 1 | 1 | 4 | 1 a 2 | 3 a 4 |

Relativamente aos pontos do corte para a classificação “ajustado” *versus* “não ajustado” nas diversas subescalas da EAMD, verificámos que na bibliografia consultada nenhum dos autores estabelece um *score* para a dicotomização das subescalas. Neste sentido, optámos pela seguinte dicotomização: como cada item avaliado tinha 4 opções de resposta, considerou-se que na subescala espirito de luta as duas primeiras opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “não ajustado”, enquanto as duas últimas opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “ajustado”. No caso das subescalas desespero/desesperança, preocupação ansiosa, fatalismo e evitamento negação o procedimento foi o contrário, ou seja as duas primeiras opções de resposta estavam

relacionadas com a classificação de “ajustado”, enquanto as duas últimas opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “não ajustado”. Como cada resposta estava codificada de 1 a 4, então o ponto de corte foi o ponto médio do intervalo de valores possíveis para uma determinada subescala.

Para facilitar a identificação e coincidência dos participantes entre o momento 1 e momento 2 de recolha de dados foi criado um código numérico por questionário e elaborada uma tabela de informação geral (código, nome, contacto telefónico, caracterização por subescala em cada momento e respetivas datas de realização).

Entre os momentos de recolha de dados foi realizada uma intervenção dirigida, educação para a saúde e promoção do ajustamento mental, com recurso ao manual criado que passamos a explicitar de seguida.

3.5 Tipo de intervenção

Com base na EAMD foi criado o “Manual do Ajustamento Mental de Doentes Hipertensos- Intervenções do Enfermeiro de Família” que serviu de orientação durante a intervenção, sendo sistematizado e organizado pelas cinco subescalas (Apêndice IV).

Na abordagem dos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1 existiu uma abordagem inicial semelhante para todos onde foi referido o significado de TA, quais os valores normais, respetiva classificação e quais as causas mais frequentes de HTA. Seguidamente e tendo em conta qual ou quais as subescalas em que foi classificado como “não ajustado” foram abordados temas definidos: regime medicamentoso, alimentação, exercício físico, HTA como doença crónica, complicações da HTA, autovigilância, avaliação correta da TA, qualidade de vida na HTA e/ou sintomas mais frequentes na HTA. Tendo em conta a especificidade de cada subescala, as intervenções foram agrupadas procurando responder às necessidades, como mostra o Quadro 6. Assim para a subescala espírito de luta foi abordado o regime medicamentoso (importância do seu cumprimento), alimentação (importância da redução do consumo de sal e de alguns alimentos e exercício físico (a não prática de exercício físico tem como consequência TA elevada e maior risco de doenças cardiovasculares); já na dimensão evitamento/negação foi apresentada a HTA como doença crónica (exige controle, não tem cura, a maioria dos casos não se conhece a causa) e complicações (hipertrofia do coração, deterioração das paredes das artérias, órgãos mais afetados). No que se refere à subescala fatalismo foi apresentada a importância da autovigilância (pressão arterial sistólica e diastólica), avaliação de TA (método e cuidados a ter), qualidade de vida (importância de tratamento contínuo, estilo de vida saudável como promoção de uma TA mais controlada), na subescala desespero/desesperança foi referida a importância da nutrição (dicas para cozinhar com pouco sal) e exercício físico (importância da

prática de exercício regular). Por último na subescala preocupação ansiosa foi reforçada a importância da autovigilância (interpretação de valores e técnica correta de avaliação de TA) e sintomatologia de HTA (tonturas, epistaxes e cefaleias). O momento da sua execução era breve, de alguns minutos e na sobreposição de temas em determinadas áreas a abordagem dos mesmos foi realizada apenas uma vez.

Quadro 6: Áreas não ajustadas e respetivas intervenções

| Áreas desajustadas | Temas abordados/desenvolvidos |
|---------------------------|--|
| Espírito de Luta | Regime medicamentoso, alimentação e exercício físico. |
| Evitamento/Negação | HTA como doença crónica e complicações da HTA. |
| Fatalismo | Autovigilância, como avaliar a TA e qualidade de vida na HTA. |
| Desespero/Desesperança | Nutrição (dicas para cozinhar com pouco sal) e exercício físico. |
| Preocupação Ansiosa | Autovigilância e sintomas da HTA. |

3.6 Procedimentos éticos

Toda a investigação com seres humanos deve ter presente três princípios éticos básicos com igual força moral: o respeito pela autonomia das pessoas e a proteção daquelas em que a mesma está diminuída; a beneficência referente à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o dano e a justiça que se refere à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que se considera moralmente correto e apropriado, nomeadamente aos mais vulneráveis (Sciences, 2002). Também durante a realização da presente investigação, tivemos presente estes princípios.

Para o desenvolvimento do projeto foi solicitada e obtida autorização por parte do Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, visto que a população alvo foram os utentes da referida unidade (Anexo II). Seguidamente foi dirigido um pedido de autorização à Direção Executiva do ACeS do Baixo Vouga para a aplicação do estudo, que posteriormente encaminhou para a Comissão de Ética da ARS Centro, a qual emitiu parecer favorável para a concretização do estudo (Anexo I). Para a utilização da EAMD foi solicitada autorização à Professora Doutora Eunice Sá e Professor Doutor José Pais Ribeiro, os quais autorizaram a utilização deste instrumento na investigação (Anexo III). O trabalho de investigação teve início após a obtenção de parecer positivo e a 20 de Setembro de 2016 iniciou-se a recolha de dados.

Durante todo o processo foi sempre respeitado o princípio da autonomia dos participantes pois inicialmente foram convidados a participar no estudo, explicados os seus objetivos e entregue a declaração de consentimento livre e esclarecido. Os mesmos tiveram oportunidade de ler e assinar de forma livre, esclarecida e ponderada, com a garantia de anonimato, confidencialidade dos dados e respeito pela sua dignidade. Todos os dados foram utilizados apenas para a obtenção dos resultados deste estudo, codificando-se numericamente sempre cada questionário de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade.

A consulta de informação entre o momento 1 e momento 2 foi realizada através da tabela criada com indicação do código numérico de cada questionário, como referido anteriormente, sendo que a esta informação apenas teve acesso a investigadora. Todas as consultas realizadas aos processos dos utentes tiveram a presença da enfermeira tutora.

Todos os utentes que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão puderam participar no estudo, garantindo o princípio da justiça na sua seleção.

3.7 Procedimentos de análise de dados

Para dar resposta aos objetivos estabelecidos para o estudo recorreremos a estatística descritiva e inferencial para analisar os dados obtidos. Depois de recolhidos os dados, estes foram introduzidos e tratados no programa de tratamento estatístico SPSS (*Statiscal Package for the Social Science*), na versão 24.0 para *Windows*.

Para a análise dos dados sociodemográficos e clínicos dos utentes inscritos no programa de “HTA” do “*SClínico*”, recorreremos a estatística descritiva para resumir e organizar o conjunto de dados, caracterizar os participantes, de forma a ser possível obter informações sobre a distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão dos dados (frequências, percentagens, médias, desvios padrão e percentil 25, 50 e 75). Relativamente à caracterização do ajustamento mental, esta foi feita de acordo com cada uma das subescalas (Espírito de Luta, Desespero/Desesperança, Preocupação Ansiosa, Fatalismo e Evitamento Negação) e ainda de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Para a análise da consistência interna dos questionários, foi utilizado o *alfa de Cronbach* tendo em consideração as subescalas utilizadas. Os valores do *alfa* são tipicamente classificados como excelente (se for superior ou igual a 0.9), bom (entre 0.8 e 0.9), aceitável (entre 0.7 e 0.8), questionável (entre 0.6 e 0.7), pobre (entre 0.5 e 0.6) e inaceitável (inferior a 0.5). Para a identificação de possíveis relações entre as variáveis consideradas e a classificação proposta (“ajustado” versus “não ajustado”) foi utilizado o teste do qui-quadrado para tabelas de contingência. Para determinar se a intervenção teve o efeito pretendido, foi utilizado um teste para a proporção de sucessos obtidos no segundo momento, considerando

que o sucesso representa um participante classificado como “não ajustado” no momento 1 e classificado como “ajustado” no momento 2. O valor testado nesta situação foi o valor 0, que representa a situação de não haver qualquer efeito da intervenção no segundo momento, dado que neste segundo momento, só foram avaliados os indivíduos classificados como “não ajustados” no primeiro momento. Os resultados são classificados como significativos se o valor p for inferior a 0.05.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Ao longo deste capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. São assim, descritas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes que compõem a amostra. Ainda é apresentada a caracterização do MMSE, da EAMD e da sua consistência interna. Posteriormente, são apresentados os resultados da EAMD no momento 1 e 2 bem como a análise comparativa entre cada um dos momentos de recolha de dados.

4.1 Caracterização da avaliação da capacidade cognitiva

A primeira abordagem realizada neste estudo teve como objetivo a avaliação da capacidade cognitiva dos participantes através da aplicação do MMSE. Como se pode observar na Tabela 1 o questionário foi aplicado a 333 participantes, sendo que 329 reuniam as condições de capacidade cognitiva para fazer parte do estudo. Foi considerado que ao responderem ao MMSE com obtenção de score igual ou superior a 22 reuniam condições para responder aos restantes instrumentos de recolha de dados. A obtenção de score inferior a 22 foi usado como critério de exclusão, visto que não reuniam capacidade para participar no estudo. Na análise dos questionários MMSE (score inferior a 22) foi possível notar que as áreas onde as questões ficaram pontuadas com valor 0 foram: atenção e cálculo, linguagem e habilidade construtiva. Portanto a amostra ficou constituída por 329 participantes, ou seja 98,2% dos inquiridos inicialmente, com um score médio de 28,4 e desvio padrão de 2,2.

Tabela 1: Caracterização dos participantes quanto à capacidade cognitiva para participar no estudo (n=333)

| Avaliação da capacidade cognitiva | n (%) | Score M±DP |
|--|--------------|-----------------------|
| Com capacidade | 329 (98,2) | 28,4±2,2 |
| Sem capacidade | 4 (1,2) | 15,6±3,2 |

4.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A partir dos dados apresentados na Tabela 2 é possível analisar a caracterização sociodemográfica dos participantes, verificando-se uma semelhança relativamente ao género, visto que 41,3% dos participantes são do género masculino e 58,7% são do género feminino. No que se refere ao estado civil, as categorias apresentadas mostram diferenças de classe desigual, visto que 63,5% são casados/juntos e apenas 3,6% se encontram

divorciados/separados. A amostra em estudo é, de uma forma geral, escolarizada havendo apenas 10,6% sem escolaridade, pelo que 62,3% dos indivíduos frequentou o 1º ciclo. Quando se analisa a composição do agregado familiar foi possível verificar que grande parte dos participantes vive acompanhado, pois 62,9% vive com cônjuge/companheiro e 28,3% vive sozinho, vivendo em média com 2,1 pessoas. No que confere à profissão e tendo em consideração a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), apenas 0,3% pertence às forças armadas, 5,2% são administrativos, 9,1% são profissionais qualificados da indústria, construção e artífices, e por último 61,7% são trabalhadores não qualificados. Outra variável analisada foi a idade, sendo a média de 70,8 anos com um desvio padrão de 11 e após estabelecidas as classes etárias, foi possível notar que 12,2% tem entre 51 e 60 anos, 28,9% tem entre 61 e 70 anos, 32,5% tem entre 71 e 80 anos. Confirma-se que a maioria dos participantes são reformados (52,6%) embora se verifique uma percentagem relevante (45,6%) de empregados antes do diagnóstico. No momento do estudo a situação profissional dos participantes que predomina é a de reformado, com 78,1% dos participantes.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=329)

| Variáveis Qualitativas | n (%) | Variáveis Quantitativas | n (%) | M±DP |
|--|--------------|------------------------------------|--------------|-------------|
| Género | | Idade (anos) | | 70,8±11,0 |
| Masculino | 136 (41,3) | 18 - 30 | 0 (0) | n.a. |
| Feminino | 193 (58,7) | 31 - 40 | 2 (0,6) | |
| | | 41 - 50 | 15 (4,6) | |
| Estado Civil | | 51 - 60 | 40 (12,2) | |
| Solteiro | 32 (9,7) | 61 - 70 | 95 (28,9) | |
| Casado/Junto | 209 (63,5) | 71 - 80 | 107 (32,5) | |
| Divorciado/Separado | 12 (3,6) | 81 - 90 | 64 (19,5) | |
| Viúvo | 76 (23,1) | >90 | 9 (1,8) | |
| Habilitações Literárias | | Nº de pessoas com quem vive | | 2,1±1,0 |
| Sem escolaridade | 35 (10,6) | Vive Sozinho | 93 (28,3) | n.a. |
| 4ª Classe/Frequência 1º ciclo | 205 (62,3) | Vive com 1 pessoa | 150 (45,6) | |
| Frequência de 2º ou 3º ciclo | 61 (18,5) | Vive com 2 pessoas | 50 (15,2) | |
| Ensino Secundário | 17 (5,2) | Vive com 3 pessoas | 25 (7,6) | |
| Ensino Superior | 11 (3,3) | Vive com 4 pessoas | 9 (2,7) | |
| | | Vive com 5 pessoas | 2 (0,6) | |
| Composição do Agregado Familiar | | | | |
| Não vive com ninguém | 93 (28,3) | | | |
| Vive com cônjuge/companheiro | 207 (62,9) | | | |
| Vive com Filhos/Netos | 100 (30,4) | | | |
| Vive com Sogro/Sogra/Genros/Noras | 2 (0,6) | | | |
| Vive com Irmãos/Pai/Mãe | 18 (5,4) | | | |
| Profissão | | | | |
| Forças Armadas | 1 (0,3) | | | |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas | 9 (2,7) | | | |
| Técnicos e profissões de nível intermédio | 3 (0,9) | | | |
| Pessoal Administrativo | 17 (5,2) | | | |
| Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção, segurança e vendedores | 6 (1,8) | | | |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta | 6 (1,8) | | | |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 30 (9,1) | | | |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 54 (16,4) | | | |
| Trabalhadores não qualificados | 203 (61,7) | | | |
| Situação Profissional Anterior à Doença | | | | |
| Estudante | 0 (0) | | | |
| Empregado | 150 (45,6) | | | |
| Desempregado | 6 (1,8) | | | |
| Reformado | 173 (52,6) | | | |
| Situação Profissional Atual | | | | |
| Estudante | 0 (0) | | | |
| Empregado | 61 (18,5) | | | |
| Desempregado | 11 (3,3) | | | |
| Reformado | 257 (78,1) | | | |

