



**Diana Marsília
Fernandes
Nogueira
Tavares**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA
PESSOA COM HIPERTENSÃO:
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**



**Diana
Marsília
Fernandes
Nogueira
Tavares**

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA
PESSOA COM HIPERTENSÃO:
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIMEN OF
HYPERTENSIVE PATIENTS: FAMILY NURSE'S
CONTRIBUTIONS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Célia Freitas, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues, Adjunto do Secretário Regional do Governo da Região Autónoma dos Açores.

Dedico este trabalho àqueles que comigo partilham todos os momentos e nunca desistem de me incentivar!

...ao Luís, pelos momentos em que me substituíste, pelo amor e força que sempre me deste;

... ao Rafael pelo espírito de compromisso que, desde tão pequeno, me foste ensinando;

e ao Afonso, pela alegria contagiante com que sempre me brindaste!

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso

Professora Adjunta, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Professora Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

À Professora Doutora Célia Freitas pelo apoio constante e estímulo com que sempre me presenteou, pelo privilégio de ter sido orientada por alguém com extrema sabedoria e humildade. Alguém que procurou iluminar este percurso, por vezes muito tortuoso. O seu contributo foi determinante na elaboração desta Tese.

Ao Professor Doutor Alexandre Rodrigues, por me ter dado o privilégio de ser orientada por alguém que consegue mostrar que um caminho difícil pode ser um desafio superado.

Ao Professor Doutor Carlos Ferreira por todos os ensinamentos, disponibilidade e sabedoria demonstrados, por ter tornado a análise estatística numa descoberta deveras agradável.

A todos os profissionais da USF Salinas que, muitas vezes com esforço, me apoiaram nesta jornada.

À Ana Margarida, pelo companheirismo no mestrado e apoio constante durante o desenvolvimento da dissertação.

Aos utentes da USF Salinas que se disponibilizaram para participar na investigação, o meu agradecimento sincero.

Ao meu marido e aos meus filhos pela sua presença em todos os momentos. Sem a sua cooperação, esta investigação não teria sido possível.

A todos, muito obrigada!

Palavras-chave

Adesão do paciente, cuidados de enfermagem, hipertensão

Resumo

Enquadramento: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial, sendo a hipertensão arterial, um importante problema de saúde pública. A intervenção precoce é muito relevante para a prevenção da doença crónica e das suas complicações, através da promoção da adesão terapêutica.

Objetivos: Identificar os fatores condicionantes dos comportamentos de adesão da pessoa com Hipertensão Arterial (HTA) que suportem estratégias de intervenção do enfermeiro de família.

Métodos: Estudo do tipo exploratório e transversal, de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga, com uma amostra por conveniência, constituída por 286 utentes. Decorreu no âmbito da consulta de vigilância de HTA, tendo presentes os princípios éticos no que respeita ao consentimento informado livre e esclarecido dos participantes e ao anonimato e confidencialidade da informação. Aplicou-se o formulário de Sousa (2005), relativo à adesão ao regime terapêutico, entre fevereiro e abril de 2017. Os dados foram tratados através da versão 24 do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®).

Resultados: A amostra é constituída por 51,7% de participantes do sexo feminino, a idade média foi de $66,51 \pm 11,35$ anos. A maioria dos participantes apresenta excesso de peso ou obesidade grau I, um risco de complicações muito aumentado e 43,7% dos inquiridos apresenta valores de PA superiores a 140/90 mmHg. A adesão ao regime terapêutico traduziu-se por uma pontuação mais elevada no que se refere à toma da medicação e ao abuso de tabaco e mais baixa, no que se refere à prática de exercício físico. A adesão global mostrou-se superior nos idosos, nos não ativos profissionalmente, nos que necessitavam de mais fármacos, nas mulheres e nos que valorizavam a intervenção do enfermeiro de família.

Conclusão: A adesão ao regime terapêutico da HTA é um grande desafio ao alcance dos enfermeiros de família, tornando-se uma necessidade vital investir na literacia e na capacitação dos cidadãos, para a adoção de estilos de vida promotores da saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde e, por inerência, uma redução dos custos dos tratamentos.

Keywords

Patient compliance, nursing care, hypertension

Abstract

Background: Cardiovascular diseases are the main cause of mortality worldwide, and hypertension is an important public health problem. Early intervention is very relevant for the prevention of chronic disease and its complications, through the promotion of therapeutic adherence.

Objectives: To identify the conditioning factors of the adherence behaviours of the person with arterial hypertension that support intervention strategies by the family nurse.

Methods: Exploratory, cross-sectional descriptive and quantitative correlational study, developed in the Family Health Unit of the Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, with a convenience sample of 286 patients. It took place within the scope of the Hypertension Surveillance Consultation, considering ethical principles, regarding free informed consent of the participants and the anonymity and confidentiality of the information. The form of Sousa (2005), regarding adherence to the therapeutic regimen, was applied between February and April 2017. Data were processed through version 24 of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) program.

Results: The sample consisted of 51.7% female participants, mean age was 66.51 ± 11.35 years. Most of the participants were overweight or obese, with a very high risk of complications and 43.7% of the respondents had BP values above 140/90 mmHg. Adherence to the therapeutic regimen resulted in a higher score for medication and tobacco abuse and lower for exercise. Overall adherence was higher in the elderly, in those who were not professionally active, in those who needed more drugs, in women and in those who positively valued the intervention of the family nurse.

Conclusion: Adherence to the therapeutic regimen of hypertension is a major challenge for family nurses, and it is a vital need to invest in the literacy and empowerment of citizens, making them aware of the need to adopt health-promoting lifestyles, in order to obtain gains in health, and, of course, a reduction in treatment costs.

**Abreviaturas
e/ou siglas**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ANOVA – Análise da Variância
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CC – Circunferência da Cintura
CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviço de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension
DGS – Direção-Geral da Saúde
DM – Diabetes Mellitus
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
ET – Estatística de Teste
FA – Frequência Absoluta
Fig. - Figura
FR – Frequência Relativa
HTA – Hipertensão Arterial
ICPC - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAI – Processo Assistencial Integrado
PAS – Pressão Arterial Sistólica
RCV – Risco Cardiovascular
sem - Semana
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences
USF – Unidade de Saúde Familiar
WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 A hipertensão arterial como doença crónica	5
1.2 A adesão ao regime terapêutico	8
1.3 Referenciais teóricos que promovem a adesão	9
1.4 A consulta de enfermagem: a família como foco de cuidados.....	10
CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO	15
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	17
1.1 Contextualização do estudo.....	17
1.2 Tipo de estudo	18
1.3 População e amostra	18
1.4 Problemática e objetivos	19
1.5 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo	19
1.6 Procedimentos de recolha de dados.....	26
1.7 Procedimentos éticos.....	26
1.8 Procedimentos de análise dos dados.....	27
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	29
2.2 Resultados da adesão ao regime terapêutico	36
3. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.....	57
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
5. CONCLUSÕES.....	71
5.1 Síntese dos principais resultados.....	71
5.2 Limitações do estudo	73
5.3 Implicações para a prática e trabalho futuro	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização à Coordenadora da USF Salinas com parecer para desenvolvimento do estudo na Unidade de Saúde

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado ao utente participante no estudo

APÊNDICE III - Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE IV – Desdobráveis informativos sobre HTA

APÊNDICE V – Plano e apresentação da sessão de educação para a Saúde

APÊNDICE VI – Procedimento sobre o Processo Assistencial Integrado (PAI) de Risco Cardiovascular (RCV) no adulto

APÊNDICE VII – Guião de Apoio à Consulta de Hipertensão pelo Enfermeiro de Família

APÊNDICE VIII – Resumo apresentado no congresso do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviço de Saúde (CINTESIS)

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados (Sousa, 2005) adaptado

ANEXO II – Autorização da autora para utilização de instrumento de recolha de dados

ANEXO III - Autorização da comissão de ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro para a realização do estudo

ANEXO IV – Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

ANEXO V – Comprovativo da apresentação da Comunicação Oral

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação HTA em adultos (DGS, 2013c).....	6
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica	30
Tabela 3 - Comorbilidades.....	33
Tabela 4 - Hábitos alimentares nas últimas quatro semanas (%)	40
Tabela 5 - Percentagens de resposta sobre a prática de exercício físico	43
Tabela 6 - Percentagens do consumo de bebidas alcoólicas	45
Tabela 7 - Adesão à restrição de fumar	46
Tabela 8 - Motivações para o não cumprimento das recomendações	50
Tabela 9 - Informação sobre as recomendações do tratamento (%).....	51
Tabela 10 - Dificuldades no cumprimento das recomendações (%)	51
Tabela 11 - Conhecimentos sobre HTA	53
Tabela 12 - Matriz de Intervenção	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Grupos profissionais	31
Figura 2 - Percepção de apoio (%)	31
Figura 3 - Apoio sentido pelo enfermeiro de família (%)	32
Figura 4 - Tipo de apoio segundo o sexo (%)	32
Figura 5 - Classes de IMC segundo o sexo	34
Figura 6 - Categoria de risco metabólico dos participantes segundo o sexo	35
Figura 7 - Categoria de PA segundo o sexo	36
Figura 8 - A adesão nas cinco dimensões do regime terapêutico	37
Figura 9 - Cumprimento das diferentes recomendações da adesão, considerando os 13 itens inquiridos	37
Figura 10 - Caixas de bigodes mostrando a mediana da adesão global categorizada por sexo e grupo etário	38
Figura 11 - Teste de Kruskal-Wallis de comparação das medianas da adesão global, em função da situação profissional	39
Figura 12 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o número de fármacos tomados com a mediana da adesão global	39
Figura 13 - Dendograma que mostra as semelhanças entre as respostas aos itens da alimentação	41
Figura 14 – Caixas de bigodes relativas às 7 questões acerca da adesão à alimentação	41
Figura 15 - Caixas de bigodes categorizadas da mediana da alimentação global e a idade	42
Figura 16 - Histogramas categorizados pelo sexo, relativamente à prática de exercício físico	44
Figura 17 – Caixas de bigodes categorizando a adesão global de restrição de bebidas alcoólicas por sexo	45
Figura 18 – Histogramas categorizados pelo sexo, relativamente à restrição do consumo de tabaco	47
Figura 19 – Caixas de bigodes relacionando a adesão à medicação com o acompanhamento pelo enfermeiro	48
Figura 20 - Teste de Kruskal-Wallis de comparação das medianas das 7 caixas de bigodes acerca cumprimento da medicação em função da classe de HTA	48
Figura 21 - Dendograma mostrando os clusters de associação entre as respostas sobre os conhecimentos	54
Figura 22 - Identificação dos fármacos segundo a escolaridade	55

Figura 23 - Modelo conceptual que sistematiza as relações entre os fatores de adesão e as intervenções de enfermagem57

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, tal como em todos os países europeus, apesar da tendência constante de decréscimo verificada nos últimos anos. Estas têm um importante impacto económico decorrente da incapacidade por elas provocada e dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento, gerando, assim, novos desafios aos sistemas de saúde. A doença crónica pode ser definida como uma patologia de longa duração, com tratamentos a longo prazo e, geralmente, com progressão lenta. A fraca adesão ao regime terapêutico destas doenças é um problema mundial de grande magnitude, rondando os 50% nos países desenvolvidos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003). Os benefícios da adesão estendem-se aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. Por sua vez, as consequências da não adesão traduzem-se em fracos ganhos em saúde e contribuem para um aumento dos custos na saúde, colocando o utente em risco de desenvolver várias complicações.

Desta forma, o enfermeiro de família confronta-se com uma série de questões sobre a intervenção e a forma de capacitar o utente e família a desempenharem uma gestão eficaz da doença e atrasar o aparecimento dessas complicações. Para tal, os enfermeiros devem incluir estratégias para melhorar a adesão, sendo a educação para a saúde uma ferramenta essencial neste processo. Esta possibilitará o aumento dos conhecimentos da pessoa sobre a doença e a importância de aderir ao regime terapêutico, ajudando-a a encontrar estratégias que facilitem a sua adesão, reforçando comportamentos adequados através dos resultados positivos alcançados e estabelecendo parcerias com os indivíduos e as famílias e entre os diferentes níveis do sistema de saúde (OMS, 2004; 2013).

Cada vez mais, se reconhece que a resolução dos problemas de saúde deve ter em consideração o contexto sociocultural das famílias e das comunidades em que eles ocorrem. O não perspetivar a pessoa na sua globalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam identificados aspetos importantes que estão relacionados com a sua atitude perante a doença e o tratamento (OMS, 2008). Neste sentido, as instituições têm o dever de responder às necessidades de saúde dos cidadãos, de fomentar e potenciar junto das famílias o seu mais alto nível de bem-estar, possibilitando ao enfermeiro de família um contributo de relevo no processo de produção em saúde.

Nesta perspetiva, o contacto com a realidade da pessoa hipertensa e da sua família levanta questões acerca da forma como melhorar a sua adesão ao regime terapêutico e, por consequência, minimizar os riscos das complicações inerentes à doença. Considerando a relevância da adesão ao regime terapêutico no controlo da hipertensão e os consequentes riscos da não adesão, os enfermeiros de família precisam de desenvolver competências que tenham por foco a pessoa hipertensa enquanto membro de um sistema mais amplo de relações que afetam os seus comportamentos de adesão e influenciam a sua atitude perante a saúde e a sua perspetiva de vida.

Neste contexto, para este estudo definiu-se como pergunta de partida: *“Quais os fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA, passíveis de serem modificáveis pela intervenção do enfermeiro de família?”* Ou seja, pretende-se conhecer os fatores que condicionam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA e os contributos que o enfermeiro de família pode dar, para melhorar o comportamento de adesão destas famílias e consequentemente elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Para conseguir responder a esta questão definiram-se como objetivos específicos: identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico; analisar a relação existente entre a adesão e as variáveis sociodemográficas; analisar a relação existente entre a adesão e os parâmetros clínicos obtidos. Com base no exposto, pretende-se ainda identificar as estratégias de intervenção do enfermeiro de família, no sentido da promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão e sua família, suportadas pelos resultados da investigação, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas hipertensas e das suas famílias.

A estrutura do presente estudo apresenta a seguinte organização: no capítulo 1 é efetuado o enquadramento sobre a problemática da HTA enquanto doença crónica e os seus referenciais teóricos, as questões que envolvem a não adesão do doente ao regime terapêutico e o papel do enfermeiro de família no âmbito da consulta de enfermagem à pessoa com hipertensão; no capítulo 2 são apresentados os aspetos relativos à metodologia utilizada no estudo empírico e, no terceiro capítulo são apresentadas algumas estratégias de intervenção do enfermeiro de família no âmbito da adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão, suportadas pelos resultados, desde o seu planeamento, implementação e a avaliação preliminar; o capítulo 4 integra a discussão dos resultados e as considerações finais do trabalho.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo em consideração a visão da família como foco dos cuidados de enfermagem e, partindo do pressuposto que esta tem um papel fulcral nos comportamentos de saúde ou em situação de doença, torna-se importante conhecer as implicações que um processo de doença crónica acarreta para a família, perceber as suas energias e capacitá-la face às necessidades de reorganização. O conceito de família é especificado numa perspetiva sistémica que integra um complexo de relações entre os membros e as suas dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário único. O enfermeiro, ao focar a sua atenção na família, enquanto entidade dinâmica, com um ciclo de vida próprio e com capacidade de adaptação às circunstâncias com que se depara, pode avaliá-la de forma sistémica e definir juízos diagnósticos que fundamentem as intervenções específicas para a adaptação da família ao processo de doença crónica (Figueiredo, 2012).

Neste capítulo será abordada a problemática da hipertensão, enquanto doença crónica, nos seus referenciais teóricos; as questões que envolvem a adesão ao regime terapêutico; os referenciais teóricos que suportam a adesão e a consulta de enfermagem de hipertensão, tendo a família como foco de cuidados.

1.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO DOENÇA CRÓNICA

A tensão arterial elevada é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação. A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, pode contribuir para um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, esta evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013c).

A hipertensão é uma patologia crónica, que é muitas vezes referida como o "assassino silencioso". Uma vez que os utentes são frequentemente assintomáticos, pode ocorrer um diagnóstico e tratamento tardios, o que pode resultar no desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo e outras complicações debilitantes. Para Beevers et al. (2001) a fisiopatologia da hipertensão é complexa e, num pequeno número de indivíduos, pode ser atribuível a causas secundárias, como a doença renal. Na grande maioria das pessoas sem nenhuma causa

identificável encontrada, considera-se uma situação de hipertensão "essencial" (as cited in Registered Nurses' Association of Ontario, 2005).