4.3 Caracterização clínica dos participantes

A Tabela 3 apresenta as distribuições pelas variáveis associadas à caracterização clínica dos participantes. Dado que o plano terapêutico nesta doença muitas vezes está associado a toma de medicação, foi possível verificar que 99,7% dos participantes tomam medicação para a HTA e 93,3% realiza-o há mais de um ano. No que se refere à frequência de ida a consultas de vigilância de HTA, como verificamos na Tabela 3, 95,7% referem ir a todas as consultas de vigilância, sendo que o maior motivo de falta é o esquecimento (4,3%), seguindo-se a falta de meios (0,6%). A vigilância da TA é essencial no controle da patologia e os resultados evidenciam que 35,6% avaliam a TA uma vez por mês e 25,5% uma vez por semana, sendo que a avaliação é realizada em consultas e em casa (47,7%). Em média o diagnóstico foi realizado há 8,4 anos e a maioria dos participantes foi diagnosticada com esta patologia entre 3 e 10 anos (3 a 5 anos: 27,4% e 6-10 anos: 27,4%).

Tabela 3: Caracterização clínica dos participantes (n=329)

| Variáveis Qualitativas | n (%) | Variáveis Quantitativas | n (%) | M±DP |
|--|------------|-------------------------------|-----------|---------|
| Toma de Medicação para HTA | | Tempo de Doença (anos) | | 8,4±6,0 |
| Não | 1 (0,3) | 1 – 2 | 51 (15,5) | n.a. |
| Sim | 328 (99,7) | 3 – 5 | 90 (27,4) | |
| Há cerca de um mês | 1 (0,3) | 6 – 10 | 90 (27,4) | |
| Há cerca de um ano | 20 (6,1) | 11 – 15 | 61 (18,5) | |
| Há mais de um ano | 307 (93,3) | 16 – 20 | 21 (6,4) | |
| | | >20 | 16 (4,9) | |
| Ida a Consultas de Vigilância de HTA | | | | |
| Não | 14 (4,3) | | | |
| Sim | 315 (95,7) | | | |
| Motivo de Falta a Consulta de Vigilância de HTA | | | | |
| Falta de tempo | 1 (0,3) | | | |
| Pouca importância | 0 (0) | | | |
| Falta de meios | 2 (0,6) | | | |
| Esquecimento | 11 (4,3) | | | |
| Outros | 0 (0) | | | |
| Local de Avaliação de TA | | | | |
| Consultas | 103 (31,3) | | | |
| Consultas e casa | 157 (47,7) | | | |
| Consultas, casa e farmácia | 14 (4,3) | | | |
| Consultas e farmácia | 55 (16,7) | | | |
| Frequência de Avaliação da TA | | | | |
| Uma vez por ano | 1 (0,3) | | | |
| Duas ou três vezes por ano | 110 (33,4) | | | |
| Uma vez por mês | 117 (35,6) | | | |
| Uma vez por semana | 84 (25,5) | | | |
| Todos os dias | 17 (5,2) | | | |

4.4 Consistência interna da EAMD no momento 1 por subescala

Para garantir a fidelidade da EAMD utilizou-se o teste *alfa de cronbach*, avaliando-se a sua consistência interna. Como se pode verificar na Tabela 4, para este estudo apurou-se um valor de *alfa de cronbach* inferior ao da bibliografia consultada na subescala espírito de luta (0,22). Já na subescala desespero/desesperança foi obtido um valor de *alfa de cronbach* de 0,92, sendo superior ao de outros estudos visto que Watson et al. (1988) obteve 0,79; Schwartz et al. (1992) 0,83; Nordin et al. (1999) 0,78 e Sá (2001) 0,83. Na subescala preocupação ansiosa alcançou-se igualmente 0,92 de valor de *alfa de cronbach* e comparando novamente com outros autores este valor é superior. Watson et al. (1988) obteve 0,65; Schwartz et al. (1992) 0,43; Nordin et al. (1999) 0,62 e Sá (2001) 0,60. No que se refere à subescala fatalismo foi obtido 0,94 e novamente um valor superior quando comparado com Watson et al. (1988) que obteve um valor de 0,65, Schwartz et al. (1992) 0,67, Nordin et al. (1999) 0,61 e Sá (2001) 0,64.

Tabela 4: Caracterização da consistência interna da EAMD no momento 1 por subescala através do cálculo de *alfa de cronbach* e comparação com outros estudos

| Subescala | Itens | α cronbach | | | | |
|------------------------|--|-------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-----------|
| | | Estudo atual | Watson et al. (1988) | Schwartz et al. (1992) | Nordin et al. (1999) | Sá (2001) |
| Espírito de Luta | Q:4,5,6,11,13,16,18,20,26,27,28,31,32,34,39,40,41,42,43,44,46,47 | 0,22 | 0,84 | 0,78 | 0,81 | 0,86 |
| Desespero/Desesperança | Q:2,9,17,23,25,36 | 0,92 | 0,79 | 0,83 | 0,78 | 0,83 |
| Preocupação Ansiosa | Q:1,3,10,14,19,21,22,29,37 | 0,92 | 0,65 | 0,43 | 0,62 | 0,60 |
| Fatalismo | Q:7,8,12,15,24,30,33,35,45 | 0,94 | 0,65 | 0,67 | 0,61 | 0,64 |
| Evitamento/Negação | Q:38 | n.a | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |

4.5 Caracterização da EAMD no momento 1 por subescala

Tal como referido anteriormente a avaliação do ajustamento mental foi realizado através da EAMD. Para cada uma das subescalas foi calculado o valor médio do *score* final, desvio padrão e ainda o valor de percentil 25, 50 e 75. Assim, através da Tabela 5 é possível verificar que a subescala espírito de luta teve como *score* médio de 64.1 pontos, DP de 4.4, P25 de 61, P50 de 64 e P75 de 68. Já a subescala desespero/desesperança obteve um *score* médio de 10.5 pontos, DP de 4.8, P25 de 7, P50 de 8 e P75 de 12. Para a subescala preocupação ansiosa calculou-se um *score* médio de 14.1 pontos, DP de 6.0, P25 de 11, P50 de 12 e P75 de 13. A subescala fatalismo demonstrou um *score* médio de 14.9 pontos, DP de

6.7, P25 de 11, P50 de 12 e P75 de 16 e por fim a subescala evitamento/negação exibiu um score médio de 1.7 pontos, DP de 0.8, P25 de 1, P50 de 61 e P75 de 2.

Tabela 5: Caracterização da EAMD no momento 1 por subescala (n=329)

| Subescala | M | DP | P25 | P50 (mediana) | P75 |
|------------------------|------|-----|-----|------------------|-----|
| Espirito de Luta | 64,1 | 4,4 | 61 | 64 | 68 |
| Desespero/Desesperança | 10,5 | 4,8 | 7 | 8 | 12 |
| Preocupação Ansiosa | 14,1 | 6,0 | 11 | 12 | 13 |
| Fatalismo | 14,9 | 6,7 | 11 | 12 | 16 |
| Evitamento/Negação | 1,7 | 0,8 | 1 | 1 | 2 |

4.6 Resultados da EAMD no momento 1 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala

Para o cumprimento do principal objetivo deste estudo foi necessário classificar os participantes como “ajustados” e “não ajustados” no momento 1 de recolha de dados. Assim, na Tabela 6 podemos observar, por subescala, a respetiva classificação. No que se refere à subescala espirito de luta, todos os participantes (329) foram classificados como “ajustados”, obtendo-se como valor médio de score de 64,1 pontos e DP de 4,4. Nas restantes subescalas os indivíduos foram classificados nos dois grupos. Na subescala desespero/desesperança 21,9% foram classificados como “não ajustados” obtendo-se respetivamente uma média de 18,9, DP de 1,7 e 78,1% foram classificados como “ajustados” com uma média de 8,2 e DP de 1,7. Na análise de resultados da subescala preocupação ansiosa 17,3% dos participantes foram classificados como “não ajustados” com um valor médio de 28,8 e DP de 1,9 e 82,7% pertencem ao grupo dos participantes classificados como “ajustados” com uma média de 11,4 e DP de 1,4. Relativamente à subescala fatalismo no momento 1 20,4% foram classificados como “não ajustados” com uma média de 27,5, DP de 1,7 e 79,6% são “ajustados” com um score médio de 11,6 e DP de 2,1. A última subescala analisada foi evitamento/negação e como se pode verificar abaixo, 14,6% foram classificados como “não ajustados” com uma média de 3,2 e DP de 0,4 e 85,4% como “ajustados” com uma média de 1,4 e DP de 0.5.

Tabela 6: Caracterização da EAMD no momento 1 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala (n=329)

| Subescalas | Não Ajustados | | Ajustados | |
|--------------------------|---------------|----------|------------|----------|
| | n (%) | M±DP | n (%) | M±DP |
| Espirito de Luta | 0(0) | n.a. | 329(100) | 64,1±4,4 |
| Desespero / Desesperança | 72 (21,9) | 18,9±1,7 | 257(78,1) | 8,2±1,7 |
| Preocupação Ansiosa | 57 (17,3) | 28,8±1,9 | 272 (82,7) | 11,4±1,4 |
| Fatalismo | 67(20,4) | 27,5±1,7 | 262(79,6) | 11,6±2,1 |
| Evitamento / Negação | 48 (14,6) | 3,2±0,4 | 281(85,4) | 1,4±0,5 |

4.7 Caracterização sociodemográfica e clínica através da classificação “ajustado/não ajustado”

Neste ponto do trabalho apresentamos os resultados obtidos com a comparação da caracterização sociodemográfica e clínica de participantes segundo a classificação “ajustado/não ajustado”. Foi utilizado o teste estatístico qui quadrado, para determinar resultados significativos. Assim, e através da análise da Tabela 7, podemos observar que no que se refere ao género 62,9% dos participantes classificados como “não ajustados” e 55,4% classificados como “ajustados” são do género feminino. Quanto ao estado civil constatou-se que dos participantes casados/juntos 61,5% foram classificados como “não ajustados” e 65,1% como “ajustados” e ainda que dos solteiros 11,2% foram classificados como “não ajustados” e 8,6% como “ajustados”. Entre o grupo de participantes classificados como “ajustados” ou “não ajustados” existe um cenário de semelhança no que se refere às habilitações literárias, podendo notar-se que 9,1 de classificados como “não ajustados” e 11,8 classificados como “ajustados” não têm escolaridade e também 12,6% de classificados como “não ajustados” e 5,4% dos classificados como “ajustados” frequentaram o ensino secundário e superior. A idade é apresentada na tabela seguinte como uma variável significativa, porque se obteve um valor de $p < 0.001$. Nesta variável salientamos que dos participantes classificados como “não ajustados” 29,3% dos classificados como “ajustados” têm entre 18 e 60 anos. Dos participantes classificados como “não ajustados” 22,1% e “ajustados” 41,5% têm entre 71 e 80 anos.

No que diz respeito ao agregado familiar pode constatar-se que 39,2% dos classificados como “não ajustados” e 50,5% dos classificados como “ajustados” vive acompanhado com uma pessoa. Um outro ponto relevante foi a situação profissional, quer situação profissional anterior à doença quer situação profissional atual visto que, como se pode observar na Tabela 7, obteve-se $p = 0.001$ e $p = 0.002$ respetivamente. Neste sentido, verificámos que 58% dos participantes classificados como “não ajustados” antes da doença estavam empregados/desempregados, no entanto dos participantes classificados como “ajustados” 60% eram reformados antes da doença. No que se refere à situação profissional atual 69,9% dos participantes classificados como “não ajustados” e 84,4% dos participantes classificados como “ajustados” encontravam-se reformados no momento da recolha de dados. Uma variável que evidenciou pouco diferença entre os grupos foi a “ida a consultas de vigilância de HTA”, uma vez que 94,4% dos participantes classificados como “não ajustados” e 96,8% dos participantes classificados como “ajustados” afirmaram frequentar todas estas consultas.