O diagnóstico de HTA define-se como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial (PA) sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg e classifica-se da seguinte forma:

Tabela 1 - Classificação HTA em adultos (DGS, 2013c)

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

A importância relativa da mortalidade por doenças cerebrovasculares e doença isquémica cardíaca apresenta, em Portugal, um padrão distinto do verificado na maioria dos países europeus. Como refere Azevedo (2011), o aumento da esperança média de vida, as técnicas médicas inovadoras, a maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, e as melhorias das condições de vida, permitiram o aumento da longevidade, embora turvado pela existência de doenças crónicas e evolutivas. Apesar dessa situação, como já foi referido anteriormente, Portugal apresenta uma mortalidade por doença isquémica cardíaca, muito abaixo da média da União Europeia. Como referem Uva, Victorino, Roquette, Machado, & Dias (2014) durante os últimos 30 anos, Portugal tem sido descrito como um dos países com os mais elevados níveis de tensão arterial média. Como já exposto, a prevalência de hipertensão arterial, em Portugal, é superior a um quarto da população com mais de 18 anos, sendo mais acentuado nas mulheres do que nos homens. Apesar de ser um valor inferior ao previsto, apenas 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% todas as causas de morte (DGS, 2016).

A HTA pressupõe um regime terapêutico avaliado em três domínios distintos: o regime medicamentoso, a alimentação e o exercício físico. Também o controlo da pressão arterial assume uma posição de destaque no tratamento da hipertensão, pela diminuição das

complicações que lhe estão associadas. Uma prioridade a alcançar com o tratamento nas pessoas com HTA é a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140/90mmHg. Quando, a par com a HTA, estão presentes outras comorbilidades, designadamente, a Diabetes Mellitus (DM) ou doença renal, o objetivo deve ser a redução dos valores de PA para valores inferiores. As pesquisas têm mostrado que há um número de fatores interrelacionados que contribuem para a pressão arterial elevada incluindo o consumo de sal, a obesidade, a resistência à insulina, entre outros. Como já foi referido anteriormente, para controlar a PA, a pessoa é aconselhada, desde logo, a incluir na sua rotina diária um conjunto de atividades que vão desde a modificação de hábitos alimentares, passando pela prática de exercício físico e toma regular de medicamentos, entre outros comportamentos a adotar, até à procura de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde (E. Costa, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) existem muitos fatores comportamentais de risco que são influenciados pelo quotidiano e pelas condições de vida dos indivíduos e que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão, tais como o consumo excessivo de sal e gordura, reduzido aporte de frutas e vegetais, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade e má gestão do stress. A desabituação tabágica deve ser fortemente recomendada, com o objetivo de diminuir o risco cardiovascular, pois o cigarro tem um efeito vasoconstritor que aumenta a PA. Estas mudanças para estilos de vida saudáveis são a pedra basilar na prevenção de complicações da hipertensão, porém não recomenda atrasar o início da terapia medicamentosa em utentes de risco (D. Fonseca & Cirne, 2017; Mancia et al., 2013). A adoção de um estilo de vida saudável ajuda a reduzir a PA, embora a grande desvantagem seja a dificuldade de manutenção a longo prazo, o que requer por parte dos profissionais de saúde uma especial atenção na procura de estratégias que capacitem o indivíduo a gerir o regime terapêutico nos vários domínios.

A hipertensão arterial é uma doença possível de ser controlada, mas, sem tratamento, leva a complicações graves e fatais, tais como doenças do coração, rim e cérebro, que na maioria dos casos resultam na incapacidade do utente. Para Yousif, Ezat, Mahmoud, & Abo El-Gamelen Ebrahim Essa (2015) é essencial a modificação do estilo de vida no tratamento da HTA e quando esta está mal controlada deve-se, na maioria das vezes, à baixa adesão ao regime terapêutico.

1.2 A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão ao regime terapêutico reflete o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com a sua saúde. Assim, na opinião de Reiners, Seabra, Azevedo, Sudré, & Duarte (2012) é preciso estar consciente que a manutenção da motivação do utente em não abandonar o tratamento é, talvez, um dos maiores desafios que o profissional de saúde enfrenta em relação ao utente hipertenso. Deve-se entender a adesão ao regime terapêutico como um fenómeno que pode ser influenciado por vários fatores relacionados com o indivíduo, com o tratamento, com a doença, com os serviços e os profissionais de saúde, bem como com o seu meio sociocultural e a sua família.

Para Yousif et al. (2015), a adesão pode ser definida como o comportamento do utente na procura de cuidados, a participação nas consultas de seguimento ou o cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde. Como resultado melhora os seus valores de PA, compreendendo que a sua adesão é um passo importante na avaliação do efeito do regime de tratamento da sua doença. A maioria dos cuidados para o controlo da hipertensão requer autogestão, monitorização regular e mudanças no estilo de vida do utente. Desenvolver um plano de tratamento centrado no indivíduo e na sua família que promova a adesão é essencial na gestão da hipertensão.

As consequências da não adesão ao regime terapêutico traduzem-se em fracos resultados e contribui para um aumento dos custos de saúde, colocando o utente em risco de desenvolver várias complicações. Tem sido demonstrado que o aumento da eficácia das intervenções sobre a adesão tem um impacto maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos (OMS, 2013).

Para Haynes (2011), a adesão traduz o comportamento de um utente em cumprir a medicação, seguir uma dieta, modificar hábitos e participar na consulta. Este é o fator modificável mais importante, na medida em que compromete o resultado do tratamento (as cited in Mancia et al., 2013). A adesão é assim influenciada por vários fatores que incluem o baixo estatuto socioeconómico, baixo nível educacional, desemprego, falta de acessibilidade, o custo elevado dos transportes e da medicação, a complexidade e duração do tratamento e as crenças culturais acerca da doença (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Sendo a adesão um fenómeno multidimensional, também é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar o comportamento de adesão. Para o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), a família, a comunidade e as organizações de

doentes devem ser parceiros-chave na promoção da adesão e estar envolvidos, de forma ativa, no plano de cuidados e nos resultados esperados do mesmo.

A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os utentes não precisam apenas ser informados, também carecem de ser motivados e encorajados a aderir ao regime terapêutico e aos objetivos relacionados com o estilo de vida.

1.3 REFERENCIAIS TEÓRICOS QUE PROMOVEM A ADESÃO

A promoção da saúde, numa perspetiva de prevenção primária, está mais relacionada com a adoção de estilos de vida saudáveis, enquanto no âmbito da adesão a um regime terapêutico a longo prazo, no caso de uma doença crónica, a prevenção terciária e a adaptação a uma nova condição de saúde e educação para o seu autocuidado.

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender (1987), explica como as características e as experiências individuais, bem como o conhecimento e os afetos específicos levam o indivíduo a participar ou não nos comportamentos de saúde e pode ser utilizado para compreender o fenómeno da adesão, orientando a ação dos enfermeiros. É um modelo de enfermagem que revela que a conduta é motivada pelo desejo de alcançar o bem-estar e o máximo potencial humano e dá ênfase ao papel ativo da pessoa (as cited in Aristizábal Hoyos, Blanco Borjas, Sánchez Ramos, & Ostiguín Meléndez, 2011). Sakrinda (2004), ao analisar este modelo, considera que a saúde é um estado positivo e por isso todos pretendem alcançá-la, de modo individual, cada um define a sua conceção. Esta é mais importante que o conceito generalista e surge como uma proposta para integrar, nos cuidados de enfermagem, a identificação de fatores que influenciem comportamentos determinantes de saúde (as cited in Machado, 2009).

A teoria da aprendizagem social de Bandura (1986), defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, salientando as crenças de autoeficácia. Relativamente ao fenómeno da adesão, o potencial para aderir será tanto maior, quanto maior a expectativa de adotar comportamentos que resultem em ganhos aos quais a pessoa atribua valor (as cited in Machado, 2009).

A teoria de King conceitua a enfermagem como perceção, pensamento, relacionamento e ação, lado a lado com o comportamento de indivíduos numa situação de enfermagem. A autora afirma que as enfermeiras cuidam de indivíduos com doenças crónicas, ajudando-os a utilizar a sua habilidade potencial total, a partir da interação enfermeira-família, como descreve a teoria interacionista (T. Moreira, Araújo, & Pagliuca, 2011). A interação, o

diagnóstico, o estabelecimento de objetivos, a exploração de recursos, propostos no modelo de King, têm como foco a família, e não o indivíduo isoladamente, pois na situação de cuidado ao doente crónico, a participação familiar é essencial para que não se preste uma assistência fragmentada (T. Moreira et al., 2011).

De acordo com Benner (2001) os cuidados de enfermagem devem assentar em várias competências, na intenção de ajuda e num compromisso em desenvolver práticas de cuidar, ambicionando a excelência que possibilita colocar a técnica ao serviço da pessoa, de forma original e criativa - a arte de cuidar. É necessário saber e compreender como é que esta percebe a sua doença, fornecer-lhe uma interpretação e razões para aderir ao regime terapêutico, bem como, tornar abordáveis e compreensíveis todos os aspetos relativos à doença.

1.4 A CONSULTA DE ENFERMAGEM: A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS

Os Cuidados Saúde Primários devem ter por objetivo a capacidade de envolver a família do utente com HTA para um controlo eficaz da patologia, cada vez que surgem dificuldades na adesão e na gestão do regime terapêutico. A família é um determinante fundamental nos processos de desenvolvimento, adaptação e perturbação do indivíduo, é chamada a explicar a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis, a exposição a comportamentos de risco, o processo de adoecer, de aceitação do diagnóstico e adaptação à doença crónica ou prolongada, de adesão aos tratamentos e de vivência da doença terminal, por isso deve ser considerada um elemento crucial no sucesso ou insucesso dos processos de mudança em saúde (Barros, 2010).

Relativamente ao impacto da doença crónica, as disfunções físicas e psicossociais na família referidas por Sapeta (1997) como os conflitos e ansiedade resultantes da ameaça que esta representa para a pessoa (integridade física, sensação de perda pessoal, efeito sobre a sua vida e relações com os outros), causam uma incerteza do que vai acontecer e influencia o comportamento da pessoa e da família (as cited in C. Fonseca, 2012). Contrariando esta posição, Alarcão (2006), considera em oposição à doença aguda, que a doença crónica pode permitir à família adaptar-se, exigindo, no entanto, uma maior mobilização, a longo prazo, dos recursos familiares. Quando um elemento na família se encontra sob stress, os restantes elementos também sentirão esse stress, uma vez que uma das funções da família é fornecer suporte aos seus elementos quando estes estão sujeitos a pressões externas. Correia (2007) no seu estudo confirma a ideia que o suporte social e, especialmente a família, pode ter um papel

determinante na saúde dos indivíduos e particularmente, nas questões que se prendem com a adesão e a gestão do regime terapêutico.

As modificações no estilo de vida da pessoa com doença crónica, uma das dimensões do regime terapêutico da hipertensão, necessitam de intensa participação familiar, por requererem alterações de fatores e modificação de estilos de vida que se repercutirão no sistema familiar (T. Moreira et al., 2011). Viver com uma doença crónica requer a adaptação e a aquisição de novas competências pela família. Para algumas, a ausência de doença e a capacidade de trabalhar pode ser essencial para o bem-estar, mas para aqueles que vivem com doenças crónicas, bem-estar pode associar-se a habilidades capazes de superar obstáculos diários, resolvendo tensões de forma eficaz e com sentido de coesão familiar. Fatores que contribuem para este bem-estar familiar, podem resultar de crenças da família, em que esta reconhece que consegue lidar com a situação de doença. A limitação da atividade é muitas vezes um desafio que acompanha as doenças crónicas, como o desempenho das atividades diárias, tais como higiene pessoal e caminhar sem ajuda, ou oportunidades de emprego (Kaakinen, Gegaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010). Como refere Ribeiro (2007), a capacidade de apoio que a família presta ao seu familiar com doença crónica abre enormes possibilidades para que se consiga uma abordagem global nos cuidados prestados a estes utentes. São os familiares quem mais os apoia, quer do ponto de vista físico, quer emocional e que lhes servem de suporte social.

Para prestar cuidados de enfermagem adequados, os enfermeiros devem estar bem informados sobre as alterações individuais e o estágio de desenvolvimento familiar, serem sensíveis às suas necessidades expressas e estarem dispostos a tornar-se colaboradores de forma a capacitá-los para reorganizar as rotinas e a gestão de recursos ao longo do tempo. Viver com uma doença crónica, requer da família a capacidade para se adaptar à situação, e ao mesmo tempo equilibra múltiplas exigências de que é alvo (Kaakinen et al., 2010). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao regime terapêutico através da disponibilidade de informação e da promoção da literacia em saúde; do uso adequado dos medicamentos para evitar complicações cérebro-cardiovasculares 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 (OMS, 2013). Como refere Barros (2010), a valorização da família não conduz, necessariamente à necessidade de intervir com toda a família, ou de provocar mudanças profundas na família. Pode, apenas, significar a possibilidade de agir junto de algum ou alguns elementos da família para mudar ou transformar a experiência de doença, a adaptação às limitações e a adesão aos tratamentos.

A intervenção na família deve proporcionar um contexto apropriado no qual esta pode fazer as alterações necessárias para facilitar e promover o cumprimento do regime terapêutico recomendado e ser adaptada às características de cada uma. Como referem Wright & Leahey (2011), os enfermeiros devem reconhecer que o ajuste implica reciprocidade entre as ideias do profissional e a experiência de doença da família. Esta intervenção deve focar-se na melhor forma da família lidar com a doença, adquirindo estratégias de adaptação e novas competências, no sentido de provocar modificações nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental do funcionamento familiar. É através destas que se modificam as perceções mútuas dos membros da família e da doença que vivenciam, e também desta maneira modificam os seus comportamentos. Segundo estas autoras devem ser três os objetivos a alcançar com estas famílias: (i) ajudá-las a enfrentar os desafios do tratamento da doença crónica; (ii) mobilizar o apoio da família; (iii) reduzir tensões intrafamiliares. As intervenções direcionadas para o domínio cognitivo são aquelas que oferecem informações, ideias ou educação sobre a doença e o tratamento. O seu objetivo é mudar o modo como a família percebe os seus problemas de saúde, de modo a que possa antever novas soluções para os mesmos. A informação é uma ferramenta importante que permite a aquisição de conhecimentos sobre a doença e sobre o regime terapêutico a seguir, o que contribui para a família lidar, de modo apropriado, com a sua condição, minimizando ou prevenindo outros potenciais riscos para a sua saúde (E. Costa, 2012).

Os enfermeiros devem explicar a importância do cumprimento do regime farmacológico e as consequências da sua não-adesão, instruindo os utentes sobre os riscos associados à não adesão aos esquemas terapêuticos e às consequências para a evolução da sua doença crónica (Alphonse, 2012). A intervenção ao nível comportamental é, nomeadamente, a referida no relatório da DGS em que se estabelece uma meta de redução global no consumo de sal na dieta, e pediu a todos os países para reduzir a ingestão média de sal na população para valores menores ou iguais a 5 g/dia, com o objetivo de reduzir o consumo de sal em 30% até 2025. Assim pretende sensibilizar a população para os benefícios para a saúde resultantes de consumos adequados de sal e para as medidas a tomar para alterar os seus comportamentos, no sentido de reduzir o seu consumo, incentivando os profissionais da saúde a prestar informações sobre a necessidade de redução do sal através da alimentação (Graça, 2013). A intervenção ao nível afetivo é um dos maiores desafios do trabalho dos enfermeiros com as famílias pois implica estimular o apoio familiar, validando respostas emocionais e fortalecendo laços de modo a que estes facilitem a mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família e estes contribuam para o ajuste da família às exigências da doença

(Wright & Leahey, 2011). De modo sistematizado, deve ser valorizada a relação com o utente e família, envolvendo-os nas decisões acerca do tratamento, fornecendo-lhe as informações orais e escritas acerca do mesmo, simplificando o máximo possível, definindo com eles metas periódicas, promovendo sessões de grupo e estimulando a sua motivação (Orueta Sánchez, 2005; Rojas Marin & Morales B, 2014).

A identificação colaborativa das necessidades da família descrito no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a subsequente enunciação dos diagnósticos constituem um elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar (Figueiredo, 2012). Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percebida como viável e assim obter o comprometimento da família. Pode-se observar que, face à difícil aceitação de uma doença crónica que exige manutenção da adesão por longos períodos de tempo, o utente e a família têm dificuldade em procurar estratégias que visem a manutenção do ajustamento da família e o controlo da doença; daí a importância da relação estabelecida entre enfermeiro de família e o utente possibilitar um contributo essencial para o sucesso do tratamento. Guedes et al. (2012) enumerou as competências a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam nos cuidados de saúde primários, tais como: (i) o foco integral na avaliação do contexto psicossocial; (ii) a gestão do conhecimento; (iii) a intervenção centrada no indivíduo e na família.

De acordo com a OMS (2004, 2013), os enfermeiros devem incluir, nas estratégias para melhorar a adesão, uma colheita de dados sobre os comportamentos do utente, que lhes permita identificar se a pessoa adere ou não e em que dimensões do regime terapêutico. No que diz respeito à promoção da literacia, a educação para a saúde é uma das ferramentas essenciais neste processo, aumentando os conhecimentos sobre a doença e a importância de aderir ao regime terapêutico, colaborar com a pessoa para utilizar estratégias que facilitem a adesão ao regime medicamentoso, reforçar os comportamentos de adesão, através de resultados que mostrem o seu impacto nos marcadores clínicos da doença. Torna-se essencial que o enfermeiro de família identifique as potencialidades e fragilidades das famílias, de modo a planear estratégias e a incluí-las no processo de cuidados, corresponsabilizando-as por funções decorrentes das suas escolhas e pela continuidade do tratamento (Barreto & Marcon, 2014).

De forma a sustentar o referido anteriormente, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar vem enfatizar, no ponto 1 do artigo 4.º, que ao enfermeiro compete:” a) cuidar da família como unidade de cuidados; b) prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (*Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2011, p. 8660*). Neste sentido, os cuidados focados na família visam atender às necessidades das famílias que têm um membro ou membros com doenças crónicas e exige aos enfermeiros conhecimentos em múltiplas dimensões da família e as influências de outros contextos significativos de forma a concretizar a avaliação dos cuidados segundo uma perspetiva sistémica. A agregação de informação relevante que permita a identificação de necessidades da família decorrentes da dependência de um dos seus membros é uma das exigências do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, à qual se acrescenta a necessidade de identificação precoce dos determinantes da saúde, o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; a identificação de problemas potenciais, considerando a reciprocidade entre os fatores de stress que implicam transições familiares; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados e sustentada na interligação entre os resultados de investigação e o conhecimento integrativo e sistematizado do sistema familiar, sempre em regime de parceria com a família (*Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho do Ministério da Saúde, 2015*).

Face ao que foi exposto, e a título conclusivo, a intervenção do enfermeiro de família é fundamental na deteção, desenvolvimento e avaliação de um plano sobre as principais estratégias dos tipos de tratamento farmacológico e não farmacológico. Este deve servir de orientação prática, sendo direcionado para o utente e a sua família de forma a ser facilitador de mudanças no seu comportamento. Decorrente da identificação das necessidades, cabe ao enfermeiro planear com os utentes e famílias, constituindo-os como parceiros, as intervenções que melhorem a adesão, ajudando-os a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico, fornecendo-lhes informação para a gestão do tratamento e, ao mesmo tempo, motivando-os e estimulando-os de modo a serem pró-ativos na consecução do seu projeto de saúde. A avaliação da sua adesão deve incluir estratégias de intervenção e ferramentas comportamentais que a promovam (*Registered Nurses’ Association of Ontario, 2005*).

CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo percebido, daí que o seu desenvolvimento deva respeitar um plano metodológico rigoroso, previamente estabelecido (Fortin, 2009). Deste modo, neste capítulo estão descritas a contextualização e tipo de estudo, as características da população e amostra, as questões de investigação, os objetivos, as variáveis e o instrumento de recolha de dados. Posteriormente é descrito o processo de recolha de dados, tendo por base as condições ético-legais requeridas e apresentado o processo de análise dos dados com as técnicas e medidas estatísticas adotadas.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pertinência deste estudo surge com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e da intervenção especializada do enfermeiro de família com o utente hipertenso e sua família, de forma a possibilitar uma abordagem sistémica, que promova uma adesão mais efetiva. A hipertensão arterial é uma doença contemporânea, com elevado impacto na qualidade de vida das pessoas, resultante das suas complicações. Estas representam um elevado custo económico-social, pois complicações como Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) podem levar à incapacidade ou morte. De acordo com os dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) referentes a novembro 2016, a prevalência desta doença crónica na USF Salinas corresponde a 24,8% da população inscrita, o que traduz valores semelhantes à média nacional (DGS, 2016). A proximidade à população e acessibilidade desta à Unidade de Saúde levaram a que se desenvolvesse este estudo, no sentido de conhecer a adesão do utente com HTA ao regime terapêutico e as razões para a não adesão.

Também houve interesse por parte da unidade funcional no desenvolvimento deste estudo visto que era uma oportunidade de atuação numa área que apresentava algumas carências, do ponto de vista de acompanhamento da pessoa com HTA. A análise desses resultados contribuiu para que os enfermeiros de família desenvolvessem estratégias sobre formas de intervir com os utentes hipertensos e suas famílias por forma a promover um melhor controlo da hipertensão arterial, através de um incremento na adesão.

1.2 TIPO DE ESTUDO

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objetivos estabelecidos apontam para a realização de um estudo do tipo exploratório e transversal, de natureza quantitativa e descritivo-correlacional.

Elegeu-se este desenho de investigação de carácter exploratório por se pretender obter informações sobre as características das pessoas com HTA e sobre a frequência de ocorrência de um fenómeno específico, a adesão ao regime terapêutico, quando se sabe pouco sobre o mesmo (LoBiondo-Wood & Haber, 2014).

Além disso, trata-se de um estudo correlacional por pretender explorar as relações entre variáveis e descrevê-las, permitindo dessa forma analisar os fatores que condicionam a adesão ao regime terapêutico, de forma que, em função dos mesmos, se possam definir intervenções para o enfermeiro de família, no sentido de potenciar essa adesão.

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo decorreu na USF Salinas, em Cacia, a freguesia mais a norte do concelho de Aveiro, que apresenta uma população de cerca de 7 000 habitantes, dos quais 1 721 tinham diagnóstico de HTA, Códigos K-86 e K-87 do ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] & World family doctors Caring for people [WONCA], 2011), dados referentes a novembro de 2016. Destes, cerca de 1000 são hipertensos vigiados com regularidade na USF, sendo esta a população acessível considerada no estudo, o que corresponde a 58% da totalidade de utentes inscritos com esta doença crónica.

Optou-se por um método de amostragem não probabilística, por conveniência, justificado pelo tempo que se dispõe para a realização do estudo. Esta amostra foi composta por um número de hipertensos definido tendo em consideração o cálculo amostral para uma população finita, recorrendo à fórmula (Pocinho, 2009):

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad e \quad n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Onde N= tamanho da população; E_0 = erro amostral; n_0 = primeira aproximação tamanho da amostra e n = tamanho da amostra. Assim, para um intervalo de confiança de 95% e um erro tolerável de 5%, obteve-se a seguinte amostra:

$$n = 286$$

A seleção do local de recolha dos dados foi motivada pelo conhecimento prévio da investigadora sobre a existência de um elevado número de utentes com HTA e pelo facto de exercer a sua atividade profissional nessa instituição.

Como critérios de inclusão consideraram-se os utentes com diagnóstico de HTA há mais de um ano e como critérios de exclusão, os menores de 18 anos, mulheres grávidas e pessoas sem capacidade ou que recusem responder, autonomamente, ao questionário.

1.4 PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS

Este trabalho de investigação debruçou-se sobre a adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA e os contributos que o enfermeiro de família pode dar para melhorar o comportamento de adesão destes utentes. Com a questão de investigação pretendeu-se obter uma orientação para o estudo, conduzindo à procura de respostas. Deste modo, e considerando a problemática do estudo, esta foi elaborada para orientar o desenvolvimento da pesquisa:

- Quais os fatores que influenciam o comportamento de adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA, passíveis de serem modificáveis pela intervenção do enfermeiro de família?

Neste contexto, este estudo apresenta como principal finalidade contribuir para que os enfermeiros de família possam implementar intervenções especializadas. Assim, decorrente da questão, definiram-se como objetivos:

- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA;
- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a adesão da pessoa ao regime terapêutico da HTA;
- Analisar a relação existente entre a adesão ao regime terapêutico das pessoas com HTA e os seus parâmetros clínicos;
- Identificar as estratégias de intervenção do enfermeiro de família no sentido da promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão e sua família.

1.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

A seleção rigorosa dos instrumentos de pesquisa é um fator fundamental em qualquer investigação. Para a obtenção dos dados, utilizou-se o instrumento de avaliação da adesão ao

regime terapêutico desenvolvido por Sousa (2005), que se apresenta estruturado em quatro partes (ANEXO I):

- I. Dados sociodemográficos e antecedentes pessoais;
- II. Adesão às recomendações para o tratamento da HTA;
- III. Recomendações para o tratamento da HTA;
- IV. Conhecimentos sobre a HTA;

A seleção deste instrumento prendeu-se com o facto de ser o mais abrangente face às dimensões do regime terapêutico a analisar e ter sido desenvolvido para a população portuguesa apresentando um valor de *alfa de Cronbach* de 0,5953, que posteriormente após algumas alterações foi de 0,7032 (Sousa, 2005), o que é considerado um coeficiente de fidelidade aceitável (Fortin, 2009). Este formulário foi alvo de pequenas adaptações, com a adição de algumas questões relacionadas com a presença de comorbilidades, com o suporte familiar nas diferentes áreas e recorreu-se, ainda, à monitorização do peso, da pressão arterial (PA), da circunferência da cintura (CC) e do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

A operacionalização das variáveis deste estudo teve por base a que Sousa (2005) e Costa (2012) já utilizaram, com a atualização de alguns critérios e adaptação às características desta população e à especificidade do problema em estudo.

Deste modo, considerou-se como variável central do estudo a adesão ao regime terapêutico da HTA, sendo esta a variável dependente.

Como variáveis independentes e passíveis de manipulação, consideraram-se o apoio sociofamiliar, a relação com o enfermeiro de família e os conhecimentos sobre a HTA.

As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e situação profissional), as características do perfil de saúde dos participantes (tempo de diagnóstico, história familiar de HTA, número de fármacos prescritos, parâmetros clínicos como PA, IMC e CC) são as variáveis intervenientes.

Procurou-se que as variáveis estivessem definidas de forma clara e objetiva, de modo a não levantar dúvidas na sua operacionalização e interpretação. Relativamente à modalidade das questões colocadas, natureza das variáveis e escalas de atitude utilizadas consideraram-se (Hill & Hill, 2008; Iarossi, 2011; J. Moreira, 2009; Saunders, Lewis, & Thornhill, 2016):

Abertas – de escala nominal (questões 8.1, 9.1, 14.10, 16.6, 18.6, 20.5, 24.11, 29.1);

Abertas – de escala de razão (questões 1, 3, 6, 11, 12, 19.1, 21.1, 22.1, 22.2, avaliação antropométrica);

Fechadas dicotómicas – de escala nominal (questões 2, 8, 9, 10, 14.1-14.9, 16.1-16.5, 18.1-18.5, 20.1-20.4, 21, 22, 24.1-24.10, 29);

Politómicas em leque aberto – de escala nominal (questões 4, 5, 12.1);

Politómicas em leque fechado – de escala nominal (questões 25, 26, 28, 30);

Politómicas em leque fechado – de escala ordinal (questões 13, 15, 17, 19, 23, 27).

PARTE I – Dados sociodemográficos e antecedentes pessoais

A primeira parte do instrumento foi construída com o intuito de fornecer informação para a caracterização sociodemográfica da amostra, bem como, os antecedentes pessoais dos participantes (Sousa, 2005).

Idade

Relativamente a esta variável questionaram-se os sujeitos sobre o número de anos completos à data da entrevista. Posteriormente, classificou-se a variável em 6 categorias de 10 em 10 anos, sendo que a primeira categoria incluía os sujeitos com idade igual ou inferior a 44 anos e a última incluía os sujeitos com 85 ou mais anos.

Sexo

Esta variável dicotómica foi classificada com base no sexo: feminino ou masculino.

Habilitações literárias

Os participantes foram questionados quanto ao grau de escolaridade concluído à data da entrevista e agrupados em 6 categorias, segundo a organização do Sistema Educativo Português (Direção-Geral da Educação, 2017).

Situação profissional

A situação profissional foi classificada em 4 grupos:

“trabalhador ativo” – incluía os sujeitos que se encontrassem a exercer uma atividade profissional; *“desempregado”* – sujeitos que no momento da entrevista não exerciam qualquer atividade profissional, apesar de estar habilitado para o trabalho; *“reformado ou inválido”* – sujeitos que, por limite de idade ou por incapacidade permanente para o trabalho já não exerciam a sua atividade profissional e *“outro”* – quando a sua situação não se enquadrava em nenhuma das anteriores.

Profissão atual ou anterior

A variável profissão foi codificada em 10 grandes grupos profissionais, segundo a Classificação Nacional das Profissões 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Componentes do agregado familiar

No que concerne a esta variável, Sousa (2005) classificou a família em vários grupos: unitário - constituída por uma única pessoa *“vive só”*; nuclear sem filhos - constituída pelo casal *“vive com o cônjuge/companheiro”*; nuclear com filhos - inclui o casal e um só nível de

descendência; alargada “*vive com a família alargada*” - presença de várias gerações e outra “*vive apenas com filho(a)*” de forma a contemplar um tipo agregado bastante comum.

Tempo de doença

Os participantes foram questionados sobre há quantos anos possuíam a doença e posteriormente agruparam-se em 7 categorias de 5 em 5 anos, sendo que a última inclui os que possuem a doença há mais de 31 anos.

História familiar de HTA (pai, mãe ou irmãos)

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

Coabitar com pessoas com HTA

Trata-se de uma variável dicotómica, cuja resposta foi “*sim*” ou “*não*”, que se pretendeu obter informação sobre se na mesma residência viviam mais pessoas com a doença.

Comorbilidades

Esta variável foi definida com a presença de outro problema de saúde no mesmo sujeito e foi codificada em 10 categorias, as representas entre as descritas no ICPC-2 Classificação Internacional de Cuidados Primários (ACSS & WONCA, 2011).

Necessidade de outros fármacos, além dos da HTA

Trata-se de uma variável dicotómica, cuja resposta foi “*sim*” ou “*não*”, que se pretendeu obter informação sobre se eram tomados outros fármacos, além dos da HTA.

Número de consultas de HTA no último ano

Com esta questão interrogaram-se os participantes acerca do número de vezes que, no último ano, tinham ido ao Centro de Saúde/Hospital para a consulta de HTA.

Periodicidade de monitorização da PA no último mês

Os participantes foram questionados acerca do número de vezes que monitorizaram a PA, no último mês.

Local de monitorização da PA

No que respeita ao local de monitorização da PA, Sousa (2005) classificou a variável em cinco classes: “*centro de saúde*”, “*casa*”, “*farmácia*”, “*hospital*” ou “*outro*”, permitindo mais do que uma possibilidade de resposta.

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

A segunda parte do instrumento visa avaliar a adesão ao regime terapêutico e as razões da não adesão reportando-se aos comportamentos realizados nas últimas 4 semanas (número de dias por semana que cumpria as recomendações).

Adesão ao regime terapêutico

Para avaliar a adesão ao regime terapêutico, Sousa (2005) reportou-se às recomendações das organizações nacionais e internacionais que preconizam que o regime terapêutico da pessoa com HTA inclui tratamento farmacológico e modificações dos estilos de vida.

Assim considerou 5 dimensões do regime terapêutico: alimentação; atividade física; consumo de álcool; hábitos tabágicos e medicação.

Para cada dimensão, foram efetuadas perguntas fechadas para identificar comportamentos nas últimas 4 semanas, medidos através de uma escala tipo *Likert* com 5 itens (“nunca”, “raramente”, “às vezes”, “habitualmente” e “sempre”), cujos valores vão de 1 (nunca) até 5 (sempre), em que 1 corresponde ao comportamento menos desejável e 5 ao mais desejável.

Para avaliar a adesão ao regime terapêutico foram calculadas as medidas de tendência central dos valores obtidos no conjunto de itens respondidos. Por se tratar de uma escala de Likert, para avaliar a adesão, em cada uma das dimensões, foi utilizada como medida, a mediana dos valores obtidos nos itens dessa dimensão.

Adesão à alimentação

Esta variável incluiu 7 itens que pretendiam obter informação relativamente a 3 aspetos dos hábitos alimentares: consumo de sal, consumo de gorduras e consumo de frutas e vegetais.

Adesão ao exercício físico

A adesão ao exercício físico incluiu 1 questão acerca da atividade física desenvolvida pelos participantes nas últimas 4 semanas.

Adesão à restrição de álcool

Para avaliar o grau de adesão ao uso de álcool, Sousa (2005) elaborou 3 questões acerca do consumo de bebidas alcoólicas às principais refeições e fora das refeições. Contudo, uma vez que as recomendações diferem consoante o sexo e a idade das pessoas, duas questões enunciados foram similares. Para os participantes idosos e os do sexo feminino, analisou-se quantidade de álcool ingerido por dia, uma vez que apenas se considera baixo consumo até 10gr de álcool/dia. Para os participantes adultos do sexo masculino, analisou-se esta questão por refeição principal, uma vez que a dose diária fica ajustada a 20 gr álcool/dia (DGS, 2014).