Derivado da circunstância de estarmos a estudar participantes com uma patologia específica, a HTA, fez-nos sentido analisar com maior pormenor o tempo de doença (em anos). Como podemos verificar na Tabela 7, os valores apresentados diferem muito pouco, como acontece o seguinte: 18,9% dos participantes classificados como “não ajustados” e 12,9% dos

participantes classificados como “ajustados” têm o diagnóstico desta doença entre 1 e 2 anos. A vigilância da HTA exige avaliações periódicas da TA e na análise de resultados foi possível determinar que a frequência de avaliação da TA é significativa para a classificação atribuída, sendo calculado $p=0.021$. Também se pode constatar pelo facto de 39,9% classificados como “não ajustados” e 29% dos classificados como “ajustados” avaliarem a TA de uma a três vezes por ano e 21% dos classificados como “não ajustados” e 29% dos classificados como “ajustados” avaliarem a TA uma vez por semana.

Tabela 7: Caracterização sociodemográfica e clínica através da classificação “ajustado/não ajustado” (n=329)

| | Classificação | | Teste estatístico (qui-quadrado) |
|--|--------------------|----------------|--|
| | Não Ajustados n(%) | Ajustados n(%) | |
| Gênero | | | |
| Masculino | 53(37,1) | 83(44,6) | $\chi^2(1)=1.906$ $p=0.167$ |
| Feminino | 90(62,9) | 103(55,4) | |
| Estado Civil | | | |
| Solteiro | 16(11,2) | 16(8,6) | $\chi^2(1)=0.739$ $p=0.691$ |
| Casado/Junto | 88(61,5) | 121(65,1) | |
| Divorciado/Separado/Viúvo | 39(27,3) | 49(26,3) | |
| Habilitações Literárias | | | |
| Sem escolaridade | 13(9,1) | 22(11,8) | $\chi^2(1)=7.321$ $p=0.062$ |
| 4ª Classe/Frequência 1º ciclo | 52(57,3) | 123(66,1) | |
| Frequência de 2º ou 3º ciclo | 30(21,0) | 31(16,7) | |
| Ensino Secundário/superior | 18(12,6) | 10(5,4) | |
| Idade (anos) | | | |
| 18-60 | 41(29,3) | 16(8,7) | $\chi^2(1)=30.271$ $p<0.001$ |
| 61 – 70 | 36(25,7) | 59(32,2) | |
| 71 – 80 | 31(22,1) | 76(41,5) | |
| >81 | 32(22,9) | 32(17,5) | |
| Agregado Familiar (nº pessoas que vive) | | | |
| Vive Sozinho | 41(28,7) | 52(28,0) | $\chi^2(1)=5.933$ $p=0.115$ |
| Vive com 1 pessoa | 56(39,2) | 94(50,5) | |
| Vive com 2 pessoas | 26(18,2) | 24(12,9) | |
| Vive com >2 pessoas | 20(14,0) | 16(8,6) | |
| Situação profissional anterior à doença | | | |
| Empregado/desempregado | 83(58,0) | 73(39,2) | $\chi^2(1)=11.454$ $p=0.001$ |
| Reformado | 60(42,0) | 113(60,8) | |
| Situação profissional atual | | | |
| Empregado/desempregado | 43(30,1) | 29(15,6) | $\chi^2(1)=9.917$ $p=0.002$ |
| Reformado | 100(69,9) | 157(84,4) | |
| Ida a Consultas de Vigilância de HTA | | | |
| Sim | 135(94,4) | 180(96,8) | $\chi^2(1)=1.113$ $p=0.291$ |
| Não | 8(5,6) | 6(3,2) | |
| Tempo de Doença (anos) | | | |
| 1 – 2 | 27(18,9) | 24(12,9) | $\chi^2(1)=3.310$ $p=0.346$ |
| 3 – 5 | 35(24,5) | 55(29,6) | |
| 6 – 10 | 36(25,2) | 54(29,0) | |
| >11 | 45(31,5) | 53(28,5) | |
| Frequência de Avaliação da TA | | | |
| Uma a três vezes por ano | 57(39,9) | 54(29,0) | $\chi^2(1)=9.635$ $p=0.021$ |
| Uma vez por mês | 53(37,1) | 64(34,4) | |
| Uma vez por semana | 30(21,0) | 54(29,0) | |
| Todos os dias | 3(2,1) | 14(7,5) | |

Resultados significativos a negrito

4.8 Consistência interna da EAMD no momento 2 por subescala

A avaliação da consistência interna da EAMD no momento 2 não foi realizada para a subescala espírito de luta visto que no momento 1 todos os participantes foram classificados “ajustados” para esta mesma subescala. Através da análise da tabela 8 podemos verificar que no momento 2 de recolha de dados os valores de *alfa de cronbach* se mantiveram aceitáveis. Para a subescala desespero/desesperança foi obtido um valor de 0,92; o valor mais baixo foi obtido para a subescala preocupação ansiosa com 0,76. Por último a subescala fatalismo apresentou um valor de 0,89 de *alfa de cronbach*.

Tabela 8: Caracterização da consistência interna da EAMD no momento 2 por subescala através do cálculo do *alfa de cronbach*

| Subescala | Itens | α cronbach |
|------------------------|--|----------------------|
| Espirito de Luta | Q:4,5,6,11,13,16,18,20,26,27,28,31,32,34,39,40,41,42,43,44,46,47 | n.a. |
| Desespero/Desesperança | Q:2,9,17,23,25,36 | 0,92 |
| Preocupação Ansiosa | Q:1,3,10,14,19,21,22,29,37 | 0,76 |
| Fatalismo | Q:7,8,12,15,24,30,33,35,45 | 0,89 |
| Evitamento/Negação | Q:38 | n.a. |

4.9 Resultados da EAMD no momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala

Como já referimos anteriormente, a subescala espírito de luta não foi aplicada no momento 2 visto que no momento 1 todos os participantes foram classificados como “ajustados” para esta mesma subescala. A Tabela 9 mostra as frequências, percentagens obtidas médias e desvio padrão para cada subescala aplicada no momento 2 de colheita de dados.

Relativamente à subescala desespero/desesperança 66,2% dos participantes foram classificados como “não ajustados” obtendo respetivamente uma média de 18,3 pontos, com um DP de 1,5. Por sua vez, 33,8% dos participantes foram classificados como “ajustados” com uma média de 8,1 pontos e DP de 1,4. Na análise dos resultados da subescala preocupação ansiosa, 54,4% dos participantes foram classificados como “não ajustados” com um valor médio de 24,8 pontos e DP de 0,9 e 43,9% dos participantes foram incluídos no grupo dos “ajustados” com uma média de 19,5 pontos e um DP de 1,9. No que diz respeito à avaliação da subescala fatalismo, 73,1% dos participantes foram qualificados como “não ajustados” com uma média de 26,8 pontos, e um DP de 1,8 e 26,9% foram considerados “ajustados” com um *score* médio de 11,2 pontos e um DP de 1,5. A última subescala avaliada foi a evitamento/negação e como se pode verificar na Tabela referida, 55,3% foram classificados

como “não ajustados” com uma média de 3,3 pontos e um DP de 0,4 e 41,7% como “ajustados” com uma média de 1,5 pontos e DP de 0,5.

Tabela 9: Caracterização da EAMD no momento 2 por subescala (n=329)

| Subescalas | Não Ajustados | | Ajustados | |
|--------------------------|---------------|----------|-----------|----------|
| | n (%) | M±DP | n (%) | M±DP |
| Espírito de Luta | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |
| Desespero / Desesperança | 47(66,2) | 18,3±1,5 | 24(33,8) | 8,1±1,4 |
| Preocupação Ansiosa | 31(54,4) | 24,8±0,9 | 25(43,9) | 19,5±1,9 |
| Fatalismo | 49(73,1) | 26,8±1,8 | 18(26,9) | 11,2±1,5 |
| Evitamento / Negação | 27(55,3) | 3,3±0,4 | 20(41,7) | 1,5±0,5 |

4.10 Resultados da análise comparativa da EAMD entre momento 1 e momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala

Após a análise comparativa dos resultados obtidos no momento 1 e 2, podemos verificar, através da análise da Tabela 10, a eficácia da intervenção, pois os resultados obtidos demonstram, para cada subescala e cada momento os participantes classificados como “ajustados” e “não ajustados”. Não foi considerada a subescala espírito de luta, visto que no momento 1 todos os participantes foram classificados como “ajustados”.

Para a subescala desespero/desesperança, 33,8% dos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, foram classificados como “ajustados” no segundo momento (24 em 71 participantes porque 1 participante inicial recusou responder neste segundo momento). O valor 33,8% indica a mudança de classificação destes participantes, acreditamos que o valor tenha sido influenciado pela intervenção realizada. Se a intervenção não produzisse qualquer efeito, o valor da proporção destes participantes seria o valor 0 (ou próximo de 0, intervenção sem efeito). Este valor foi escolhido por forma a demonstrar a eficácia da intervenção. O resultado obtido de 33,8% mostra-se ser significativo quando comparado com este valor de referência ($z=5.979$; $p<0.001$, $IC95\%=[22.5\%;45.1\%]$), ou seja, a intervenção produziu um efeito significativo para esta subescala.

No que se refere à subescala preocupação ansiosa 44,6% dos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, foram classificados como “ajustados” no segundo momento (25 em 57 participantes, porque tal como na subescala anterior um participante recusou participar neste segundo momento de avaliação). O valor 44,6% indica a mudança de classificação destes indivíduos devido à intervenção realizada ou seja, a intervenção produziu um efeito significativo segundo a regra expressa anteriormente.

Relativamente à subescala fatalismo 26,9% dos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, foram classificados como “ajustados” no segundo momento (18 em

67 participantes). O valor 26,9% indica a mudança de classificação destes indivíduos devido à intervenção realizada ou seja, também nesta subescala a intervenção realizada produziu efeito significativo tal como já referido.

No que diz respeito à última subescala, evitamento/negação 42,6% dos participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, foram classificados como “ajustados” no segundo momento (20 em 47 participantes porque um dos participantes recusou responder ao questionário neste segundo momento). O valor 42,6% indica a mudança de classificação destes indivíduos devido à intervenção realizada, podendo concluir que a intervenção produziu um efeito significativo como comprovado anteriormente.

Tabela 10: Resultados da análise comparativa da EAMD entre o momento 1 e momento 2 através da classificação “ajustado/não ajustado” por subescala (n=329)

| Subescalas | | Momento 1 | | Momento 2 | |
|------------------------|---------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | n (%) | M±DP | n (%) | M±DP |
| Desespero/Desesperança | Ajustados | 257(78,1) | 8,2±1,7 | 24(33,8) | 8,1±1,4 |
| | Não Ajustados | 72(21,9) | 18,9±1,7 | 47(66,2) | 18,3±1,5 |
| Preocupação Ansiosa | Ajustados | 272(82,7) | 11,4±1,4 | 25(44,6) | 19,5±1,9 |
| | Não Ajustados | 57(17,3) | 28,8±1,9 | 31(55,4) | 24,8±0,9 |
| Fatalismo | Ajustados | 262(79,6) | 11,6±2,1 | 18(26,9) | 11,2±1,5 |
| | Não Ajustados | 67(20,4) | 27,5±1,7 | 49(73,1) | 26,8±1,8 |
| Evitamento/Negação | Ajustados | 281(85,4) | 1,4±0,5 | 20(42,6) | 1,5±0,5 |
| | Não Ajustados | 48(14,6) | 3,2±0,4 | 27(57,4) | 3,3±0,4 |

5. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é fundamentada tendo por base os objetivos delineados para o estudo assim como pelo racional teórico apresentado no início da investigação. Deste modo, nesta última parte, serão analisados os resultados obtidos e realizada a sua discussão retomando os objetivos centrais da investigação.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes realizada, pode verificar-se que houve alguns dados relevantes que foram comuns com outros estudos, nomeadamente a predominância do sexo feminino. Neste sentido, no presente estudo, a maioria dos participantes eram do sexo feminino, o que também se verificou nos estudos de Barreto, Reiners, & Marcon (2014), Pinto (2012) e Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira (2013). No que se refere ao estado civil a maioria é casado/junto e seguidamente viúvo (23,1%), tal como acontece no estudo de Barreto, Reiners, & Marcon (2014). Relativamente às habilitações literárias dos participantes a tendência encontrada foi a de baixa escolaridade, resultados também verificados no estudo de Guerra (2012).

Ao nível da composição do agregado familiar, foram vários os estudos que constataram que a família nuclear, composta por um marido e uma mulher eram os agregados mais comuns para hipertensos (Hanus et al., 2015; Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira., 2013). No presente estudo o agregado é composto em média por 2,1 pessoas, o mais representado foi o composto por cônjuge/companheiro (viver com uma pessoa) seguindo-se os filhos/netos.