A outra questão enunciada foi a mesma para ambos os sexos quanto ao consumo de bebidas destiladas e outras alcoólicas fora das refeições principais.

Adesão à restrição do consumo de tabaco

No que concerne aos hábitos tabágicos, Sousa (2005) considerou 1 item, uma vez que as recomendações são no sentido da cessação do seu consumo.

Adesão à medicação

Relativamente à medicação, pretendeu-se identificar o início da prescrição, o n.º de fármacos para HTA e o n.º de fármacos total diários e a adesão à prescrição da terapêutica farmacológica da HTA, medida através de 1 questão elaborada com o intuito de saber se os medicamentos estavam a ser tomados conforme posologia recomendada.

Razões de não adesão ao regime terapêutico

Para identificar as razões da não adesão ao regime terapêutico, Sousa (2005) enunciou um conjunto de questões referentes a cada uma das dimensões do tratamento. Cada questão foi operacionalizada numa resposta dicotómica: “*sim*”, “*não*”.

PARTE III- Recomendações para o tratamento de HTA

Na terceira parte do instrumento Sousa (2005), pretendeu saber se, na interação enfermeiro/utente, foram transmitidas informações relativamente às recomendações para o controlo da HTA. As questões foram codificadas em respostas dicotómicas: “*sim*” e “*não*”.

Considerou como “*não aplicável*” três situações possíveis: ter referido não consumir bebidas alcoólicas, não fumar e não tomar medicação anti hipertensora.

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Relativamente a cada dimensão do regime terapêutico, Sousa (2005) elaborou uma questão, com o objetivo de averiguar se o cumprimento do tratamento se constituía como uma dificuldade. As possibilidades de resposta foram “*sim*”, “*não*” e “*não aplicável*”.

Perceção do contributo do enfermeiro de família no regime terapêutico da HTA

Foi elaborada uma questão para perceber se o utente com HTA considera que o enfermeiro de família é facilitador do seu tratamento, avaliado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “*nunca*” e 5, a que “*sempre*”.

PARTE IV - Conhecimentos sobre HTA

Para avaliar o nível de conhecimentos sobre a doença, Sousa (2005) enunciou um conjunto de questões acerca da HTA, distribuídas em 5 dimensões: duração e etiologia, manifestações clínicas; fatores de risco; tratamento e consequências.

Para cada pergunta formulada, existiam 3 possibilidades de resposta: “sim (1)”, “não (0)” e “não sei (2)”. Estas três possibilidades de resposta permitem identificar os conhecimentos corretos, os errados e os desconhecimentos em aspetos relacionados com a doença.

Orientação no seu tratamento para a HTA

Foi formulada 1 questão para saber se existia alguém que lhe orientava o tratamento para a HTA, que foi classificado em “sim” ou “não”, se sim, quem era. A resposta classificou-se em uma de 3 categorias “o médico”, “a equipa de saúde” ou “um familiar”.

Pessoas significativas que ajudam

Foi formulada outra questão para saber se, entre as pessoas que lhe são significativas, havia alguém que o apoiasse no tratamento para a HTA, que foi classificado em “sim” ou “não”, se sim foi questionado quem. A resposta foi classificada em uma de 3 categorias “cônjuge”, “filho(a)” ou “vizinho ou amigo”.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

As avaliações realizadas tiveram por base a forma como estão descritos os procedimentos na Orientação 17/2013 acerca da avaliação antropométrica no adulto (DGS, 2013b)

Peso – foi utilizada uma balança digital, com escala em kg, previamente calibrada e colocada numa superfície plana e firme, com o ponteiro no zero, a pessoa descalça e apenas com roupa leve, mas sem qualquer acessório.

IMC – foi calculado tendo em conta o valor do peso e da altura através da fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$. A altura foi considerada a última registada após os 18 anos. O valor obtido foi classificado como preconizado pela OMS (DGS, 2013b).

Circunferência da Cintura (CC)

A circunferência foi aferida com fita métrica graduada, tendo sido realizada com a pessoa em pé, com o peso do corpo distribuído em ambos os pés, efetuada no ponto médio entre o bordo inferior da última costela palpável e o bordo superior da crista ilíaca, com a fita métrica colocada em plano paralelo ao pavimento, no final do ciclo respiratório, sem a fita métrica exercer qualquer compressão sobre a pele, mas ajustada.

A avaliação da circunferência da cintura permite valorizar clínica e epidemiologicamente o peso/obesidade na perspetiva do risco de complicações metabólicas, assim os homens com circunferência da cintura de ≤ 94 , $94-101,9$ e >102 cm foram classificados como sem risco de complicações, risco de complicações metabólicas aumentado e risco de complicações metabólicas muito aumentado, respetivamente, enquanto as mulheres foram classificadas nas

mesmas categorias de risco, com base na circunferência da cintura de ≤ 80 , 80-87,9 e > 88 cm (OMS, 2011).

Pressão arterial (PA)

A medição da PA obedeceu às premissas descritas na Norma 20 (DGS, 2013c), utilizando-se esfigmomanómetro digital calibrado e efetuada num ambiente acolhedor e calmo, com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos, com a bexiga vazia, com o membro superior desnudado, com as pernas apoiadas no chão e dorso recostado na cadeira e uma braçadeira de tamanho adequado. O braço foi posicionado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Foram efetuadas 2 medições, com pelo menos 1 minuto entre elas e registado a valor mais baixo obtido, que posteriormente foi classificado em várias categorias de acordo com a Norma 26 (DGS, 2013a).

1.6 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se num período de 8 semanas, compreendido entre 13 de fevereiro e 07 de abril de 2017, de acordo com a disponibilidade temporal do investigador e a acessibilidade dos utentes à USF.

De modo a não envolver custos para os participantes, estes foram selecionados sempre que se dirigiam à USF e que eram identificados como hipertensos, sendo convidados a participar e informados acerca do estudo, dos seus objetivos, dos procedimentos da investigação e da garantia de confidencialidade das respostas. As entrevistas para preenchimento dos formulários foram realizadas pela investigadora ou, quando não era possível, pelo enfermeiro de família do utente. A investigadora realizou formação aos enfermeiros de família acerca da aplicação e preenchimento do formulário, de modo a uniformizar as abordagens.

1.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do estudo foi sempre orientado na salvaguarda dos aspetos de ordem ética e legal, nomeadamente a participação voluntária, o anonimato dos participantes, a confidencialidade dos dados e sua destruição depois de cumprida a sua finalidade. Para salvaguardar os aspetos inerentes ao processo de investigação, começou-se por fazer o pedido de autorização à autora do instrumento (ANEXO II) no sentido de o poder aplicar. Posteriormente foi enviado o pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Centro

(ANEXO III), com a finalidade de obter o parecer e autorização para a realização deste estudo na comunidade. Conjuntamente foi efetuado o pedido de autorização à Coordenadora da USF Salinas (APÊNDICE I) e ao Diretor da ESSUA (ANEXO IV).

Na abordagem dos utentes foi previamente obtido, por escrito, o seu consentimento informado, livre e esclarecido, em aceitar participar no estudo (APÊNDICE II), sendo livres de abandonar em qualquer momento, se assim o entendessem.

A confidencialidade dos dados e o seu anonimato foram salvaguardados durante todo o processo, através da codificação do utente em cada formulário, por alguém que não a investigadora. Para esta codificação, os colaboradores extraíram os dados do processo clínico e forneceram-nos à investigadora.

1.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As respostas obtidas nos formulários, previamente codificados, foram introduzidas numa base de dados do programa SPSS, versão 24, para se proceder ao seu tratamento estatístico, tendo em consideração o descrito na operacionalização das variáveis.

A sua análise foi realizada através de procedimentos de estatística descritiva, calculadas as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Os dados de caracterização da amostra foram apresentados em tabelas contendo as distribuições de frequências absolutas (FA) e relativas (FR). Sempre que os dados o permitiram, também se recorreu às técnicas de inferência estatística, sobretudo não paramétrica (Pereira & Patrício, 2016).

Tendo em consideração que a maioria das variáveis em estudo apenas têm nível de medição ordinal, foram feitas tabulações cruzadas em tabelas de contingência utilizando o teste de independência do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e, no caso deste ser significativo, foi calculado o Coeficiente de Contingência (ϕ) ou o Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s). No caso das tabelas 2x2, considerou-se uma aproximação mais conservadora utilizando o *p-value* correspondente à correção de continuidade (Everitt, 1994).

Foram também realizados o teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes (diferença de médias entre dois grupos); o teste de Kruskal-Wallis para comparação de três ou mais grupos independentes e a Análise da Variância (ANOVA) de Friedman para comparação de três ou mais grupos relacionados. Nas tabelas dos resultados são apresentados os níveis de significância utilizados.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com vista a uma melhor clareza da análise dos resultados, este capítulo apresenta-se dividido em dois subcapítulos, de acordo com o tipo de resultados. No primeiro subcapítulo é apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e no segundo, os resultados da adesão ao regime terapêutico, através da aplicação de procedimentos de estatística descritiva e inferencial, com vista a responder adequadamente às questões e aos objetivos delineados neste trabalho.

2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

A amostra participante neste estudo (n) foi composta por 286 pessoas diagnosticadas com HTA, inscritas na USF Salinas, entre fevereiro e abril de 2017. Os resultados que foram considerados pertinentes, para as questões inicialmente colocadas, surgem apresentados, através de tabelas e figuras.

A tabela 2 apresenta uma resenha sobre as características sociodemográficas dos participantes. No que concerne à distribuição por sexo, 51,7% dos participantes é do sexo feminino e 48,3% do sexo masculino, o que se reflete na distribuição na população em estudo (47% sexo masculino e 53% sexo feminino).

Os resultados relativos à idade mostram que uma média de 66,5, com um desvio padrão de 11,35 anos. A idade mínima é de 37 anos e a máxima de 94 anos. O grupo etário dos 65 aos 74 anos é o mais representado, correspondendo a 35% da totalidade dos participantes, sendo o de menor percentagem o grupo etário, menor ou igual a 44 anos, com apenas 4,2%.

A análise do nível de escolaridade permite verificar que, cerca de dois terços dos participantes, concluíram o primeiro ciclo (64,3%), 4,5% são analfabetos e apenas 3,1% têm formação superior. No que respeita à situação profissional, cerca de dois terços dos participantes são reformados (63,3%).

Relativamente à constituição do agregado familiar, constata-se que, cerca de metade dos inquiridos vive com o cônjuge (47,9%), e que 12,9% vive só, sendo a maioria idosos (70% dos que referem viver sós, têm mais de 65 anos).

Metade dos inquiridos refere ter familiares diretos também hipertensos, em 22% isso não acontece e os restantes 28%, não possuem essa informação. Verifica-se ser bastante prevalente, a percentagem dos inquiridos (46,5%), que coabita com outro familiar que também apresenta a doença.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica

		Frequência absoluta (FA)	Frequência relativa (FR) %
Sexo	masculino	138	48,3
	feminino	148	51,7
Idade	menor ou igual a 44 anos	12	4,2
	45-54 anos	27	9,4
	55-64 anos	81	28,3
	65-74 anos	100	35,0
	75- 84 anos	47	16,4
	maior ou igual a 85 anos	19	6,6
	Escolaridade	analfabeto	13
primeiro ciclo		184	64,3
segundo ciclo		39	13,6
terceiro ciclo		26	9,1
secundário		15	5,2
formação superior		9	3,1
Situação profissional	trabalhar ativo	86	30,1
	desempregado	18	6,3
	reformado ou inválido	181	63,3
	outra	1	0,3
Componentes do agregado familiar	vive só	37	12,9
	vive com o cônjuge	137	47,9
	vive com cônjuge e filho(s)	73	25,5
	vive com a família alargada	15	5,2
	frequenta o centro de dia	0	0,0
	vive com o(s) filho(s)	24	8,4
Pais ou irmãos com HTA	não	63	22,0
	sim	143	50,0
	não sabe	80	28,0
Coabitantes com HTA	não	153	53,5
	sim	133	46,5

Na figura (fig.) 1 a profissão dos participantes está organizada por grupos profissionais, sendo a de maior representatividade, os trabalhadores não qualificados (31,1%), seguido dos operadores de instalações e máquinas (23,4%) e dos trabalhadores qualificados da indústria e construção (16,4%).

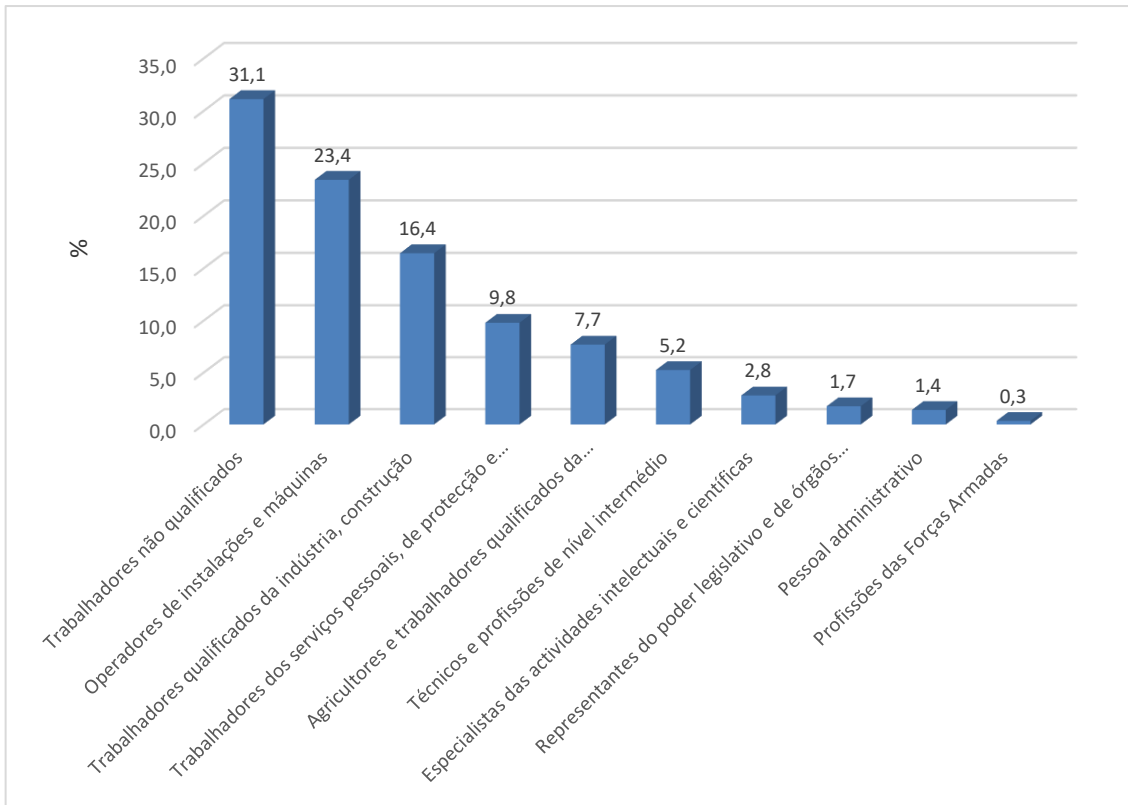


Figura 1 - Grupos profissionais

Relativamente ao apoio sentido por parte de pessoas significativas, 75,2% dos participantes consideram que alguém os ajuda na gestão do regime terapêutico, contudo 24,8% referem não sentir qualquer suporte social. No que se refere ao apoio (familiar ou profissional), 82,9% dos inquiridos consideram que alguém os ajuda na gestão do regime terapêutico, enquanto os restantes 17,1% não têm essa perceção (fig. 2).