Quanto à profissão dos participantes, podemos constatar que 61,7% são trabalhadores não qualificados. No que se refere à caracterização clínica dos participantes, os resultados obtidos mostram concordância com a amostra de Sá (2001) no estudo que utilizou a mesma escala para uma patologia diferente, particularmente na situação profissional antes da doença com um número baixo de desempregados. No que se refere à situação profissional atual verificamos uma discordância com o estudo de Guerra (2012), visto que no seu estudo 54,0% dos participantes estavam desempregados e no nosso estudo apenas 3,3% estão na mesma condição.

Sendo a HTA uma patologia crónica, de acordo com o esperado, a percentagem de participantes que tomam medicação foi muito elevada (99,7%) pois segundo a Direção Geral da Saúde (2013) trata-se da DC mais prevalente em Portugal. Sendo esta realidade reforçada por uma média de 8,4 anos de tempo de doença e 57,2% ter a patologia há mais de 6 anos, facto também verificado no estudo de Hanus et al. (2015) .

Como referido anteriormente, a primeira recolha de dados foi efetuada no dia em que os participantes se deslocaram para a realização das consultas de vigilância de HTA, momento em que o enfermeiro de família promove a adesão ao regime terapêutico por forma a modificar perceções e comportamentos. Deste modo e tendo em conta os procedimentos realizados

nestas consultas é um momento privilegiado para a intervenção do enfermeiro de família e foi oportuno para a realização de intervenção integrada no trabalho desenvolvido. Os resultados do nosso estudo evidenciam que 95,7% dos participantes frequentam regularmente as consultas de vigilância de HTA, local onde avaliam sempre a TA e a restante monitorização é essencialmente realizada em casa (47,7%), estes dados estão de acordo com os resultados de Pinto (2012).

Quanto às características psicométricas da versão da EAMD por nós utilizada, foi determinada a sua fidelidade mediante o cálculo do *alfa de cronbach* em cada subescala no momento 1 e momento 2 de recolha de dados. Deste modo no momento 1 para as subescalas desespero/desesperança, preocupação ansiosa e fatalismo, obtivemos, no nosso estudo, valores de *alfa de cronbach* superiores comparativamente com outros autores como Watson et al., (1988), Schwartz et al., (1992), Nordin, Berglund, Terje, & Glimelius (1999) e ainda Sá (2001). Relativamente à subescala espírito de luta foi obtido um valor inferior aos dos estudos referidos (0,22) e todos os participantes foram classificados como “ajustados” no momento 1. Este resultado tornou-se significativo visto que não ocorreu em nenhum dos estudos consultados. Tendo em consideração que neste estudo existem fatores diferenciadores, seria pertinente confirmar os resultados obtidos por forma a determinar a sua relevância. Tendo em conta a especificidade de estudo é possível delimitar algumas hipóteses determinantes para os resultados obtidos, uma vez que este resultado foi muito diferenciador. Assim julgamos poder dever-se à média de idade dos participantes (70,8 anos), o caso de habitarem em localidade rural e a especificidade da patologia, essencialmente pela assintomatologia. Apesar de avaliações sucessivas com valores elevados de TA julgamos que não é o suficiente para a consciencialização e ajustamento da doença, visto que não é limitador para a satisfação das atividades de vida diária básicas e instrumentais, daí este resultado referente à subescala espírito de luta.

De acordo com diversos autores o ajustamento mental é definido como uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo a adaptação a essa mudança (Ridder, Geenen, Kuijer, & Middendorp, 2008). O ajustamento a uma determinada doença também tem sido classificado como uma boa qualidade de vida, bem-estar subjetivo, vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global. Esta descrição reflete o pensamento de Lorig et al. (2016) quando se refere ao ajustamento de doentes com doença crónica, acrescentando ainda que o suporte proporcionado pelos profissionais de saúde que acompanham o doente no processo de gestão da doença, que incluem questões como, o fornecimento de informação sobre a doença e o plano terapêutico adaptado às necessidades individuais, o ensino de competências de tomada de decisão e de resolução de problemas, o apoio emocional e o reconhecimento empático de emoções, é essencial tendo como objetivo que os doentes deverão assumir maior controlo sobre a sua saúde e condição clínica (Teoria da Autodeterminação). Foi com este princípio que foi criado o “Manual do Ajustamento Mental de Doentes Hipertensos – Intervenções do Enfermeiro de Família” tendo como princípio a educação para a saúde e a promoção do

ajustamento mental, procurando ir ao encontro de que o ser humano possui três necessidades psicológicas básicas, ou seja, a autonomia, a competência e o relacionamento, criando condições de bem-estar (Edward & Richard, 2000). Assim os princípios subjacentes à criação do manual foram a EAMD, tendo em consideração os temas abordados bem como o guia orientador no momento de intervenção. Através de algumas imagens e frases foi possível captar a atenção dos participantes e transmitir informação com objetivo de educação.

Os resultados do nosso estudo permitem-nos afirmar que os participantes apresentam um conjunto de respostas de *coping*, visão otimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença isto deve-se ao facto de todos os participantes terem sido classificados como “ajustados” no momento 1 para a subescala espírito de luta. Uma vez que não foi encontrado nenhum estudo que aplique a EAMD a participantes com HTA é possível que estes resultados estejam relacionados com o facto de a patologia ser inicialmente assintomática e o surgimento de manifestações como o exemplo de cefaleias, que se traduz num impacto imediato reduzido na vida da pessoa (Carvalho, 2011).

Relativamente à análise das implicações das características sociodemográficas no ajustamento mental à HTA, obtivemos alguns resultados significativos ($p < 0,05$) nomeadamente na idade, situação profissional anterior à doença e atual e ainda a frequência de avaliação de TA.

No estudo de Demoner, Ramos, & Pereira (2012) os autores concluíram que os participantes do sexo feminino apresentam tendencialmente um comportamento que não coincide com as recomendações dos profissionais de saúde durante as consultas de vigilância, uma vez que 62,9% dos participantes “não ajustados” são do sexo feminino, tendência esta que também se verificou no nosso estudo. No estudo levado a cabo por Saounatsou et al. (2001) foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a adesão ao tratamento, ou seja a presença de estratégias de coping e o controlo de desconforto emocional. Estes resultados são diferentes dos do nosso estudo, no que se refere a esta variável, pois encontramos um valor de $p = 0,062$, o que demonstra que as habilitações literárias não condicionam o ajustamento (por exemplo 9,1% dos participantes classificados como “não ajustados” e 11,8% dos participantes classificados como “ajustados” não têm escolaridade).

Na investigação desenvolvida por Demoner, Ramos, & Pereira (2012) e por Barreto, Reiners, & Marcon (2014) foi evidente a influência da idade com participação ativa do utente na terapia. No presente estudo para a variável idade foi calculado $p < 0,001$, derivando que utentes mais jovens estão menos ajustados. Os resultados do estudo de Demoner, Ramos, & Pereira (2012) evidenciam para a mesma variável um valor de $p = 0,0143$, concluindo ainda que os participantes mais jovens apresentam menor grau de adesão e conseqüentemente deficientes estratégias de *coping* e dificuldade de gestão da situação patológica.

Embora não sejam estudos realizados com a mesma população, a situação profissional demonstrou ser relevante na classificação “ajustado/não ajustado”, tal como nos estudos de Demoner, Ramos, & Pereira (2012) e de Sá (2001). Os participantes classificados como “não ajustados” antes do diagnóstico, maioritariamente (58%) estavam empregados/desempregados e ocorre o inverso em participantes classificados como “ajustados” portanto antes do diagnóstico 60,8% estavam reformados. Sendo oposto ao que relata Sá (2001) ao referir que os reformados apresentam maior desespero/desesperança que os empregados. Relativamente à situação profissional atual 69,9% dos participantes classificados como “não ajustados” são reformados e 84,4% dos participantes classificados como “ajustados” são reformados, o que novamente contraria os resultados de Sá (2001), pois no seu estudo os participantes com situação profissional atual de reformado apresentavam maior fatalismo e maior desespero.

A ida a consultas de vigilância de HTA tem como grande objetivo o suporte, ou seja apoio para a satisfação de necessidades básicas, sendo preditivo de maior autonomia na adoção de comportamentos de saúde (Patrick & Williams, 2012). Porém, no nosso estudo, esta frequência não se mostrou significativa ($p=0,291$). Este resultado é diferente dos resultados de Santos, Floêncio, Oliveira, & Moreira (2012) pois no seu estudo acerca da “Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem” concluíram que a ida regular a consultas de vigilância é positivo para existirem alterações nos hábitos de saúde no sentido de adotar práticas saudáveis.

Já Schnoll, Harlow, Brandt, & Stolbach (1998) explicaram que o tempo de diagnóstico pode ser entendido como um estímulo ameaçador que desencadeia um determinado processo de avaliação da situação e, posteriormente, uma determinada resposta de *coping* que, em associação com a avaliação, determinam o resultado emocional da experiência. Este fato pode ser comparado com os resultados obtidos no nosso estudo, pois foi obtida uma relação entre tempo de doença e ajustamento mental. Apesar de não se revelar uma variável significativa ($p=0,346$) a maior percentagem de participantes classificados como “não ajustados” tem a doença entre 6 e 10 anos e 29,6% dos participantes classificados como “ajustados” têm o diagnóstico de HTA entre 3 a 5 anos.

Como referido anteriormente o ajustamento mental compreende a avaliação do conhecimento e, concludentemente, as reações emocionais que advém da situação. Em consequência deste princípio, num estudo desenvolvido por Merluzzi & Martinez (1997), foi possível verificar-se que indivíduos que utilizam estilos de *coping* funcionais têm melhores aptidões de confronto perante as exigências envolvidas no diagnóstico da doença e, conseqüentemente, se encontram melhor ajustados emocionalmente. Paralelamente a este princípio e considerando que uma das imposições após o diagnóstico é a avaliação regular da TA, as conclusões do nosso estudo demonstram como resultado significativo ($p=0,021$) a relação entre a frequência da avaliação da TA e o ajustamento mental. Podemos, portanto, concluir esta relação, pois 21% dos participantes classificados como “não ajustados” e 29%

dos participantes classificados como “ajustados” avalia a TA 1x por semana. O mesmo cenário acontece quando a avaliação é diária, pois 2% dos participantes classificados como “não ajustados” e 7,5% dos participantes classificados como “ajustados” avalia a TA diariamente. Este resultado vai ao encontro do estudo de Santos, Floêncio, Oliveira, & Moreira (2012) ao concluírem que o controle da TA é um elemento positivo na aceitação, adesão terapêutica e gestão emocional.

Num artigo sobre a estratégia de saúde da família, o Ministério da Saúde do Brasil (2011) refere que as equipas de saúde familiar possuem os melhores requisitos para a promoção do tratamento de patologias como a HTA, pois estimulam o relacionamento, favorecem a coresponsabilização de tratamento e promovem ações educativas para o ajustamento através da adesão terapêutica. Foi neste sentido que foi criado o manual de educação para a saúde, suporte à intervenção realizada a participantes classificados como “não ajustados” no momento 1. Como se pode verificar, os resultados expressos no capítulo anterior traduzem uma notória alteração de classificação. De facto o número de participantes classificados como “ajustados” no momento 2 foi superior ao do momento 1, revelando assim a eficácia da intervenção. Segundo a World Organization Health (1998) a educação em saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida, que são favoráveis ao indivíduo e comunidade.

A abordagem global realizada a todos os participantes classificados como “não ajustados” no momento 1 teve como objetivo dar a conhecer o que é a TA, por forma a uniformizar o início de intervenção. Para a subescala desespero/desesperança os temas abordados foram nutrição e exercício físico, procurando estratégias não farmacológicas que promovem o controlo de TA, o que permitiu que 24 participantes inicialmente classificados como “não ajustados” para esta subescala fossem classificados como “ajustados” no momento 2. No que se refere à subescala preocupação ansiosa os temas abordados foram autovigilância e sintomatologia de HTA, demonstrando que a autovigilância correta é essencial na prevenção de complicações e o conhecimento da sintomatologia possibilita “diminuir a preocupação que a doença piore e ao obter em avaliações valores normais de TA possibilita a diminuição da insatisfação perante o diagnóstico”, o que permitiu que 25 participantes inicialmente classificados como “não ajustados” para a referida subescala fossem classificados como “ajustados” no momento 2. Relativamente à subescala Fatalismo a intervenção de educação para a saúde abordou a autovigilância e qualidade de vida, reforçando que “não pode deixar tudo ao cuidado dos médicos” visto que os cuidados de controlo de TA dependem da pessoa e é possível “ter controlo sobre os acontecimentos” através de uma vigilância adequada. Desta forma foi possível que 18 participantes inicialmente classificados como “não ajustados” na subescala fatalismo fossem classificados como “ajustados” no momento 2. Por fim confirmou-se o sucesso da intervenção com a subescala evitamento/negação em que foi indicada a HTA

como doença crónica e quais as complicações mais frequentes, procurando dar resposta “à não aceitação da doença”. Assim, contribuiu para que 20 participantes inicialmente classificados como “não ajustados” na subescala evitamento/negação fossem classificados como “ajustados” no momento 2. Assim foi possível determinar as intervenções de enfermagem que promoveram o ajustamento mental.