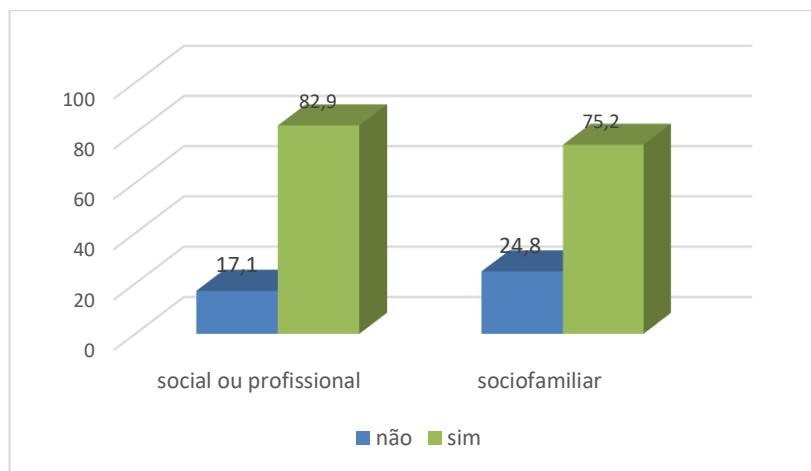


Figura 2 - Percepção de apoio (%)

Daqueles que referem ter apoio de alguém (familiar ou profissional), o médico é o mais referido (40,6%), seguido pela sua equipa de saúde (29%). Cerca de 70% refere o enfermeiro de família como um agente facilitador na gestão do regime terapêutico da sua doença, prestando ajuda habitual e regular. No sentido oposto, motivado pelo facto desta consulta se ter iniciado há pouco tempo, 12,9% desconhece ou desvaloriza o papel do enfermeiro nesta gestão, afirmando que nunca o faz ou fá-lo raramente (fig. 3).

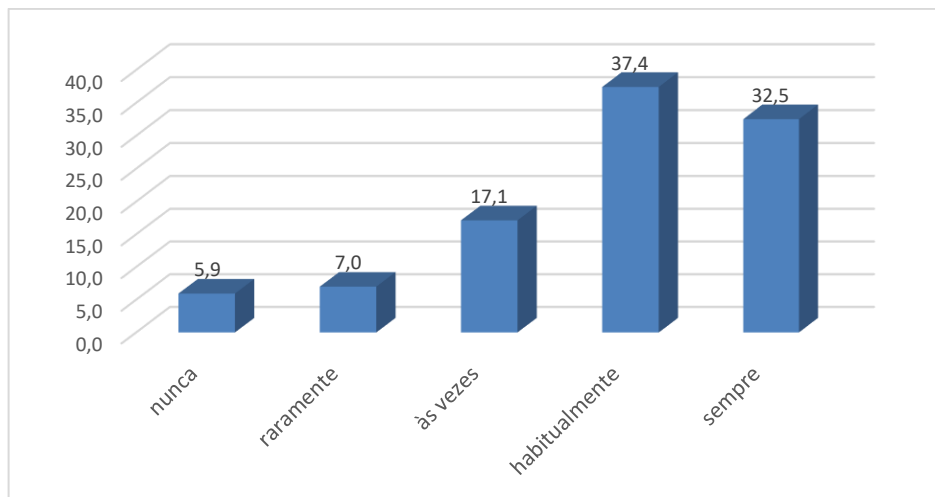


Figura 3 - Apoio sentido pelo enfermeiro de família (%)

Quando inquiridos sobre quem os ajuda, 68,4% refere o cônjuge, como a pessoa que mais colabora no seu regime terapêutico (fig. 4). São os homens quem relata maior perceção de apoio e as mulheres maior autonomia. Os amigos são um grupo de suporte com um peso significativo (15,3%).

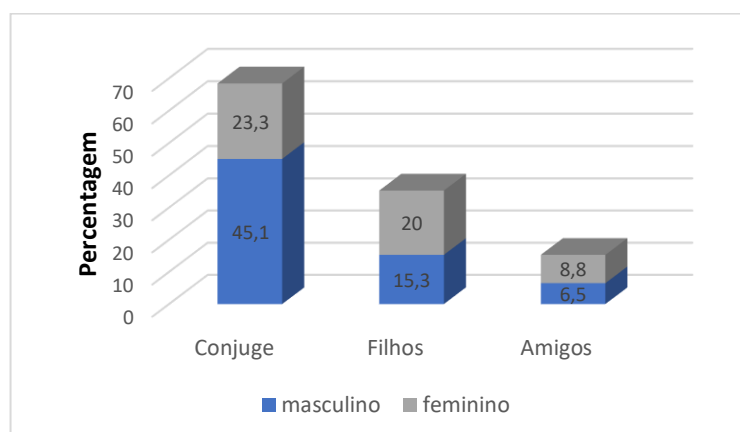


Figura 4 - Tipo de apoio segundo o sexo (%)

Os participantes referem ter o diagnóstico de HTA, em média, há $12,3 \pm 8$ anos, com a moda e mediana igual a 10 anos, com um mínimo de 1 e um máximo de 40 anos, sendo que 57,3% apresenta um tempo de doença inferior a 10 anos.

Para além da HTA, 66,8% dos inquiridos apresenta outras comorbilidades, que exigem esquemas terapêuticos próprios e alterações no estilo de vida. Os grupos de patologias mais frequentes são as do foro endócrino, metabólico e nutricional, representando 61,8% de todos os que referem ter outra doença crónica, de seguida as do foro psicológico, com 12,6%, as doenças circulatórias (7,3%) e as músculo-esqueléticas (tabela 3).

Tabela 3 - Comorbilidades

	FA	FR (%)
Endócrino / metabólico e nutricional	118	61,8
Psicológico	24	12,6
Circulatório	14	7,3
Músculo-esquelético	12	6,3
Respiratório	9	4,7
Urinário	5	2,6
Digestivo	3	1,6
Genital masculino	3	1,6
Sistema neurológico	2	1,0
Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	1	0,5

Quanto à toma de outros fármacos, para além dos prescritos para a HTA, 82,1% toma regularmente outra medicação, sendo que o número total médio de comprimidos tomados é de 4,38, por dia.

Relativamente ao número de consultas de hipertensão durante o último ano, a média é 2,3 consultas, sendo a moda e a mediana de 2. No último mês, os participantes deste estudo referiram monitorizar a PA, em média, 4,96 vezes, sendo a mediana de 2. Este valor oscilou entre aqueles que não avaliaram nenhuma vez, no último mês, e os que faziam essa avaliação, sistematicamente, 2 vezes por dia. Dos 286 participantes, 69,5% monitorizam a sua PA em casa, apresentando-se como o local mais vezes referido.

Relativamente ao perfil clínico dos participantes, apresentam-se os resultados obtidos referentes ao IMC, risco de complicações metabólicas associado à medida da CC e as classes de HTA. Em relação ao IMC, a maioria dos participantes apresenta excesso de peso ou obesidade

grau I, contudo são as mulheres quem mais apresenta um peso adequado. A obesidade grau II é mais prevalente entre as mulheres (fig. 5).

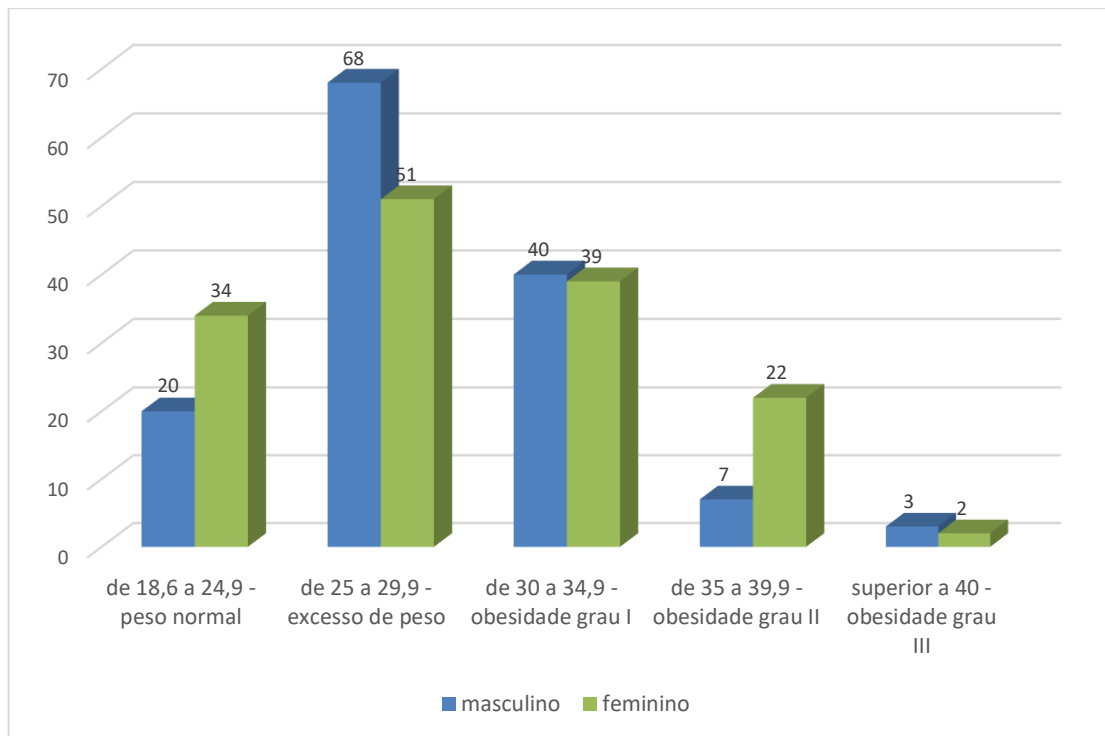


Figura 5 - Classes de IMC segundo o sexo

A avaliação da CC surgiu como um indicador que permite avaliar o risco de complicações metabólicas. No sexo feminino variou entre 74 e 130 cm, com média de $99,0 \pm 11,50$ cm e a mediana de 98 cm, nos homens variou entre 79 e 132 cm, com média de $102,2 \pm 10,14$ cm. Verifica-se que em ambos os sexos existe uma prevalência muito elevada do risco de complicações metabólicas, sendo superior nas mulheres. Esta diferença é significativa, com $ET = 3,47 > Z_{(0,95)} = 1,65$, para a categoria do risco muito aumentado (fig. 6).

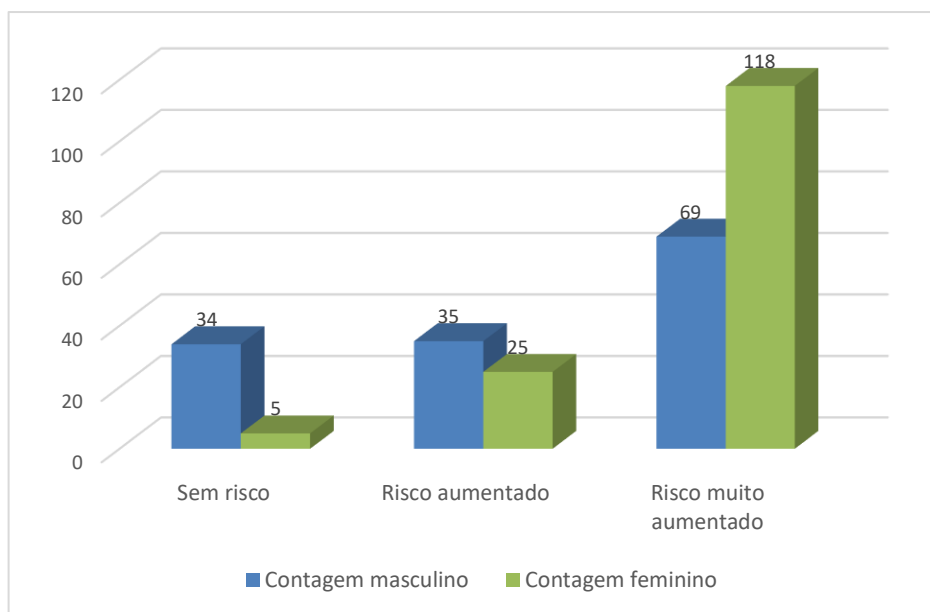


Figura 6 - Categoria de risco metabólico dos participantes segundo o sexo

A análise das medidas antropométricas e clínicas indicam que existe uma associação estatisticamente significativa com o sexo. Assim, aplicando o teste de independência do qui-quadrado (Maroco & Bispo, 2005), para um nível de significância de 5%, obtém-se para o IMC, um *p-value* de 0,008 que revela uma associação entre o IMC e o sexo; para a CC, o *p-value* de 0,000 que traduz a existência de associação entre a CC e o sexo, que, de acordo com o coeficiente de correlação de Spearman $r_s = 0,34$, tem alguma expressão.

Quanto à monitorização e controlo da PA verifica-se que predominam os sujeitos com valores da PA entre 140-159/90-99 mmHg (33,9%). Apesar deste resultado, verifica-se que 56,3% dos inquiridos apresenta valores de PA considerados adequados, inferiores a 140/90 mmHg. Valores de PA superiores a 160/100 mmHg ainda representam cerca de 10% dos inquiridos, revelando controlo muito fraco da sua HTA (DGS, 2013a). Estes valores apresentam-se semelhantes entre homens e mulheres, exceto para valores de PA $\geq 180/110$ mmHg, em que os homens representam um valor superior (fig. 7), embora não significativo do ponto de vista estatístico, o que se deve, essencialmente, ao reduzido número de elementos ($n=6$).

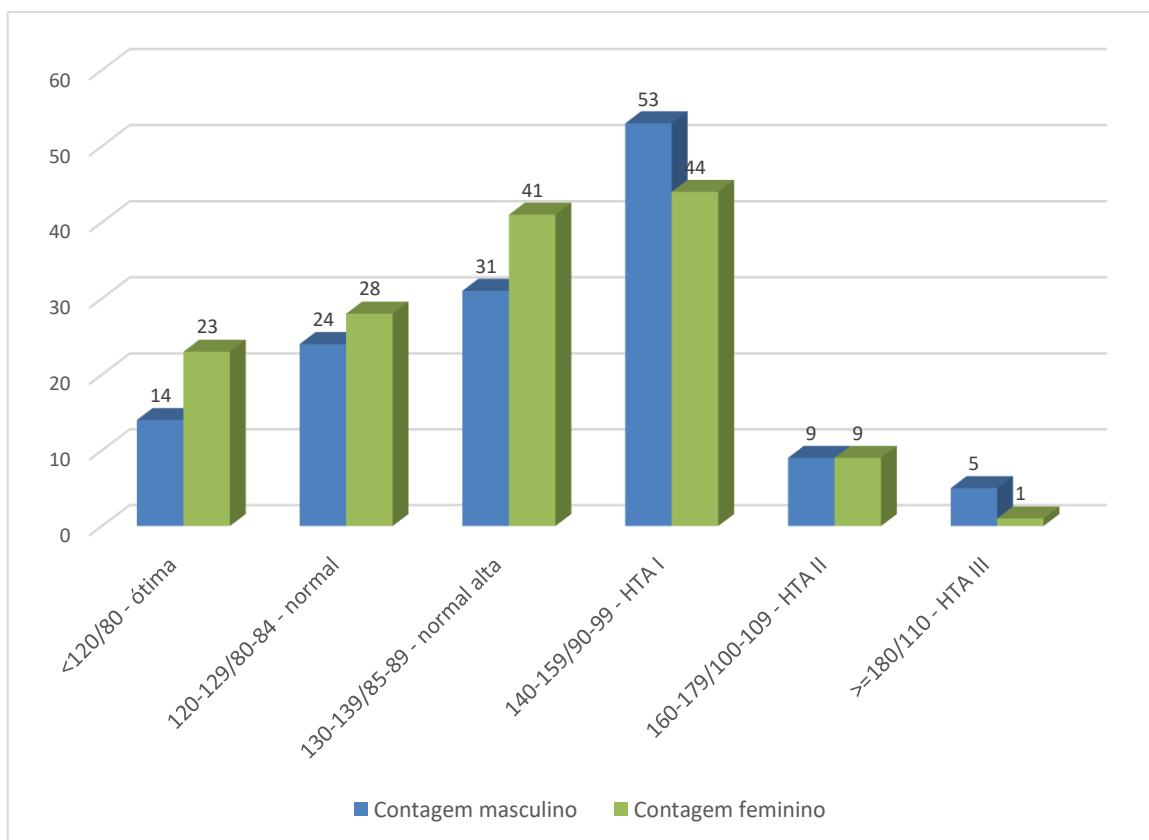


Figura 7 - Categoria de PA segundo o sexo

2.2 RESULTADOS DA ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Ao analisar a consistência interna da escala da adesão ao regime terapêutico, composta por 13 itens, foi medida a confiabilidade através do *coeficiente Alpha de Cronbach* (Hair, Black, Babin, Anderson, & Thatam, 2009). Os resultados obtidos, apontam para um valor de alfa de 0,604, considerado aceitável (Pereira & Patrício, 2016).

A adesão ao regime terapêutico obtido pela média dos 13 itens é de 4,1 (numa escala de 1 (nunca aderente) a 5 (sempre aderente)), sendo o item relativo ao exercício físico o que representa menor adesão, com 2,4; os de maior adesão referem-se à medicação (4,65) e ao abuso de tabaco (4,6). Na figura 8 é apresentado um gráfico que expõe as medidas de tendência central acerca do comportamento da adesão nas diferentes dimensões. Tendo em consideração que se tratam de variáveis ordinais, os testes não paramétricos realizados, usaram a mediana como medida.