Podemos ainda referir que a intervenção do enfermeiro de família tem efeitos benéficos, procurando responder às necessidades das pessoas de forma adequada e responsável. Segundo Ferreira (2010) os aspetos mais positivos da implementação do trabalho do enfermeiro de família são a responsabilização do enfermeiro por um grupo de famílias, a possibilidade de cada família ter um enfermeiro de referência, tido como uma mais valia e facilitando a acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados, maior promoção da visita domiciliária, a implicação de um trabalho de equipa transdisciplinar, a prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, e assente numa relação de ajuda de maior confiança.

Perante esta discussão de resultados o resultado obtido é indicativo de uma evolução, pois foi possível obter dados muito particulares que proporcionaram uma oportunidade de reflexão. Apesar de não ter sido possível esclarecer e correlacionar todos os dados obtidos temos a salientar que se tratou de um estudo com características específicas.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Numa análise final sobre os resultados obtidos e tendo em consideração a questão de investigação e os objetivos definidos para este trabalho de investigação, podemos tecer uma série de conclusões que despontaram da análise e discussão de resultados. Também serão apresentadas as principais limitações do estudo e implicações para a prática e trabalho futuro.

As principais conclusões desta investigação permitiram dar resposta à questão de investigação e aos objetivos inicialmente definidos. Assim, ao longo da realização de todo o trabalho, foi possível avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA, inscritos no programa de “HTA” do sistema informático “*SClinico*” da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, caracterizar socio demograficamente e clinicamente os participantes da investigação, avaliar o ajustamento mental de doentes com HTA há mais de um ano, através da aplicação da EAMD, determinar as intervenções de enfermagem que promoveram o ajustamento mental e por fim avaliar o ajustamento mental de doentes inscritos no programa “HTA”, inicialmente classificados como “não ajustados”, após a intervenção.

Dando ênfase às principais conclusões do estudo, podemos referir que do ponto de vista sociodemográfico, obtivemos uma amostra de participantes com idade média relativamente alta, maioritariamente do sexo feminino, com um baixo nível de escolaridade, que coabitavam, tendencialmente, com o cônjuge/companheiro e a maioria dos participantes são reformados. A nível clínico os participantes têm em média a doença há 8,4 anos, avaliam a TA nas consultas de vigilância e em casa, realizando essa avaliação essencialmente uma vez por mês.

A avaliação da consistência interna através do cálculo do *alfa de cronbach* revelou para a subescala espírito de luta um valor não aceitável e todos os participantes foram classificados como “ajustados” no momento 1 de recolha de dados. Para as restantes subescalas os participantes foram classificados como “ajustados” ou “não ajustados” em ambos os momentos de recolha de dados. Os resultados apresentados permitem tecer, como principal conclusão, que a intervenção realizada para o ajustamento mental teve efeito positivo, pois os participantes inicialmente classificados como “não ajustados” no segundo momento foram classificados como “ajustados”. Deste modo seria importante continuar a investigação por implementação de outro ciclo de investigação ação.

A primeira limitação neste estudo foi sentida no momento de execução do projeto e planeamento da sua execução, visto que a obtenção de autorização demorou cerca de 5 meses. Como principal limitação na execução do estudo, devemos salientar a limitação temporal para o seu desenvolvimento, o que se refletiu, essencialmente, no facto de não ter sido possível implementar um segundo ciclo de investigação ação. Esta limitação refletiu-se, também, na dificuldade da implementação da intervenção, uma vez que seria necessário

disponibilizar mais tempo para a sua realização. Tendo em conta que a constituição da amostra do estudo foi por conveniência, isto leva à impossibilidade da generalização dos resultados do estudo, contudo estes podem constituir uma fonte de desenvolvimento para futuros estudos.

Todos os trabalhos de investigação são considerados um contributo para o aprofundamento de uma determinada temática, participando como promotor de mudança e lançamento de novas investigações. Esta investigação não foi diferente, na medida em que se trata de um estudo descritivo abordando o ajustamento mental de doentes com HTA e levando a diferentes mudanças na prestação de cuidados de enfermeiros de família. Depois de analisadas as conclusões surgiram expectativas práticas de mudança relativamente à intervenção do enfermeiro de família promovendo o ajustamento mental de utentes com HTA. Pretendemos que o trabalho desenvolvido constitua um pequeno contributo no progresso do conhecimento e intervenção do enfermeiro de família e que os resultados permitam criar oportunidades e experiências de aprendizagem, de forma a uma prestação de cuidados mais personalizada e eficaz tendo como objetivo principal a promoção da saúde das famílias e de todos os seus membros.

Assim, sugerimos que se desenvolvam novos estudos sobre esta temática, noutros contextos de trabalho e com amostras de diferentes, como por exemplo mais representativas. Outra sugestão, prende-se com o desenvolvimento de um trabalho que procure a correlação entre as diferentes subescalas bem como a classificação de “ajustado” e “não ajustado” com as características sociodemográficas e clínicas.

Uma tarefa ainda a cumprir é a divulgação do trabalho desenvolvido uma vez que possibilitará uma oportunidade de reflexão dos enfermeiros sobre as suas práticas com vista a mudanças favoráveis. Em última instância, pretendemos que, pelo menos, os resultados obtidos despertem o interesse dos profissionais para a obtenção de mais informação sobre a temática.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório reflexivo permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente definidos para o mesmo, uma vez que se procurou evidenciar o trabalho desenvolvido na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga, analisando de forma critico-reflexiva as competências desenvolvidas, demonstrando algumas dificuldades que surgiram. Foi, ainda, possível, apresentar os resultados da investigação desenvolvida, integrada no estágio, que se prendeu, sobretudo, em avaliar a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de utentes inscritos no programa “HTA” do sistema informático “*SClinico*” da referida unidade funcional.

No decorrer do estágio considero que foi possível adquirir e desenvolver competências, modificar e melhorar atitudes e adquirir novas habilidades que permitiram ter novas formas de relacionamento com as famílias e com os profissionais de saúde, assumindo assim que o enfermeiro de família tem *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

As vivências de contexto de estágio, de proximidade com as famílias, desenvolvidas ao longo deste estágio, evidenciou as especificidades da prestação de cuidados, visto que são complexas e dinâmicas e constituíram um enorme desafio. O primeiro momento de recolha de dados do trabalho de investigação constituiu um verdadeiro momento de aprendizagem, foi possível constatar que, ao conhecer as especificidades da sua patologia e como aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico, as suas crenças e valores são essenciais na prestação de cuidados do enfermeiro de família, tornando-se um recurso fundamental para apoiar as suas escolhas e ajudá-las perante os momentos de crise e de transição.

As avaliações do ajustamento mental realizadas realçaram a importância das consultas de vigilância de HTA, demonstrando que a idade, situação profissional e frequência de avaliação de TA são fatores marcantes para o ajustamento mental. No entanto, o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro de família requer articulação com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente com o médico de família, para que o trabalho de todos se complete e as intervenções sejam eficazes. Porém, a questão temporal é limitadora uma vez que determinadas intervenções não podem ser realizadas num curto espaço de tempo. Outro aspeto a realçar é a escassez de recursos humanos, o que faz com que nem sempre seja possível estabelecer uma articulação com outros profissionais, como por exemplo com psicólogos.

Esperamos que o trabalho desenvolvido tenha constituído uma mais-valia para os utentes da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga que participaram no estudo. A frequência deste estágio revelou-se uma experiência bastante enriquecedora e aliciante, de carácter pessoal e profissional. Constituiu um momento importante de aprendizagem como parte integrante do 3º semestre do mestrado, possibilitando o aprofundamento de conhecimentos no que diz respeito à enfermagem de família e ao ajustamento mental. A limitação temporal para o desenvolvimento do trabalho de investigação despertou interesse na continuação da investigação na produção de conhecimentos nesta área. Especificamente, o trabalho de investigação constituiu um momento privilegiado de descoberta, constituindo um desafio constante, fazendo com que, ao longo do percurso, surgissem estratégias para ultrapassar obstáculos, momentos de reflexão que contribuíram, quer para o crescimento a todos os níveis.

Como já referido anteriormente, e após o balanço positivo, algumas dificuldades tornaram este trabalho mais aliciante e recompensador, a exigência de um esforço acrescido foi uma constante. A gestão da carga horária, o esforço na recolha de dados e intervenção realizada para promoção do ajustamento mental julgamos ter sido o mais exigente.

Como sugestão, consideramos que, numa fase anterior à realização do trabalho de investigação deveria existir um maior investimento na abordagem de conteúdos de investigação e tratamento de dados, para que o planeamento do trabalho seja mais consistente e a sua execução menos limitadora. Após a conclusão deste curso, será pertinente a apresentação à equipa da UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga dos resultados obtidos e a discussão do estudo, para que a mesma tenha percepção da sua prática, tendo como objetivo a melhoria contínua da prestação de cuidados nesta área. Nessa mesma sessão, poderá, eventualmente, ser proposta a implementação do manual criado para que a atuação na área do ajustamento mental se torne mais fácil e adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, J. P. L. (2011). "Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress , ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente" (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8921/1/Dissertação de Mestrado.pdf>
- Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.
- Alves, N. Á. D. C. (2006). Investigação por Inquérito. Retrieved from <http://www.amendes.uac.pt/monograf/tra06investglnq.pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 2), 45–53. doi.org/10.12707/RII1013
- Barreto, M. D. S., Reiners, A. A. O., & Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 491–498. doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442
- Barros, L. (2010). Família, Saúde e Doença: a intervenção dirigida aos pais. Instituto Politécnico de Lisboa. Retrieved from [http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/768/1/Fam%C3%ADlia%2C sa%C3%BAde e doen%C3%A7a.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/768/1/Fam%C3%ADlia%2C%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf)
- Carreta, M. (2006). Risco Cardiovascular Global. *The British Journal of Cardiology*, 2(1), 7–9.
- Carvalho, D. (2011). Diabetes e Hipertensão. *Revista Fatores de Risco*, 22, 50–54.
- Chaves, E. S. (2006). Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 543–547. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a13v59n4.pdf>
- Chaves, M. L. F. (2008). Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, 30.
- Costa, I. M. A. R. da. (2009). Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros. (Master's thesis, Universidade de Coimbra). Retrieved from [https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel Costa.pdf](https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/13505/1/Tese_mestrado_Isabel%20Costa.pdf)
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação E Cultura*, XIII(2), 445–479. doi:49418854

Cruz, M. F. F. (2011). Educação para a saúde - intervenção comunitária aos três níveis de prevenção. (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8814>

Demoner, M. S., Ramos, E. R. de P., & Pereira, E. R. (2012). Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe1), 27–34. doi.org/10.1590/S0103-21002012000800005

Direção Geral de Saúde. (2013). Hipertensão Arterial: Definição e Classificação (pp. 1–6). Lisboa: DGS

Direção Geral de Saúde. (2015). Doenças Cérebro-cardiovasculares em números - 2015 (pp. 84–86). Lisboa: DGS

Edward, L. D., & Richard, M. R. (2000). Commentaries on “The ‘What’ and ‘Why’ of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior.” *Psychological Inquiry*, 11(4), 269–318. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_DeciRyan_PIWhatWhy.pdf

ESSUA. (2016). Guia Orientador de Estágio. Aveiro.

Ferreira, L. (2010). De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”? Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandoosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>

Figueiredo, M. H. J. S. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures:Lusodidacta.

Guerra, E. H. (2012). Aderência ao tratamento em pessoas com hipertensão arterial. *Avances En Enfermería*, (2), 67–75. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>

Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria Prática e Investigação. Loures: Lusociência.

Hanus, J., Simões, P., Amboini, G., Ceretta, L., & Tuon, L. (2015). Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 381–387. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0381.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa: INE. Instituto Nacional de Estatística.

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). Family health care nursing. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Retrieved from

<http://www.sbm.u.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book.pdf>

Lorig, K., Ritter, P. L., Turner, R. M., English, K., Laurent, D. D., & Greenberg, J. (2016). Benefits of diabetes self-management for health plan members: A 6-Month Translation Study. *Journal of Medical*, 18(6), 164–174. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27342265>

Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40, 712–719. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), 2159–2219. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs151>

Martins, L. (2010). Portugal e hipertensão arterial: uma relação fatal. *Revista de Saúde Pública*, 4–7.

Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação-acção*. Porto: Porto Editora.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Merluzzi, T. V., & Martinez, S. M. A. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16, 163 – 170. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9269887>

Ministerio da Saúde. (2006). *Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf

Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Família nos CSP - Pressupostos para a sua implementação*. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/primarios/>

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto de 2014 (2014). Portugal: Diário da República.

Ministério da Saúde do Brasil. (2011). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial Da República Federativa Do Brasil, Brasília, 2488. Retrieved from <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/>

Monteiro, M. C. D. (2010). Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar - o início da dependência. (Master's thesis, Universidade do Porto). Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria Clara Duarte Monteiro.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf)

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(8), 10. doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.05.002

Nascimento, A. C. G., Alves, A. C. P., Almeida, A. I. M., & Oliveira, C. J. (2013). Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” na atenção primária. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 16(4), 365–377. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=718791&indexSearch=ID>

Nordin, K., Berglund, G., Terje, J., & Glimelius, B. (1999). The mental adjustment to cancer scale: A psycho-metric analysis and the concept of coping, 8, 250–259.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Um novo modelo de desenvolvimento profissional - Certificação de Competências e Individualização de Especialidades. Suplemento da revista nº 26. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf

Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia Saúde & Doenças*, 4(2), 231–247. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a05.pdf>

Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 918.

Pinto, A. P. P. P. (2012). Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico - Intervir para Preenir. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja). Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3939/1/Viver com HTA e Ades%C3%A3o ao Regime Terap%C3%AAutico - Final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf)

Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. *Journal of Hypertension*, 32(6), 1211–1221. Retrieved from http://sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf

Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 25(6), 649–660.

Réguia, L. P. E. S. M. (2010). A participação das pessoas com doença de crohn no processo de

cuidados. (Master's thesis, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26627/2/teseLaraRegua.pdf>

Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18640461>

Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K. R., & Friedman, L. C. (2005). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioural Medicine*, 29(1), 29–36.

Sá, E. M. C. S. (2001). A Influência da Adaptação Mental à Doença Oncológica na Qualidade de Vida do Doente Hemato-Oncológico, em Ambulatório. (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/881/1/DM SA-E1.pdf>

Santos, A. (2015). Guião De Consultas De Enfermagem De Saúde Comunitária E Da Família. Centro De Saúde De Loures - Unidade De Saúde Familiar Magnólia. Centro de Saúde de Loures. Retrieved from http://entrelinhas.weebly.com/uploads/3/5/3/1/3531036/guioo_de_consultas.pdf

Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2006). Estudo de Adaptação da Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar, 7(1), 29–55. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1063/1/PSD 2006 7\(1\) 29-55.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1063/1/PSD 2006 7(1) 29-55.pdf)

Santos, J. C. dos, Floêncio, R. S., Oliveira, C. J. de, & Moreira, T. M. M. (2012). Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 13(2), 343–53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027981011>

Saounatsou, M., Patsi, O., Fasoi, G., Stylianou, M., Kavga, A., Economou, O., ... Nicolaou, M. (2001). The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication, 18(6), 436–442. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11737812>

Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, U., & Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. In *Psychooncology* (pp. 424–435). Retrieved from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199809\)7:5<424::AID-PON322>3.0.CO;2-2/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1611(199809)7:5<424::AID-PON322>3.0.CO;2-2/abstract)

Schwartz, C., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the mental adjustment to cancer scale, 22, 203–210.

Sciences C. I. O. M. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão E Risco Cardiocascular*, 39, 91. Retrieved from http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf

Susman, G. I., & Evered, R. D. (1978). An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, 23, 582–603. Retrieved from https://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/INF9930/v12/undervisningsmateriale/Susman_Evered.pdf

Trindade, I. D. (2016). Análise Pragmática da Comorbilidade Associada a Doentes com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão E Risco Cardiocascular*, 51, 40. Retrieved from http://www.sphta.org.pt/files/revista_51_-_final.pdf

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Sever do Vouga. (2017). Relatório de Atividades 2016. Aveiro.

Uva, M. S., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Dias, C. M. (2014). Prevalência e Incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa [PDF]. Retrieved from [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2980/1/Relat%C3%B3rio Hipertens%C3%A3o arterial.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2980/1/Relat%C3%B3rio%20Hipertens%C3%A3o%20arterial.pdf)

Varela, M., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de coping e suporte social. 7º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde, 399–402. Retrieved from <http://www.isabel-leal.com/Portals/1/PDFs/7congresso/vii-congresso-saude-pp-399-402.pdf>

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, C., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203–209.

Watson M, Greer S, Yuong J, Inayat Q, R. C. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203–209.

World Organization Health. (1998). Health Promotion Glossary. World Organization Health. Retrieved from [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf)

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapy. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2013). A global brief on HYPERTENSION. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias*. (5ª ed.). S. Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro para a Realização do Estudo

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

| | |
|---|--|
| <p>PARECER FINAL: Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.</p> <p><i>Favorável, condicionado à entrega do relatório final</i></p> | <p>DESPACHO:</p> <p><i>Honrabilíssimo Senhor Presidente do presente parecer final</i></p> <p><i>16.09.20</i></p> <p><i>Dr. José Manuel Azanha Ierusa</i> Presidente do Conselho Directivo de A.R.S. Centro, I.P.</p> |
|---|--|

ASSUNTO:

Estudo 43/2016 – A intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com hipertensão arterial
Autoras: Ana Margarida Martins Bastos Alves

A investigadora propõe-se realizar observacional, tendo como objectivo principal "avaliar o impacto das intervenções do enfermeiro de família no ajustamento mental de utentes com HTA". Será aplicado questionário a pessoas seguidas na UCSP de Sever do Vouga por HTA, sendo referida a expectativa de dividir os participantes em dois grupos; pessoas "ajustadas à doença" e pessoas "não ajustadas à doença", aplicando de seguida intervenção estruturada dirigida ao grupo "não ajustado à doença" e avaliando de novo o referido ajustamento mental.

Como instrumentos serão utilizados:

- Mini Mental State Examination;
- Questionário sociodemográfico e relativo à HTA;
- Escala de Ajustamento Mental à Doença.

Apresenta documento para informação e obtenção do consentimento.

Os participantes serão recrutados ao longo de estágio que a investigadora realiza na UCSP, com apoio dos enfermeiros da instituição;

Os instrumentos de recolha de dados serão identificados por um código, apenas conhecido/acessível pela investigadora, estando garantida a confidencialidade e o anonimato;

Não haverá custos para os participantes relacionados com a sua participação, sendo aproveitadas as vindas do participante à UCSP ou utilizada a entrevista telefónica se necessário;

A colheita de dados acontecerá nos meses de outubro e novembro de 2016.

Coimbra, 12 de julho de 2016

O relator,

Prof. Dr. José Carlos Amado Martins

Prof. Dr. José Carlos Amado Martins

O Presidente da CES

Prof. Dr. Fontes Ribeiro

Prof. Dr. Fontes Ribeiro

ANEXO II

Autorização do Coordenador do Centro de Saúde para Realização do Estudo

Aceto
João Filipe Simões
20/04/22

CENTRO DE SAÚDE
DR. MANUEL SANTIAGO
SEVER DO VOUGA

Exmo. Senhor

Dr. Manuel Augusto Martins Coutinho
Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de
Sever Vouga

Morro da Póvoa
3740-214 Sever do Vouga

ASSUNTO: Pedido de parecer favorável para a realização do estudo “A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental de Doentes com Hipertensão Arterial” na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga

Eu, Ana Margarida Martins Bastos Alves, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretendo desenvolver um estudo de investigação com o tema “A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental de Doentes com Hipertensão Arterial”, no âmbito da UC de Estágio, sob a orientação do Professor Doutor João Filipe Simões e coorientação do Professor Doutor Alexandre Rodrigues, ambos docentes da Universidade de Aveiro.

O referido estudo tem como objetivo geral avaliar o impacto das intervenções do enfermeiro de família no ajustamento mental de utentes com Hipertensão Arterial.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossas Exas. O parecer favorável para a aplicação deste estudo durante a realização do meu estágio na UCSP do Centro de Saúde de Sever do Vouga.

Asseguro desde já que, todos os participantes participarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e que será garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados.

Mostro desde já disponibilidade para o envio dos resultados alcançados com este trabalho de investigação.

Acompanham este requerimento:

- Projeto de investigação;
- Instrumento de recolha de dados;
- Formulário de consentimento livre e esclarecido.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

ANEXO III

Autorização de Utilização da Escala de Ajustamento Mental à Doença

Ana Alves ✉

Cara colega

Autorizo o uso da versão portuguesa da escala de ajustamento mental ao cancro que traduzimos e estudamos para uso com a essa população

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

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

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

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

Ana Alves; Eunice Maria Casimiro Dos Santos Sa <esa@esel.pt> ✉

Drª Ana Margarida Bastos Alves

Sem problema pela minha parte em utilizar a escala MAD no seu trabalho de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Reafirmo que a tradução é do prof Pais Ribeiro.

Bom trabalho

Eunice Sá

Coordenadora do GIESEL

Professora Adjunta

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

Avenida D. João II, lote 4.69.01 1990-096 LISBOA

Tel.: 218912238

E-mail: esa@esel.pt

ANEXO IV

Mini Mental State Examination

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

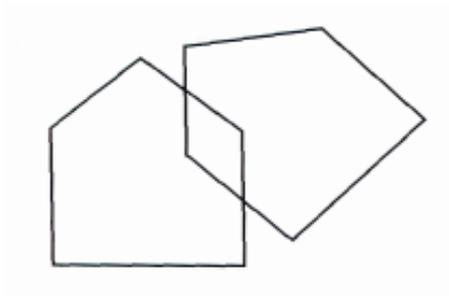
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ANEXO V

Escala de Ajustamento Mental à Doença

| | Não se aplica de modo algum a mim | Não se aplica a mim | Aplica-se a mim | Aplica-se totalmente a mim |
|---|-----------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------------|
| 1.Tenho feito coisas que acredito que vão melhorar a minha saúde, por exemplo mudei a minha dieta... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.Sinto que não posso fazer nada para me animar... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.Sinto que os meus problemas de saúde me impedem de fazer planos para o futuro... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a minha saúde... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.Nao fico muito tempo a cismar na minha doença... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.Acredito verdadeiramente que vou melhorar... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.Sinto que não posso fazer nada para alterar as coisas... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.Deixei tudo ao cuidado dos médicos... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.Sinto que a vida é sem esperança... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.Tenho feito coisas que acredito que vão melhorar a minha saúde, por exemplo, exercício físico... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.Desde que a doença me foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.Entreguei-me às mãos de Deus... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.Tenho planos para o futuro, por exemplo, férias, trabalho, reformas na casa... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.Estou preocupado que a doença volte a aparecer ou piore... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.Tive uma vida boa e tudo o que vier para a frente é bem vindo... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.Penso que o meu estado de espirito pode influenciar muito a minha saúde... | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17.Sinto que não à nada que eu possa fazer que me ajude... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.Tento viver a minha vida como sempre fiz até aqui... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.Gostaria de contactar com outras pessoas que estivessem na mesma situação... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.Estou decidido a pôr tudo isto para trás das costas... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.Tenho dificuldade em acreditar que isto tenha acontecido comigo... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.Sofro de grande ansiedade por causa disto... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.Não tenho muita esperança no futuro... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24.Neste momento vivo um dia de cada vez... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25.Apetece-me desistir... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26.Tento manter algum sentido de humor em relação a isto... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27.Os outros preocupam-se mais comigo do que eu próprio... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28.Penso em outras pessoas que estão em pior situação... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29.Tento obter o máximo de informação acerca da doença... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30.Sinto que não tenho controlo sobre os acontecimentos... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31.Tento manter uma atitude muito positiva... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32.Mantenho-me muito ocupado e assim não tenho tempo para pensar nisto... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33.Evito saber mais acerca da doença... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34.Encaro a minha doença como um desafio... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35.Sinto-me fatalista em relação a isto... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36.Sinto-me completamente perdido sem saber o que fazer... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37.Sinto-me muito zangado com o que me aconteceu... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38.Não acreditei que tinha esta doença... | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 39.Dou valor às coisas boas que me acontecem... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40.Tento combater a doença... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41.Penso mais na saúde e bem estar da minha família do que na minha própria saúde... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42.Procuro a companhia de pessoas que me compreendem e ajudam... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43.Vou com regularidade ao médico e sigo os conselhos dos médicos... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44.Não preciso de me preocupar com a minha saúde porque realmente não me sinto muito mal... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45.Tenho dito a mim próprio "isto não é real..." | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46.Quando estou triste ou nervoso partilho os meus sentimentos com alguém... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47.Procuro fazer coisas para me sentir melhor, como passear, fazer compras, estar com os amigos... | 1 | 2 | 3 | 4 |

APÊNDICES

APÊNDICE I

Consentimento Livre e Esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Caro participante,

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, está a ser desenvolvido um estudo subordinado ao tema: “A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental de Doentes com Hipertensão Arterial”, sob a orientação científica do Professor Doutor João Filipe Simões, e sob co-orientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues, ambos docentes da Universidade de Aveiro. Este estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental em utentes com Hipertensão Arterial há mais de um ano.

A evolução dos conhecimentos científicos tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. A escolha em participar ou não participar neste estudo é voluntária. A qualquer momento pode decidir retirar-se do estudo, poderá fazê-lo sem qualquer justificação e sem consequência na prestação de cuidados de saúde.

Asseguro que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

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

_____ (localidade), __/__/__

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

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

Nome do investigador:

Ana Margarida Martins Bastos Alves (anamargaridamartins@ua.pt)

Assinatura: _____

APÊNDICE II

Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes

QUESTIONÁRIO

Exmo. Utente

Sou uma enfermeira a frequentar o 2º curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Neste âmbito, estou a desenvolver uma investigação sobre o ajustamento mental em doentes com hipertensão arterial. Neste sentido solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Após leitura atenta, responda de acordo com as indicações de preenchimento e com a maior honestidade possível, não deixando nenhuma questão por responder.