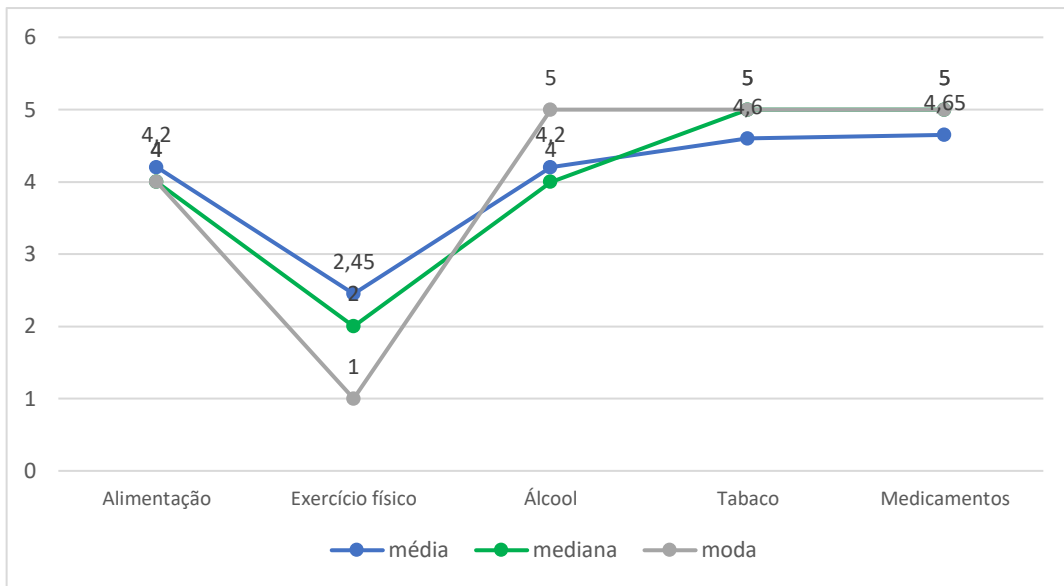


Figura 8 - A adesão nas cinco dimensões do regime terapêutico

Da análise da adesão na sua globalidade, pode observar-se, através do gráfico polar (A. A. Silva, 2006), que existe uma menor adesão sobretudo na prática de atividade física, mas também na adoção de uma dieta com baixo teor de sal e de gorduras e a na restrição de bebidas alcoólicas (fig. 9).

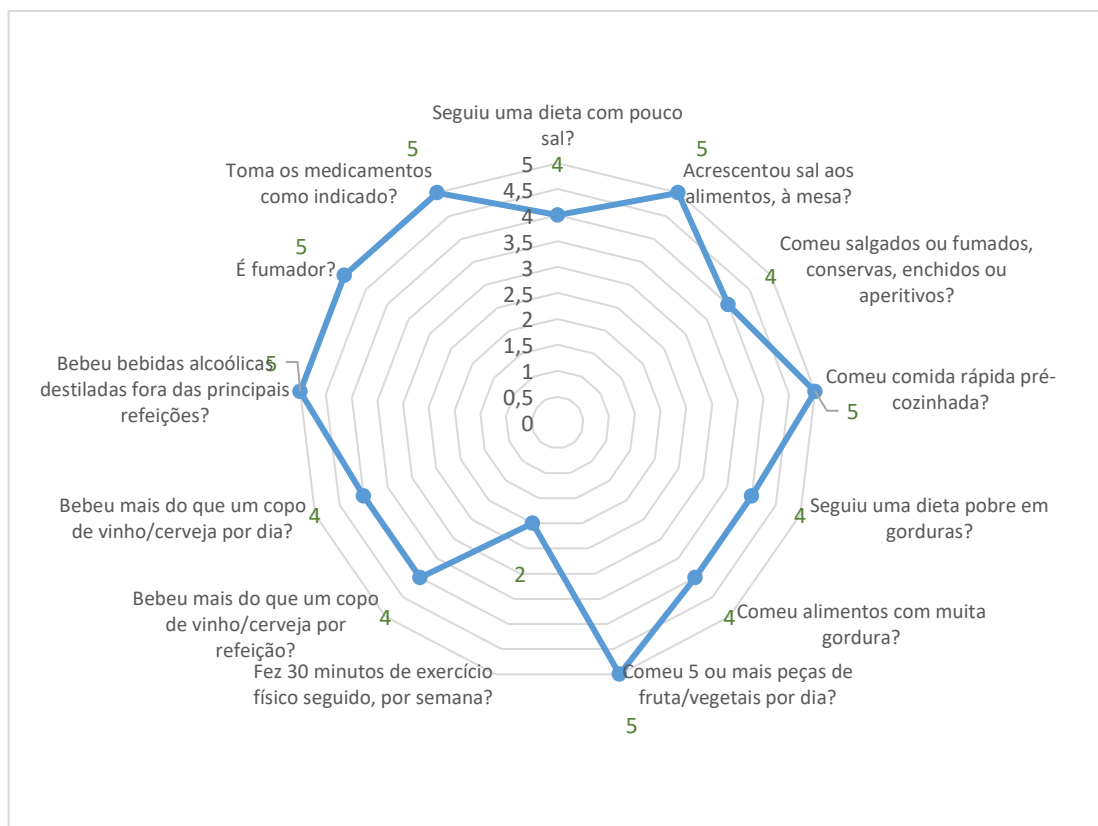


Figura 9 - Cumprimento das diferentes recomendações da adesão, considerando os 13 itens inquiridos

Partindo da análise da mediana obtida nos diferentes itens da adesão e aplicando o teste de independência do qui-quadrado conclui-se que, com um nível de significância de 5%, os comportamentos de adesão estão relacionados com a idade (adulto, menor que 65 anos / idoso, igual ou superior a 65 anos), apresentando um *p-value* de 0,044, com um $r_s = 0,135$; com o sexo, *p-value* de 0,04 e $r_s = 0,138$ e com o acompanhamento feito pelo enfermeiro, *p-value* de 0,002 e $r_s = 0,205$. Apesar destas correlações serem fracas, indicam que os idosos, as mulheres e os que reconheciam o acompanhamento do enfermeiro, tendem a apresentar maior adesão. Na figura 10, as caixas de bigodes (Murteira, 1993) categorizadas por idade, e por sexo mostram valores medianos mais elevados relativamente à adesão global ao regime terapêutico para os idosos e para as mulheres.

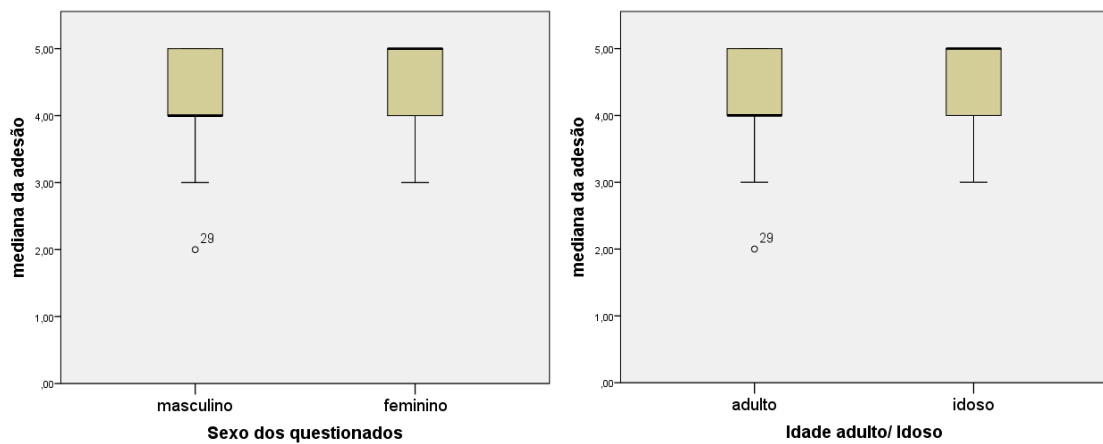


Figura 10 - Caixas de bigodes mostrando a mediana da adesão global categorizada por sexo e grupo etário

Na figura 11 está representado o teste Kruskal-Wallis (Maroco, 2014), para amostras independentes, que relaciona a situação profissional do participante com a adesão ao regime terapêutico, a qual evidencia ser estatisticamente significativa, cujo resultado da estatística de teste (ET) = 9,384 > $\chi^2_{(3; \alpha=0,05\%)} = 7,81$, ou seja, *p-value* de 0,025 < $\alpha = 0,05\%$. Verifica-se que os sujeitos mais cumpridores apresentam situação de não trabalhador ativo.

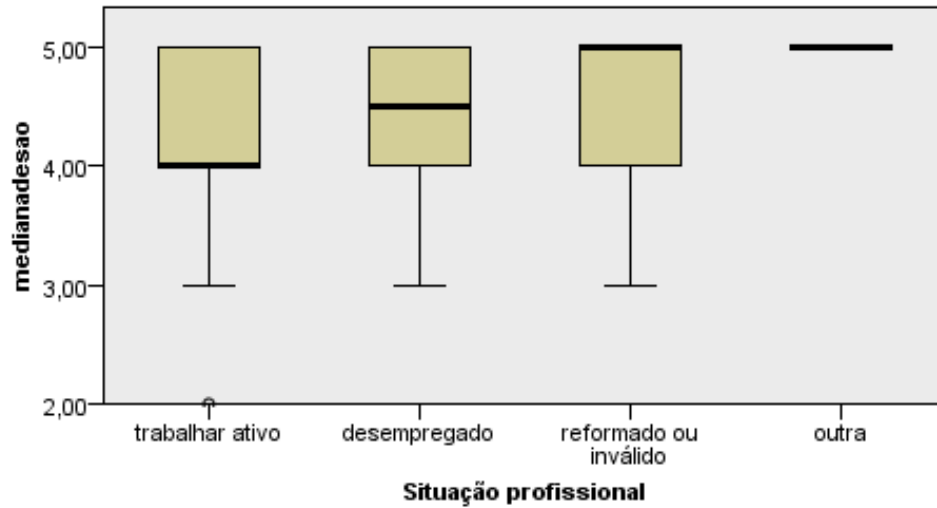


Figura 11 - Teste de Kruskal-Wallis de comparação das medianas da adesão global, em função da situação profissional

O mesmo teste foi aplicado para estudar a relação entre o número de fármacos necessários diariamente e a mediana da adesão ao regime terapêutico. Este evidenciou ser estatisticamente significativo, com o resultado da ET = 12,224 > $\chi^2_{(3; \alpha=0,05\%)} = 7,81$, com um *p-value* de 0,007 < $\alpha = 0,05\%$, o que indica que, quanto maior é a necessidade de fármacos, decorrente de outras comorbilidades, maior é a preocupação com a saúde e maior é a adesão (fig. 12).

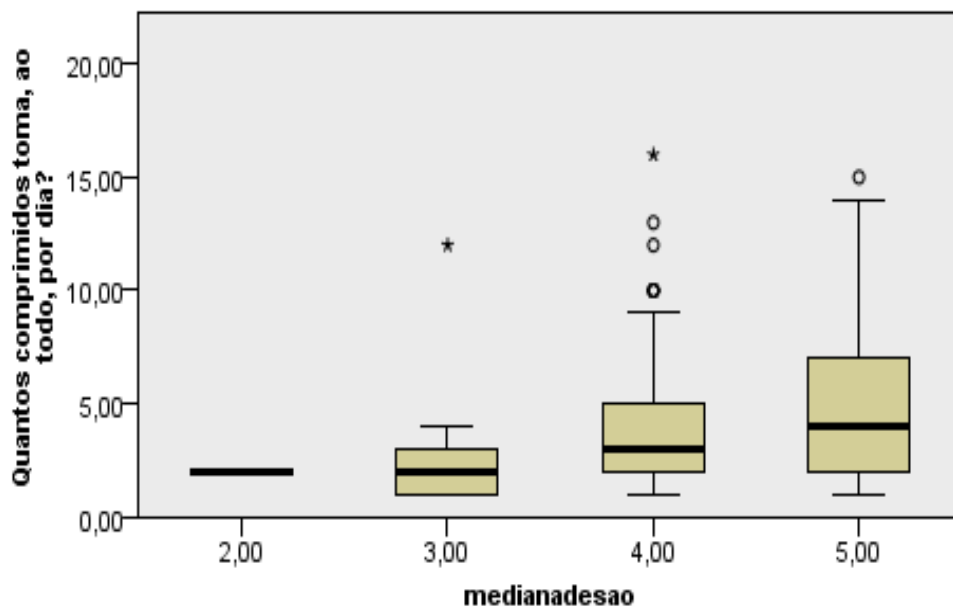


Figura 12 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o número de fármacos tomados com a mediana da adesão global

Adesão à alimentação

Iniciando a análise da dimensão “adesão à alimentação” pela exploração da resposta a cada item em particular, pode-se observar, como mostra a tabela 4, a variabilidade nas respostas dos participantes relativamente a cada um. Verifica-se que, nas últimas 4 semanas, 77,6% dos inquiridos afirmou ter seguido uma dieta com pouco sal, pelo menos 5 a 6 vezes por semana (sem). 87,1% referiu nunca ter por hábito acrescentar sal aos alimentos, à mesa; 72,1% mencionou seguir uma dieta pobre em gorduras, mais de 5 a 6 vezes/sem e 78,6% referiu ingerir 5 porções de fruta/vegetais por dia, 5 a 6 vezes/sem.

Tabela 4 - Hábitos alimentares nas últimas quatro semanas (%)

	Nunca	(1 a 2 dias/sem)	(3 a 4 dias/sem)	(5 a 6 dias/sem)	Sempre
13.1-Seguiu uma dieta com pouco sal?	2,1	6,6	13,6	39,5	38,1
13.2-Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	87,1	9,4	2,4	1,0	0
13.3-Comeu salgados ou fumados, conservas, enchidos ou aperitivos?	15,4	61,2	19,2	2,8	1,4
13.4-Comeu comida rápida pré-cozinhada?	62,9	33,9	2,8	0,3	0
13.5-Seguiu uma dieta pobre em gorduras?	2,8	8,7	16,4	46,2	25,9
13.6-Comeu alimentos com muita gordura?	20,6	61,5	13,6	3,5	0,7
13.7-Comeu 5 ou mais peças de fruta/vegetais por dia?	0,7	9,4	11,2	22,7	55,9

A partir da análise destes itens verificam-se diferenças nas respostas dadas, em cada um, como se pode confirmar pelas diferentes magnitudes dos *clusters* do dendograma (fig. 13), que revelam um perfil de resposta idêntico para itens “acrescentar sal aos alimentos à mesa” e “comer comida rápida pré-cozinhada” (a maioria respondeu “nunca”) e para os itens “comer salgados, fumados, conservas, enchidos” e “alimentos com muita gordura” (a maioria assinalou “raramente”).

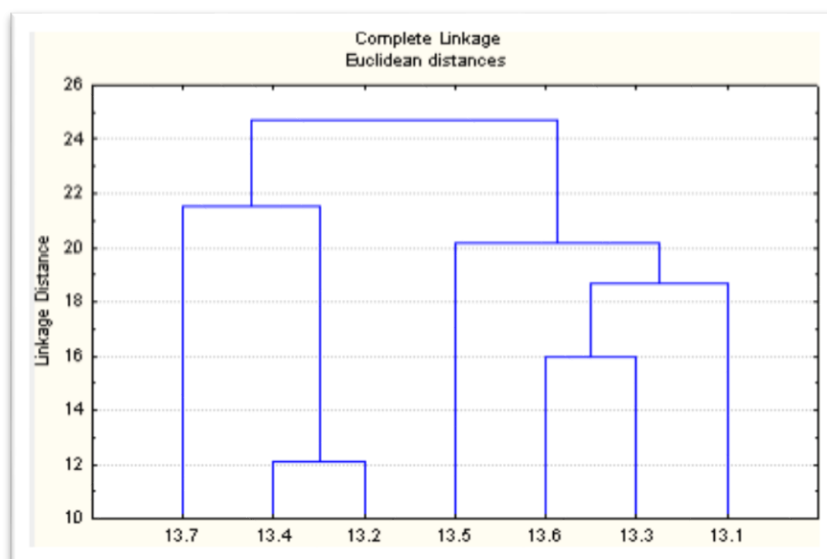


Figura 13 - Dendrograma que mostra as semelhanças entre as respostas aos itens da alimentação

Também a mediana da adesão às recomendações nestes itens é diferente (fig. 14). Os valores mais elevados (de maior cumprimento) verificam-se para as recomendações “não acrescentar sal aos alimentos à mesa”, “não comer comida rápida pré-cozinhada” e “comer 5 ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais por dia”.

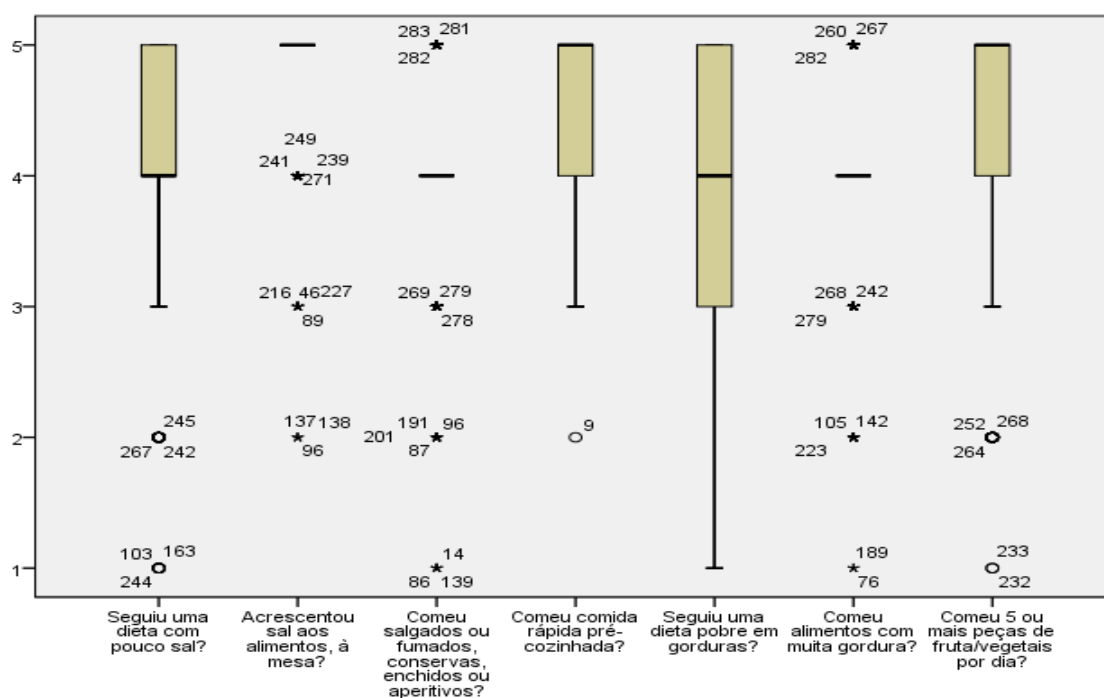


Figura 14 – Caixas de bigodes relativas às 7 questões acerca da adesão à alimentação

Testando estes itens isoladamente, foi significativo, para um $\alpha = 0,05$ a relação entre a idade e a adesão à dieta com pouco sal: p -value de 0,03, $\phi = 0,33$ e $r_s = 0,172$, o que pressupõe que o aumento da idade leva a uma maior adesão a esta conduta. Esta associação também se verifica para o “comer salgados ou fumados, conservas, enchidos ou aperitivos” que apresenta p -value de 0,001 e $\phi = 0,37$, inferindo-se que o aumento da idade está associado à tendência de não prevaricar.

Também a partir do estudo da relação entre os itens do cumprimento da dieta e a situação profissional, conclui-se que adotar uma dieta com menos sal (p -value de 0,003) e com menos enchidos (p -value de 0,029), está mais associada ao estar reformado. Apenas se verificou a existência de associação entre assumir uma dieta pobre em gorduras e ser mulher, p -value de $0,013 < \alpha = 0,05$.

Após a análise individual de cada um dos itens, fez-se o estudo global da adesão à alimentação, com base na mediana obtida. Na figura 15 apresenta-se o cruzamento entre a variável idade e a mediana da adesão à alimentação. O valor mais elevado representa um maior cumprimento das recomendações. A utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis rejeita a hipótese de igualdade de medianas com uma $ET = 15,129 > \chi^2_{(3; \alpha=0,05\%)} = 7,815$, ou seja, p -value de $0,002 < \alpha = 0,05\%$. Verifica-se, assim, um aumento do valor da mediana da adesão, em função do aumento da idade, como já verificado anteriormente para alguns itens particulares.

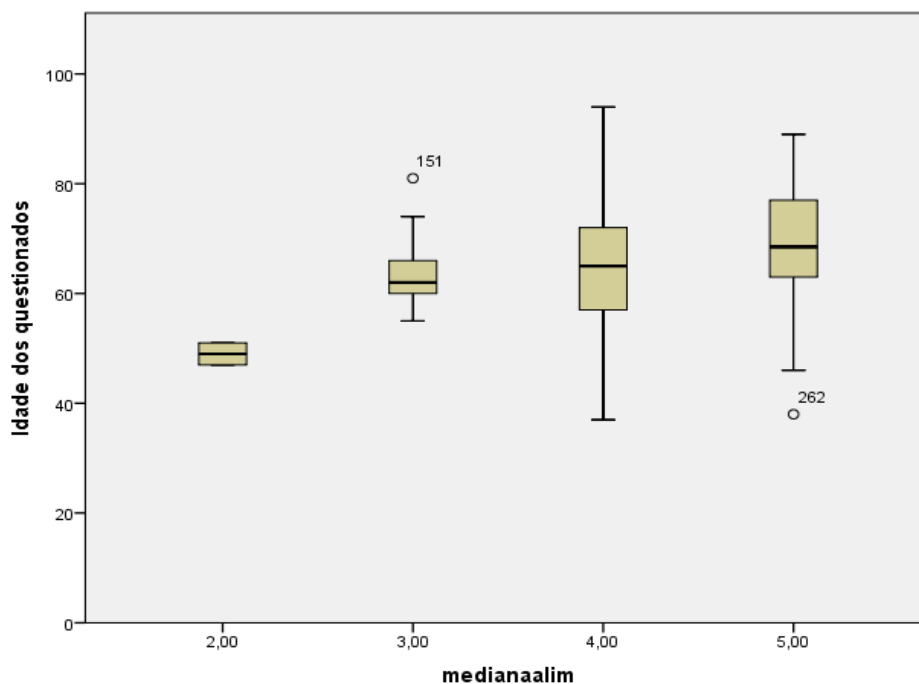


Figura 15 - Caixas de bigodes categorizadas da mediana da alimentação global e a idade

A utilização do mesmo teste de Kruskal-Wallis para relacionar os comportamentos de adesão à alimentação com a situação profissional, também rejeita a hipótese de igualdade de medianas com uma $ET = 13,037 > \chi^2_{(3; \alpha=0,05\%)} = 7,815$, ou seja, *p-value* de $0,005 < \alpha = 0,05\%$, ou seja, os participantes ativos profissionalmente tendem a ter comportamentos alimentares menos saudáveis. Ao estudar a relação dos comportamentos de adesão à alimentação com o acompanhamento feito pelo enfermeiro, também se rejeita a hipótese de igualdade de medianas com uma $ET = 8,122 > \chi^2_{(3; \alpha=0,05\%)} = 7,815$, ou seja, *p-value* de $0,044 < \alpha = 0,05\%$.

Os resultados destes testes indicam alguma associação, nomeadamente, entre os idosos, os não trabalhadores ativos, os que têm maior perceção do acompanhamento do enfermeiro e entre os que apresentam maior adesão às questões relacionadas com a alimentação.

Adesão ao exercício físico

Verificou-se que apenas 25,5% dos inquiridos praticavam exercício físico, pelo menos 30 minutos, mais de 5 vezes na semana (tabela 5). A média e a mediana relativa a este item foi fazer raramente exercício, sendo que a moda foi nunca fazer.

Tabela 5 - Percentagens de resposta sobre a prática de exercício físico

	Nunca	Raramente (1 a 2 dias/sem)	Às vezes (3 a 4 dias/sem)	Habitualmente (5 a 6 dias/sem)	Sempre
Fez 30 minutos de exercício físico seguido, por semana?	36,4	24,5	13,6	10,1	15,4

Aplicando o teste de independência do qui-quadrado verifica-se que, para um nível significância de 5%, os homens tendem a apresentar maior adesão ao exercício físico apresentando um *p-value* de 0,005, com um $r_s = 0,173$ e que estes também apresentam menor risco de doença metabólica (*p-value* de 0,015 e $r_s = -0,15$).

Na figura 16 representam-se os histogramas categorizados pelo sexo dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico, onde se pode observar esta diferença de comportamento. A utilização do teste U de Mann-Whitney (Siegel & Castellan, 2006) veio confirmar essa diferença estatística significativa, com *p-value* de $0,002 < \alpha = 0,05$, traduzindo que os homens praticam atividade física com maior frequência, em relação à adesão à prática de atividade física.

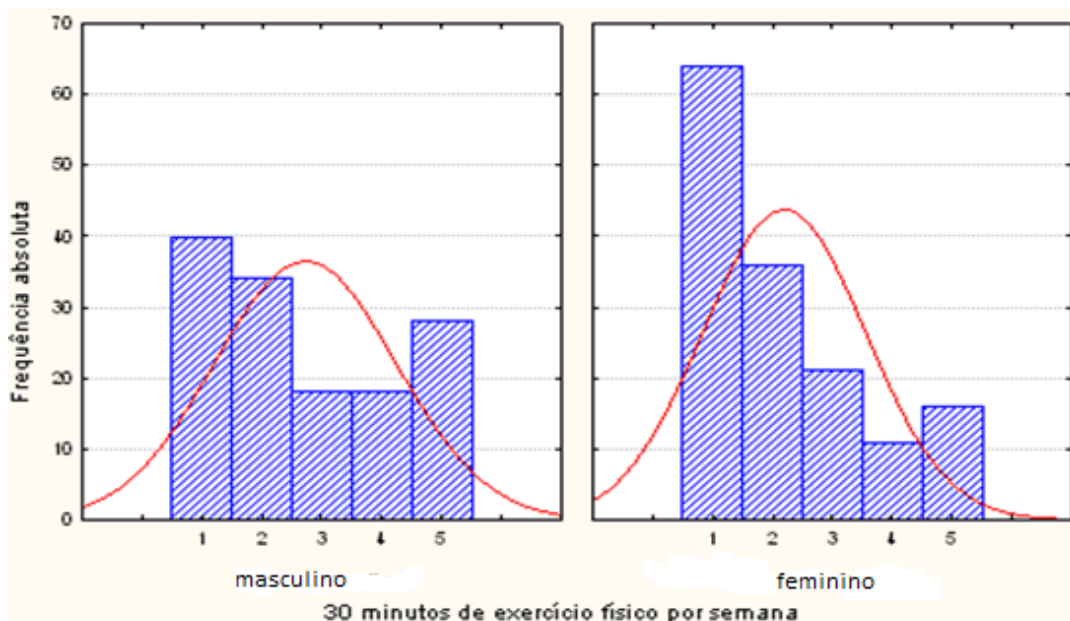


Figura 16 - Histogramas categorizados pelo sexo, relativamente à prática de exercício físico

Adesão à restrição de bebidas alcoólicas

A mediana de adesão à restrição de bebidas alcoólicas foi 4, tendo sido de 5 nos participantes mais vulneráveis (mulheres e idosos). Salienta-se que 40,9% dos inquiridos refere não ter ingerido bebidas alcoólicas nas últimas 4 semanas, bem como 47,6% dos participantes com idade igual ou superior a 65 anos ou do sexo feminino. Contudo, 22% dos participantes assume ter consumido pelo menos 5 vezes na semana, mais do que um copo de vinho por refeição – 20 g/dia - o que traduz que mais de um quinto da amostra tem hábitos alcoólicos superiores ao recomendado. Se esta análise for feita entre os inquiridos que têm uma recomendação de consumo de bebidas alcoólicas inferior – até 10g/dia - essa percentagem situa-se nos 18,7% (DGS, 2014a). É de realçar que 83,9% dos participantes referem nunca consumir “*bebidas alcoólicas destiladas fora das principais refeições*” e 89,8% com idade igual ou superior a 65 anos ou do sexo feminino (tabela 6).

Tabela 6 - Percentagens do consumo de bebidas alcoólicas

		Nunca	Raramente (1 a 2 dias/sem)	Às vezes (3 a 4 dias/sem)	Habitualme nte (5 a 6 dias/sem)	Sempre
Consumo de bebidas alcoólicas destiladas fora das principais refeições	M, H≥65A	89,8	6,2	0,9	1,8	1,3
	H<65A	62,3	21,3	6,6	3,3	6,6
	Total	83,9	9,4	2,1	2,1	2,4
Consumo de mais do que um copo de vinho/cerveja por dia (≥10g)	M, H≥65A	47,6	27,6	6,2	7,1	11,6
	H<65A	19,7	18,0	14,8	16,4	31,1
	Total	41,6	25,5	8,0	9,1	15,7
Consumo de mais do que um copo de vinho/cerveja por refeição (≥20g)	M, H≥65A	51,6	26,7	6,7	5,3	9,8
	H<65A	21,3	21,3	9,8	19,7	27,9
	Total	45,1	25,5	7,3	8,4	13,6

M (mulheres); H≥65 (homens com idade igual ou superior a 65 anos); H<65 (homens com idade inferior a 65 anos)

Aplicando o teste de independência do qui-quadrado pode-se concluir que, para um nível de significância de 5%, as mulheres tendem a apresentar maior adesão à restrição global do consumo de bebidas alcoólicas com um *p-value* de 0,000, com um $r_s = 0,322$ (fig. 17). Isto é confirmado pelo teste U de Mann-Whitney que apresenta um *p-value* de 0,000.

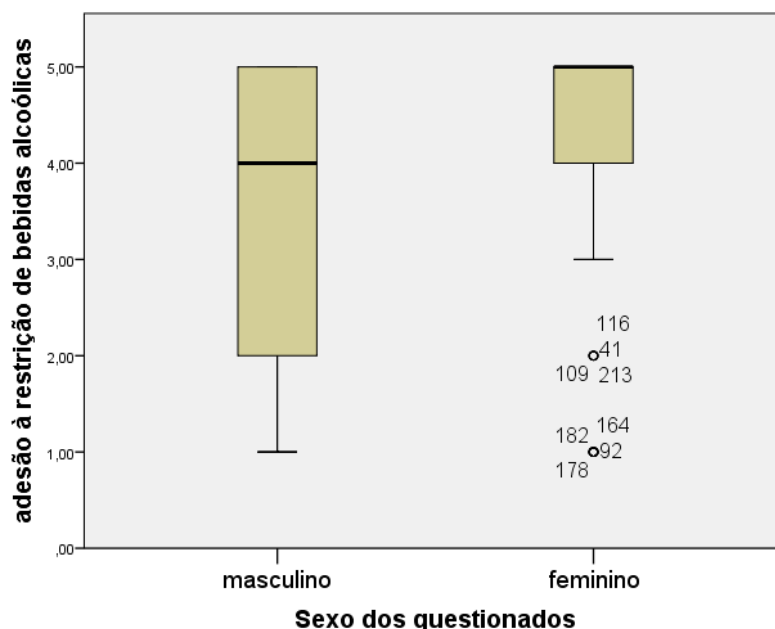


Figura 17 – Caixas de bigodes categorizando a adesão global de restrição de bebidas alcoólicas por sexo

A idade também é estatisticamente significativa em relação à adesão à restrição da ingestão de bebidas alcoólicas destiladas, a partir do resultado do Teste U de Mann-Whitney (*p-value* de $0,005 < \alpha = 0,05\%$), ou seja, o aumento da idade, torna os sujeitos mais cumpridores.

Adesão ao uso de tabaco

Os consumos de tabaco, conjuntamente com o consumo abusivo de álcool, constituem determinantes importantes na HTA. A percentagem de fumadores no estudo foi de apenas 5,5%, maioritariamente homens. Este é um dos aspetos que mais contribui para a adesão ao regime terapêutico, com uma média de 4,6 nesta variável. A média de cigarros fumados, por dia, foi de 7,1 com um desvio padrão de 5,46. O consumo mínimo diário foi de 1, enquanto o máximo foi de 20 cigarros. Na amostra estudada, 21,3% já tinha sido fumador (tabela 7).

Tabela 7 - Adesão à restrição de fumar

	sim		esporadicamente		já foi fumador		nunca fumou	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
masculino	9	6,5	3	2,2	58	42	68	49,3
feminino	2	1,4	2	1,4	3	2	141	95,3
Total	11	3,8	5	1,7	61	21,3	209	73,3

Na figura 18 representa-se a frequência de consumo de tabaco categorizada pelo sexo, indiciando uma diferença de comportamento. A utilização do teste U de Mann-Whitney para esta variável do consumo de tabaco, revela uma diferença estatística significativa no comportamento entre os homens e as mulheres, com um valor de *p-value* de $0,000 < \alpha = 0,05$, mostrando que as mulheres tendem a apresentar maior adesão à recomendação de não fumar.