A sua participação deve ser voluntária, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Grata pela sua colaboração.

Ana Margarida Alves

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

1. **Idade:** ____
2. **Género**
Masculino____ Feminino____
3. **Estado Civil**
Solteiro____ Casado/Junto____ Divorciado/Separado____ Viúvo____
4. **Habilitações Literárias**
Sem escolaridade____
4ª Classe (frequência do 1º Ciclo)____
Frequência 2º ciclo ou 3º ciclo____
Frequência secundário____
Ensino Superior____
5. **Situação Profissional anterior à doença**
Estudante____ Empregado____ Desempregado____ Reformado____ (Qual a profissão?_____)

6. Situação Profissional atual

Estudante___ Empregado___ Desempregado___ Reformado___ (Qual a profissão?_____)

7. Agregado Familiar

Nº de pessoas_____

Com quem

vive?_____

8. Tempo de doença

Anos_____ Meses_____

9. Está a tomar medicamentos para tratar a hipertensão arterial?

Sim___ Não___

Se sim:

Há cerca de um mês___ Há cerca de um ano___ Há mais de um ano___

10. Vem a todas as consultas programadas de vigilância da hipertensão?

Sim___ Não___

Se não:

Falta de tempo___ Não é importante___ Falta de meios para ir às consultas___

Esquecimento___ Outro?_____

11. Onde avalia a tensão arterial?

Só em consultas___ Em consultas e em casa___ Na farmácia___

12. Quantas vezes avalia a tensão arterial?

Uma vez por ano___ Duas ou três vezes por ano___ Uma vez por mês___

Uma vez por semana___ Todos os dias___

APÊNDICE III

**Apresentação do Projeto Realizada à Equipa da UCSP do Centro de Saúde de
Sever do Vouga**



A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental em Doentes com Hipertensão Arterial

Projeto de Relatório de Estágio



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Projeto de Intervenção/Projeto de Estágio
29 de setembro de 2016

Orientador: Professor Doutor João Simões
Coorientador: Professor Doutor Alexandre Rodrigues
Supervisor: Enf. Laura Vasconcelos
Tutor: Enf. Eugénia Coutinho
Ana Margarida Alves, 64054

A abordar...

- **Fundamentação Teórica;**

- **Metodologia:**

Questão de investigação;

Objetivos;

Tipo de intervenção;

População e amostra;

Critérios de inclusão e exclusão;

Operacionalização das variáveis;

Instrumentos de avaliação;

Plano de intervenção e avaliação;

Procedimentos éticos;

Análise de dados;

Cronograma;

- **Resultados Esperados.**

Fundamentação Teórica

- 90 a 95% dos casos de HTA não têm uma origem clara; (Pinto, 2012)

Prevalência da HTA, em Portugal é cerca de 26.9%

- 29.5% no sexo feminino
- 23.9% no sexo masculino
- < 35A a prevalência é cerca de 1%
- 35A – 64A a prevalência é cerca de 24,6%
- 50% dos doentes hipertensos apresentarem valores de colesterol elevados

(Dias, 2014)

- As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade na população portuguesa;
- A hipertensão arterial tem ganho particular relevância, devido à sua elevada prevalência.

(Trindade, 2016)

Fundamentação Teórica (cont.)

Impacto: Físico, psicológico, emocional, social e financeiro



situação de *stress*, implica a adoção de estratégias

(Afonso, 2011)

Aumento da esperança média de vida tem demonstrado diferentes necessidades das famílias



Aumento da patologia crónica

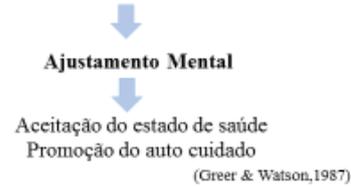


Maior exigência na intervenção do enfermeiro de família

(Trindade, 2016)

Fundamentação teórica (cont.)

- Novos desafios são colocados, a família vê-se obrigada a viver um processo saúde doença;



Enfermeiro de Família é um...

“Profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade”.



Papel do Enfermeiro

(Sousa, 2011)

Metodologia

Questão de Investigação

“Qual o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental em doentes com hipertensão arterial?”

Objetivos

- Caracterizar socio demograficamente e clinicamente os participantes no estudo;
- Avaliar o ajustamento mental de utentes com HTA há mais de um ano, através da aplicação da Escala de Ajustamento Mental à Doença, adaptada e validada por Sá (2001);
- Definir intervenções de enfermagem que promovam o ajustamento mental de utentes com HTA;
- Avaliar o ajustamento mental dos utentes com HTA, inicialmente desajustados, após a aplicação das intervenções de enfermagem.

Metodologia

Tipo de Intervenção

- Segue algumas linhas orientadoras de **investigação ação** devido à limitação temporal (Kemmis & Mataggart, 1988)

Quantitativo



Analisa conceitos precisos e as suas relações

Não experimental Exploratório



Estuda as relações entre variáveis de um dado fenómeno sem as manipular

Descritivo



Define as características de uma população e estabelece relações entre variáveis

Longitudinal



Dados são recolhidos em dois momentos junto dos mesmos sujeitos

(Fortin, 2009)

Metodologia (cont.)

População

- Todos os utentes hipertensos inscritos na UCSP de Sever do Vouga (ARS Centro I.P.), que utilizem como metodologia de cuidados de enfermagem, o "Enfermeiro de Família" e que frequentem as consultas de enfermagem de vigilância de HTA.

Amostra

Não probabilística

Constituição da amostra por **conveniência** - a participação é voluntária, sendo previamente escolhidos por uma questão de conveniência

(Alves, 2006)

Metodologia (cont.)

Critérios de inclusão

- utentes que aceitem participar livremente no estudo depois de devidamente informados e esclarecidos;
- idade superior a 18 anos;
- utentes com diagnóstico de HTA à mais de um ano que frequentem as consultas de enfermagem de vigilância de HTA.

Critérios de exclusão

- utentes que não dominem a língua portuguesa;
- utentes com alterações psicológicas ou mentais diagnosticadas.

“Mini Mental State Examination”

(Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009)

Determinação da Amostra

Raosoft Inc. (2004)

Margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%



População de 2240 utentes recomenda uma amostra de ≥ 207 utentes

(Raosoft Inc., 2004)

Metodologia (cont.)

Operacionalização das Variáveis

- **Variável dependente:** ajustamento mental de doentes com hipertensão arterial
- **Variável independente:** intervenção do enfermeiro de família
- **Variáveis atributo:**
 - Demográficas: idade, género;
 - Nível sócio - profissional: habilitações literárias, situação profissional atual e anterior à doença, estado civil;
 - Cronológicas: tempo de diagnóstico da doença, quantas vezes avalia a tensão arterial;
 - Clinicas: toma de medicamentos para tratar a HTA, regularidade das consultas de vigilância de HTA, frequência e local de avaliação da TA.

Instrumentos de Avaliação

- “Mini Mental State Examination”;
- Questionário composto por caracterização socio – demográfica e Escala de Ajustamento Mental à Doença.

(Sá, 2001)

Metodologia (cont.)

“Mini Mental State Examination”

- Detetar perdas cognitivas

Questionário

Caracterização sociodemográfica

- Idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional atual e anterior à patologia, agregado familiar, tempo decorrido após o diagnóstico, toma de anti – hipertensores, frequência das consultas de vigilância da HTA, local de avaliação da TA e número de vezes de avaliação da TA.

Escala de Ajustamento Mental à Doença

- Adaptada e validada por Eunice Sá em 2001 teve origem na “Escala de Ajustamento Mental ao Cancro” criada por Greer e Watson em 1987;
- Avaliar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais face a um diagnóstico, por forma a determinar o ajustamento mental a uma doença;
- Composta por 47 questões;
- Cinco áreas: Espírito de luta, Desespero/desesperança, Preocupação ansiosa, Fatalismo, Evitamento/Negação;
- Respostas: “Não se aplica de modo nenhum a mim” (1), “Não se aplica a mim” (2), “Aplica-se a mim” (3) e “Aplica-se totalmente a mim” (4).

(Sá, 2001)

(Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009)

Plano de Intervenção e Avaliação de Ação

Pedido de Autorização:

- ARS Centro, I.P. , ACeS Baixo Vouga, e UCSP de Sever do Vouga

Avaliação Inicial

- Outubro, Novembro e Dezembro de 2016;
- Aplicação do “Mini Mental State Examination” e Questionário (caracterização socio – demográfica e Escala de Ajustamento Mental à Doença).

Grupo 1

Utentes ajustados à
doença

Grupo 2

Utentes não
ajustados à doença

Plano de Intervenção e Avaliação de Ação

Planeamento/Intervenção

Grupo 2

- Realização de ensinamentos e educação para a saúde;

Avaliação Final

Grupo 2

- Novo preenchimento da Escala de Ajustamento Mental
- Objetivo de determinar se os utentes já se encontram ajustados;
- Determinar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental de doentes com HTA.

Procedimentos Éticos

Cabe ao investigador:

- Salvar o respeito pela identidade dos participantes;
- Respeitar os direitos e liberdade dos participantes.

- Pedido de autorização à ARS do centro ao ACeS do Baixo Vouga e UCSP de Sever do Vouga;
- Antes de assinatura do Consentimento Informado, os participantes declararam estar esclarecidos acerca de todos os aspetos inerentes à investigação;
- Criação de uma base de dados com correspondência de código numérico à identificação do utente

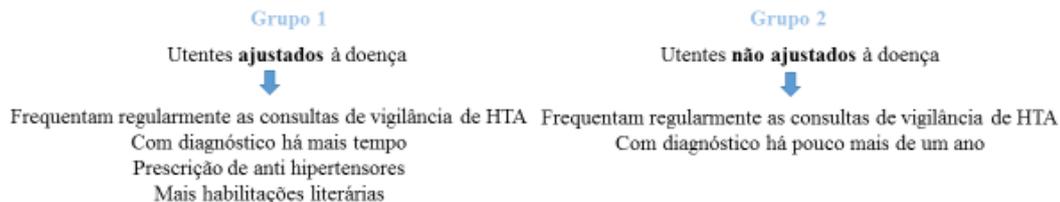
Análise dos Dados

- Estatística descritiva ➡ Caracterização sociodemográfica e avaliação do ajustamento mental

Tratamento estatístico: Statistical Psychology and Society Science (SPSS)

Resultados Esperados

• Estudo **exploratório**



A aplicação das intervenções de enfermagem ao grupo 2 permitirá o ajustamento mental;
Após a segunda colheita de dados será possível encontrar mais utentes ajustados;
A definição das intervenções a implementar que promovem o ajustamento mental facilitará o a interveniência do enfermeiro de família com vista ao cumprimento dos seus objetivos.

Bibliografia

- Afonso, J. P. L. (Universidade C. P. (2011). " *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os fatores da vulnerabilidade ao stress , ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente* " " *Avaliação das funções da conjugalidade no sup.* Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8921/1/Dissertação de Mestrado.pdf>
- Alves, N. Á. D. C. (2006). *Investigação por Inquérito*. Universidade dos Açores. Retrieved from <http://www.amendes.uac.pt/monografias/tra06investiginq.pdf>
- Dias, C. M. (2014). *Prevalência e Incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa*. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ed.). Retrieved from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2980/1/Relatório_Hipertensão_arterial.pdf
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.)Lusodidacta.Loures.
- Morgado, J., Rocha, S. C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental Sate Examination. *Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9, 5–6. Retrieved from file:///C:/Users/anama/Downloads/snapse_vo9_n2_Nov09 (2).pdf
- Pinto, A. P. P. (2012). *Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico - Intervir para Preenir*. Instituto Politécnico de Beja. Retrieved from Viver com Hipertensão Arterial E Adesão ao Regime Terapêutico
- Raosoft Inc. (2004). RAOSOFT: Sample size calculator.
- Sá, E. M. C. S. (2001). *A Influência da Adaptação Mental à Doença Oncológica na Qualidade de Vida do Doente Hemato-Oncológico, em Ambulatório*. Retrieved from http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/881/1/DM_SA-E1.pdf
- Sousa, M. A. P. R. de S. Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. (Diário da Republica, Ed.), Diário da República 25118–25120 (2011). Portugal. Retrieved from http://elearning.ua.pt/pluginfile.php/286805/mod_resource/content/1/Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.pdf
- Trindade, I. D. (2016). *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 51. Retrieved from http://www.sphita.org.pt/files/revista_51_-_final.pdf

감사합니다 Natick
Grazie Danke Ευχαριστίες Dalu Obrigado
Thank You Köszönöm
Tack
Спасибо Dank Gracias
谢谢 Merci Seé
ありがとう



A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental em Doentes com Hipertensão Arterial

Projeto de Relatório de Estágio



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Projeto de Intervenção/Projeto de Estágio
2 de abril de 2016

Orientador: Professor Doutor João Simões
Coorientador: Professor Doutor Alexandre Rodrigues
Ana Margarida Alves, 64054
ESSUA

APÊNDICE IV

Manual de Educação para a Saúde Criado e Utilizado no Estudo



A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental em Doentes com Hipertensão Arterial

Manual de Intervenção



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Projeto de Intervenção/Projeto de Estágio
2 de abril de 2016

Orientador: Professor Doutor João Simões
Coorientador: Professor Doutor Alexandre Rodrigues
Supervisor: Enf. Laura Vasconcelos
Tutor: Enf. Eugénia
Ana Margarida Alves, 64054

Introdução



Tensão Arterial



Hipertensão Arterial



Causas



Tensão Arterial

A tensão arterial é a força exercida sobre as paredes das artérias durante a circulação do sangue. Esta pressão é normal, pois permite que o sangue chegue aos tecidos e células do organismo.

| Valores de TA (mmHg) | Classificação |
|---------------------------|-------------------------------|
| PAS < 120 e PAD < 80 | Ótima |
| PAS 120-129 e PAD 80-84 | Normal |
| PAS 130-139 e PAD 85-89 | Normal - Alta |
| PAS 140-149 e PAD 90-99 | HTA grau I |
| PAS 160-179 e PAD 100-109 | HTA grau II |
| PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110 | HTA grau III |
| PAS ≥ 140 e PAD < 90 | Hipertensão sistólica isolada |

Hipertensão Arterial

O diagnóstico de hipertensão arterial define-se como a elevação persistente da tensão arterial, em várias medições e em diferentes ocasiões.

Pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg.



Causas

- Consumo excessivo de sal e gorduras;
- Consumo de álcool;
- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Má gestão do stress

Espirito de Luta



Regime Medicamentoso

Toma regular e correta da medicação



Alimentação

Modificação de hábitos alimentares



Exercício Físico

Praticar regularmente exercício físico



Frequentar a consulta de vigilância de Hipertensão

Regime Medicamentoso

- Existem medicamentos que ajudam a controlar a tensão arterial e quando o tratamento sem medicamentos não é suficiente, devem então ser utilizados;

- Os medicamentos são prescritos pelo médico, segundo as características de pessoa.

Alimentação

- É essencial reduzir o consumo de sal, substituindo por condimentos alternativos como ervas aromáticas ou sumo de limão;

- Evitar alimentos naturalmente salgados ou os quais tenham sal adicionado (enchidos, enlatados, comidas pré preparadas ou água com gás);

- Privilegiar alimentos cozidos e grelhados, temperos naturais, frutas e legumes, peixe e carnes brancas;



Exercício Físico

- As pessoas que não praticam exercício físico têm maior risco de ter tensão arterial elevada e têm maior risco de sofrer de doenças do coração;

- O exercício físico ajuda a relaxar e a distrair;

- É importante praticar exercício físico regularmente durante 30 a 45 min, 3 a 4 vezes por semana;

- A prática de uma atividade física regular consegue, em muitos casos, uma descida significativa dos níveis da tensão. É importante escolher exercícios que compreendam movimentos cíclicos (como a natação, a marcha, a corrida ou a dança) e que evitem esforços físicos bruscos (por exemplo, levantar pesos ou empurrar objetos pesados) que aumentam a pressão arterial durante o esforço.

Evitamento / Negação



A HTA é uma doença crónica...

Pode ser controlada mas não tem cura!



Complicações

Principais órgãos que podem ser afetados:

- Coração;
- Olhos;
- Cérebro;
- Rins;
- Artérias.



A HTA é uma doença crónica...

- A hipertensão arterial é uma doença crónica que pode ser controlada mas não curada;
- Na maioria dos casos não se conhece a sua causa;
- É importante não interromper as medidas de tratamento, em particular a toma de medicamentos, e avaliar regularmente a tensão arterial.

A HTA é uma doença crónica...

Pode ser controlada mas não cura!



Complicações

Principais órgãos que podem ser afetados:

- Coração
- Cérebro
- Rins
- Artérias



Complicações

O coração e as artérias ficam em esforço permanente e, passado algum tempo, começam a não funcionar tão bem como deveriam. Se a pressão não for controlada, ficará provavelmente ainda mais alta, aumentando a probabilidade de desenvolver sérias complicações.

Hipertrofia do coração (aumento do volume)

Diminuição do fluxo sanguíneo ao coração

Angina de peito e Insuficiência coronária

O coração tem dificuldade em bombear sangue a todos os tecidos do organismo

O coração torna-se mais frágil, surgem arritmias e insuficiência cardíaca

Deterioração das paredes das artérias

Aumenta o risco de aterosclerose e trombose (formação de coágulos)

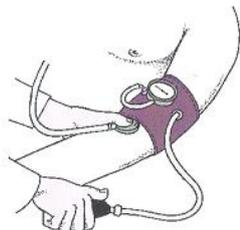
Nos casos mais graves, podem dar-se aneurismas e hemorragias cerebrais, devido ao enfraquecimento das paredes das artérias

Pode afetar outros órgãos como: Cérebro, Olhos e Rins.

Fatalismo



Autovigilância



É importante avaliar a tensão arterial regularmente.

Qualidade de Vida



Autovigilância

A pressão arterial é quantificada através de dois números.

O primeiro número e mais elevado refere-se à pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias quando o coração está a bombear sangue. É a chamada pressão arterial sistólica — habitualmente chamada "máxima".

O segundo número designa a pressão que o sangue exerce nas artérias, quando o coração está relaxado. É a chamada pressão arterial diastólica — habitualmente chamada "mínima".

Como avaliar a tensão arterial

- Escolha um local tranquilo, com uma temperatura amena;
- Repouse 15 minutos antes da medição;
- Evite substâncias estimulantes, como café, álcool ou tabaco, até 30 minutos antes;
- Evite roupas apertadas;
- Apoie o braço, onde será feita a medição, à altura do coração;
- A medição no braço é mais fiável do que no pulso;
- Proceda à obtenção do valor de tensão arterial;
- Anote o dia, hora e valor obtido.

Autovigilância



É importante avaliar a tensão arterial regularmente.

Qualidade de Vida



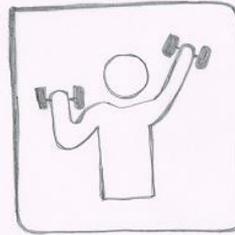
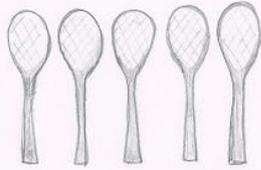
Qualidade de Vida

O tratamento da hipertensão dura a vida toda, por isso é muito importante ser contínuo.

A maioria dos cuidados para o controlo da hipertensão requer autogestão, monitorização regular e mudanças no estilo de vida.

Estudos mostram que o efeito de um estilo de vida saudável é promotor de uma tensão arterial adequada, embora a grande desvantagem é o baixo nível de manutenção a longo prazo, o que requer atenção especial.

Desespero / Desesperança



Nutrição



Exercício Físico



Pare de fumar, beba com moderação, faça exercício físico e tenha cuidado com a alimentação

Nutrição

- É essencial reduzir o consumo de sal, substituindo por condimentos alternativos como ervas aromáticas ou sumo de limão;
- Evitar alimentos naturalmente salgados ou os quais tenham sal adicionado (enchidos, enlatados, comidas pré preparadas ou água com gás);
- Privilegiar alimentos cozidos e grelhados, temperos naturais, frutas e legumes, peixe e carnes brancas.

Dicas para cozinhar com pouco sal:

- Cozinhe as batatas com pele, não coza com sal;
- Adicione apenas um pouco de sal à água para cozinhar arroz, massas e batatas;
- Salgue a carne somente quando esta estiver alourada ou assada;
- Cozinhar ao vapor, em folhas de alumínio e na grelha ajuda a preservar o sabor dos alimentos.

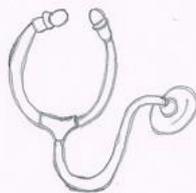
Em geral escolha refeições que saibam bem sem sal!



Exercício Físico

- As pessoas que não praticam exercício físico têm maior risco de ter tensão arterial elevada e têm maior risco de sofrer de doenças do coração;
- É importante praticar exercício físico regularmente durante 30 a 45 min, 3 a 4 vezes por semana;
- A prática de uma atividade física regular consegue, em muitos casos, uma descida significativa dos níveis da tensão. É importante escolher exercícios que compreendam movimentos cíclicos (como a natação, a marcha, a corrida ou a dança) e que evitem esforços físicos bruscos (por exemplo, levantar pesos ou empurrar objetos pesados) que aumentam a pressão arterial durante o esforço.

Preocupação Ansiosa



Sintomas da Hipertensão Arterial



Autovigilância



A hipertensão é uma patologia crónica, que é muitas vezes referida como o "assassino silencioso", daí a importância da avaliação da tensão arterial.

Autovigilância

A pressão arterial é quantificada através de dois números.

O primeiro número e mais elevado refere-se à pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias quando o coração está a bombear sangue. É a chamada pressão arterial sistólica — habitualmente chamada "máxima".

O segundo número designa a pressão que o sangue exerce nas artérias, quando o coração está relaxado. É a chamada pressão arterial diastólica — habitualmente chamada "mínima".

Como avaliar a tensão arterial:

- Escolha um local tranquilo, com uma temperatura amena;
- Repouse 15 minutos antes da medição;
- Evite substâncias estimulantes, como café, álcool ou tabaco, até 30 minutos antes;
- Evite roupas apertadas;
- Apoie o braço, onde será feita a medição, à altura do coração;
- A medição no braço é mais fiável do que no pulso;
- Proceda à obtenção do valor de tensão arterial;
- Anote o dia, hora e valor obtido.

Sintomas da Hipertensão Arterial



A hipertensão é uma patologia crónica, que é muitas vezes referida como o "assassino silencioso", daí a importância da avaliação da tensão arterial.

Sintomas da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial geralmente não produz quaisquer sinais ou sintomas de alerta, pode não sentir que a sua tensão arterial está elevada.

No entanto deve estar atento aos seguintes sintomas: tonturas, hemorragias nasais e dores de cabeça.

APÊNDICE V

**Caracterização de cada Subescala M1 da Escala de Ajustamento Mental à
Doença**

Caracterização da subescala Espírito de Luta - Momento 1

| Espírito de Luta | M | DP | P25 | P50 | P75 | Min; Máx |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Q:4 | 3,3 | 0,6 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:5 | 2,7 | 0,8 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:6 | 2,8 | 1,0 | 2 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:11 | 3,1 | 0,5 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:13 | 2,8 | 0,9 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:16 | 3,2 | 0,7 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:18 | 3,0 | 0,5 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:20 | 3,1 | 0,9 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:26 | 2,9 | 0,5 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:27 | 2,5 | 1,1 | 2 | 2 | 4 | 1;4 |
| Q:28 | 2,6 | 1,0 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:31 | 3,1 | 0,6 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:32 | 3,1 | 0,6 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:34 | 3,1 | 0,7 | 3 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:39 | 3,1 | 0,8 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:40 | 3,1 | 0,8 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:41 | 3,1 | 0,8 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:42 | 2,8 | 0,8 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:43 | 3,1 | 0,8 | 3 | 3 | 4 | 1;4 |
| Q:44 | 2,4 | 1,0 | 2 | 2 | 3 | 1;4 |
| Q:46 | 2,4 | 1,0 | 2 | 3 | 3 | 1;4 |
| Q:47 | 2,8 | 1,0 | 2 | 3 | 4 | 1;4 |

Caracterização da subescala Desespero/Desesperança – Momento 1

| Desespero/Desesperança | M | DP | P25 | P50 | P75 | Min; Máx |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Q:2 | 1,9 | 0,8 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:9 | 1,6 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:17 | 1,7 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:23 | 1,8 | 1,0 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:25 | 1,6 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:36 | 1,8 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |

Caracterização da subescala Preocupação Ansiosa – Momento 1

| Preocupação Ansiosa | M | DP | P25 | P50 | P75 | Min; Máx |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Q:1 | 1,7 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:3 | 1,7 | 0,7 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:10 | 1,6 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:14 | 1,7 | 0,8 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:19 | 1,5 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:21 | 1,6 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:22 | 1,4 | 0,9 | 1 | 1 | 1 | 1;4 |
| Q:29 | 1,5 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:37 | 1,4 | 0,8 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |

Caracterização da subescala Fatalismo – momento 1

| Fatalismo | M | DP | P25 | P50 | P75 | Min; Máx |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Q:7 | 1,8 | 0,9 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:8 | 1,6 | 0,8 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:12 | 1,6 | 0,8 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:15 | 1,9 | 0,9 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |
| Q:24 | 1,6 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:30 | 1,7 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:33 | 1,6 | 1,0 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:35 | 1,5 | 0,8 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |
| Q:45 | 1,5 | 0,9 | 1 | 1 | 2 | 1;4 |

Caracterização da subescala Evitamento/Negação – momento 1

| Evitamento/ Negação | M | DP | P25 | P50 | P75 | Min; Máx |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Q:38 | 1,7 | 0,9 | 1 | 2 | 2 | 1;4 |