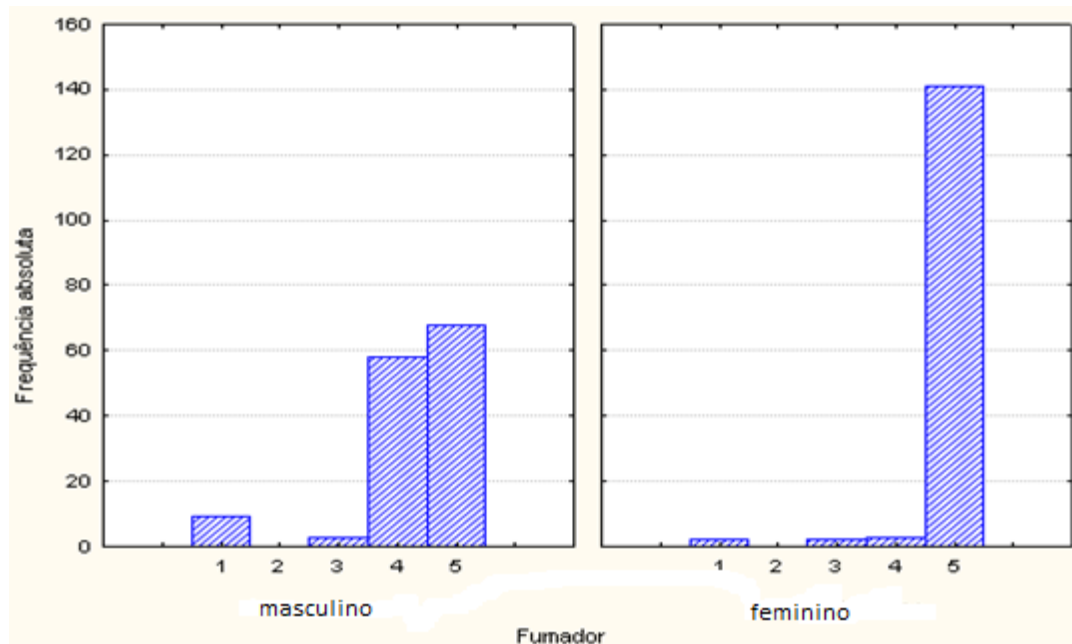


Figura 18 – Histogramas categorizados pelo sexo, relativamente à restrição do consumo de tabaco

Adesão à medicação

Quanto à adesão à medicação, 99,3% dos inquiridos referem tomar anti hipertensores, mas apenas 55,9% sabe identificá-los. Seguem o regime prescrito 79,7% dos inquiridos, contrariamente a 5,4% que não o fazem ou fazem raramente. O tempo de tratamento oscilou entre menos de 1 ano e 40 anos, sendo a média $12,1 \pm 7,95$ anos. Mais de metade dos inquiridos (64,3%) tomam pelo menos 4 medicamentos, por dia. Esta variável é a que mais contribui para o valor global da adesão, sendo de 4,64. A moda e a mediana são 5, o que traduz que a medicação é um domínio do regime terapêutico onde se verifica a maior preocupação por parte das pessoas.

A adesão ao regime farmacológico prescrito também foi relacionada com o acompanhamento que é feito pelo enfermeiro, apresentando uma $r_s = 0,195$, que é significativa, para um *p-value* de 0,001 e sugere que, quanto maior for o reconhecimento do enfermeiro, maior será a adesão.

A figura 19 evidencia essa associação que é confirmada através de um teste de independência do qui-quadrado obtendo-se um valor de *p-value* de $0,001 < \alpha = 0,005$, tendo sido medida uma associação média entre ambas $\phi = 0,24$.

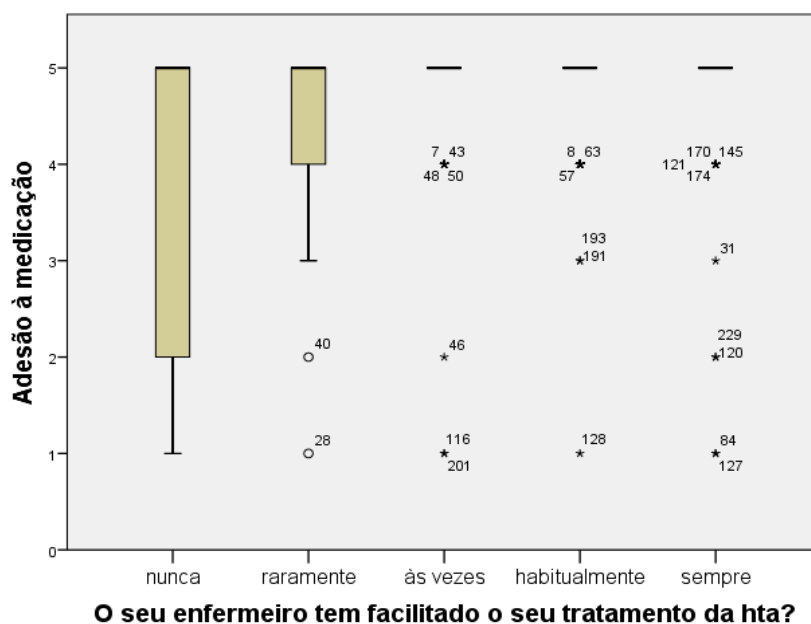


Figura 19 – Caixas de bigodes relacionando a adesão à medicação com o acompanhamento pelo enfermeiro

Quanto ao cumprimento da medicação e o controle da HTA o teste de independência do qui-quadrado, apresentou um *p-value* de 0,026, com um $r_s = 0,14$, o que representa uma associação entre as variáveis. Posteriormente, através do teste de Kruskal-Wallis, investigou-se o comportamento do cumprimento da medicação, categorizando os respondentes em função da sua classe de HTA. O resultado do teste apresenta uma $ET = 22,476 > \chi^2_{(6; \alpha=0,05\%)} = 12,59$, com o *p-value* de $0,01 < \alpha = 0,05\%$, ou seja, rejeita a igualdade de medianas das ordens das 7 categorias. A figura 20 permite, também, verificar que os sujeitos cumpridores da medicação apresentavam valores de PA inferiores.

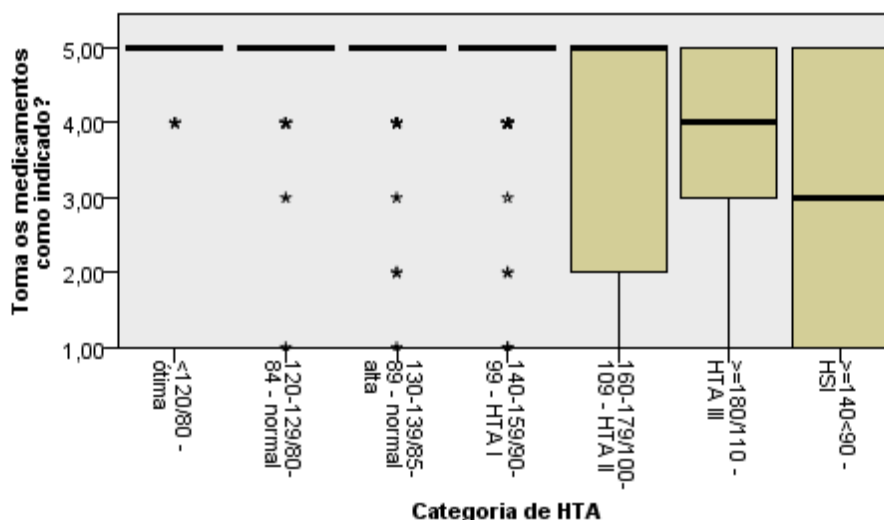


Figura 20 - Teste de Kruskal-Wallis de comparação das medianas das 7 caixas de bigodes acerca cumprimento da medicação em função da classe de HTA

Razões da não adesão ao regime terapêutico

Dos 286 inquiridos, 278 apresentaram razões para não terem cumprido sempre as recomendações relativas ao regime terapêutico. Entre as várias alternativas de resposta acerca da alimentação, a mais vezes referida (59,7%) é “o prazer de comer”. Para verificar as associações entre essas razões e a adesão à alimentação optou-se por realizar o teste U de Mann-Whitney que sugere haver associação estatisticamente significativa entre o grau de adesão e a razão de comer por prazer ($p=0,000$); alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde ($p=0,000$); não ser responsável pela confeção dos alimentos ($p=0,000$); cozinhar para muitas pessoas ($p=0,006$) e quem lhe cozinha não segue as recomendações ($p=0,026$).

Relativamente às razões da não adesão e a sua associação com a adesão ao exercício físico, o teste qui-quadrado e o coeficiente de correlação Spearman sugerem haver associação estatisticamente significativa com: a “existência de problemas de saúde”, $p\text{-value}=0,000$ e $r_s=-0,321$; “considerar não ir melhorar a sua saúde”, $p\text{-value}=0,005$ e $r_s=-0,065$; “não ter motivação”, $p\text{-value}=0,005$ e $r_s=-0,058$ ou o “sentir-se cansado” $p\text{-value}=0,001$ e $r_s=-0,135$.

Relativamente às razões da não adesão e a sua associação com a restrição ao consumo de bebidas alcoólicas, o teste de independência do qui-quadrado sugere haver associação estatisticamente significativa com: “gostar de beber”, $p\text{-value de } 0,000$ e $r_s=-0,452$; “considerar não melhorar a sua saúde”, $p\text{-value de } 0,003$ e $r_s=-0,184$ ou “fazer parte do convívio social”, $p\text{-value de } 0,000$ e $r_s=-0,355$.

A razão mais evocada para o facto de continuar a fumar foi “gostar de fumar”. A “dificuldade em deixar de fumar” e o “fumar fazer parte do convívio com os amigos” foram as outras motivações assumidas por 75% dos fumadores. De salientar que, 56,3% dos inquiridos com hábitos tabágicos consideram que a suspensão do hábito não iria promover melhoria no seu estado de saúde. Relativamente às razões da não adesão e a sua associação com a restrição ao consumo de tabaco não foi possível realizar nenhum teste devido ao reduzido número de casos.

Das razões para não terem seguido as recomendações acerca do cumprimento da medicação prescrita, a mais evocada é o esquecimento (28,1%), seguido de “serem caros” (16,5%) ou “deixar acabar os medicamentos” (12,2%). Para apurar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre a mediana da adesão à terapêutica farmacológica e as razões evocadas para o seu não cumprimento, optou-se por realizar o teste U de Mann-Whitney que sugere ser significativo para: (i) o esquecimento $p=0,000$; (ii) não ser necessário tomar sempre $p=0,002$; (iii) não dar resultado $p=0,006$; (iv) os efeitos secundários $p=0,000$; (v) não querer ficar dependentes $p=0,03$; (vi) deixar acabar os medicamentos $p=0,000$, face aos que não afirmaram

estas motivações. A tabela 8 apresenta as que foram mais vezes mencionadas pelos inquiridos, apresentando a sua significância.

Tabela 8 - Motivações para o não cumprimento das recomendações

	Motivos para não cumprir	FA	FR (%)	χ^2 <i>p-value</i>	(r_s) S de Spearman	U de Mann- Whitney (<i>p</i>)
Alimentação	comer dá-lhe prazer	166	59,7	-	-	0,000
	alterar a dieta não vai melhorar a saúde	56	20,1	-	-	0,000
	não é responsável pela confeção	52	18,7	-	-	0,000
	cozinha para muitas pessoas	18	6,5	-	-	0,006
	quem cozinha não segue as recomendações	46	16,5	-	-	0,026
Exercício físico	tem problema saúde que impede	88	31,7	0,000	-0,321	
	sem companhia não tem motivação	38	13,7	0,005	-0,058	
	acha que não vai melhorar saúde	46	16,5	0,005	-0,065	
	sente-se cansado	88	31,7	0,001	-0,135	
Bebidas alcoólicas	gosta	127	45,7	0,000	-0,452	
	abandonar não vai melhorar saúde	43	15,5	0,003	-0,184	
	o álcool dá força	9	3,2	-	-	0,024
	sente necessidade	17	6,1	-	-	0,000
	faz parte do convívio	109	39,2	0,000	-0,355	
Fumar	prazer	13	4,5	-	-	-
	abandonar não vai melhorar a saúde	9	3,1	-	-	-
	difícil deixar	12	4,2	-	-	-
	faz parte do convívio	12	4,2	-	-	-
Medicação	esquece-se	78	28,1	-	-	0,000
	não é necessário sempre	17	6,1	-	-	0,002
	não dá resultado	15	5,4	-	-	0,006
	os efeitos secundários	17	6,1	-	-	0,000
	não quer ficar dependente	27	9,7	-	-	0,030
	deixa-os acabar	34	12,2	-	-	0,000

Informação sobre as recomendações terapêuticas para o controle da HTA

De uma forma geral, os inquiridos foram informados (80%) acerca dos cuidados a ter para a gestão da sua doença, nomeadamente, em relação à dieta pobre em sal e gorduras, à ingestão diária de frutas e verduras, à prática de atividade física e à toma correta dos medicamentos. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, 40,6% referiram receber informação para diminuir o seu consumo, tal como 6,6% a recomendação para a suspensão do hábito de fumar. Ainda assim, 15,4% dos que consomem bebidas alcoólicas, referem que nunca foram informados para reduzir o seu consumo (tabela 9).

Tabela 9 - Informação sobre as recomendações do tratamento (%)

	NÃO	SIM	Não responde/ se aplica
Comer com pouco sal	17,5	82,2	0,3
Comer com poucas gorduras	13,6	85,7	0,7
Comer frutos e vegetais	11,5	88,5	0
Fazer exercício regularmente	9,4	89,2	1,4
Tomar medicamentos	2,8	97,2	0
Diminuir as bebidas alcoólicas	15,4	40,6	44,1
Deixar de fumar	1,7	6,6	91,6

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Os inquiridos reconheceram algumas das suas dificuldades no seguimento das recomendações do tratamento e entre elas a mais referida foi praticar atividade física diária (45,8%). Cerca de metade dos participantes fumadores referem dificuldade em deixar de fumar. Dos participantes com medicação anti-hipertensiva instituída, 88,1% disseram não sentir dificuldade em fazê-lo. Quanto ao regime alimentar, apenas 15,4% dos participantes referiu sentir dificuldade em seguir a dieta recomendada (tabela 10).

Tabela 10 - Dificuldades no cumprimento das recomendações (%)

	NÃO	SIM
Cumprir a alimentação recomendada	84,3	15,4
Fazer exercício físico?	52,8	45,8
Cumprir a medicação prescrita?	88,1	11,2
Diminuir as bebidas alcoólicas?	55,6	8,4
Deixar de fumar?	3,8	4,2

Conhecimento sobre a HTA

Os resultados globais obtidos em relação aos conhecimentos, indicaram que, em média, 79,4% das respostas foram corretas, traduzindo que a maioria dos inquiridos possuía conhecimentos corretos acerca da HTA. Ainda assim, 24,5% dos participantes erraram 6 das 20 respostas, acerca da doença e do seu tratamento. Não foi possível estabelecer nenhuma relação entre as respostas corretas e a adesão demonstrada.

Os conhecimentos demonstrados foram agrupados nas dimensões enunciadas na operacionalização das variáveis e a sua análise foi feita com base nelas. Na dimensão etiologia e fisiologia, que representa os conhecimentos sobre HTA verifica-se que 43,4% afirmam que a causa da HTA é conhecida e associada a comportamentos inadequados e 74,8% sabe que a HTA é uma doença crónica. No que concerne aos sintomas, mais de metade dos inquiridos reconhece o cariz assintomático da doença (59,1%), assumindo que a elevação da PA, nem sempre apresenta sintomas. Nos fatores de risco da doença, os inquiridos associaram o aumento da ingestão de sal (98,6%) e o consumo de bebidas alcoólicas (88,8%), com o aumento dos valores da PA. As questões genéticas também são referidas como fator de risco (64,0%). Considerando o tratamento, na questão sobre os medicamentos serem o único tratamento, 54,2% dos participantes têm em consideração o tratamento não farmacológico. Na dimensão consequências, as relacionadas com eventos cardíacos e cerebrais obtiveram uma resposta bastante consensual, 97,6% e 96,2%, respetivamente. Já as consequências mais específicas, como as do foro renal e oftalmológico foram identificadas por 62,6% e 64,7% (tabela 11).

Tabela 11 - Conhecimentos sobre HTA

Questões	Resposta correta (%)	Resposta incorreta (%)	Não sabe (%)
A causa da HTA é conhecida na maioria dos casos?	29,4	43,4	27,3
A HTA é para toda a vida?	74,8	13,3	11,9
Pode ter-se a tensão alta sem queixas?	59,1	24,8	16,1
O excesso de peso faz subir a tensão?	75,2	4,5	20,3
O sal faz subir a tensão?	98,6	0,3	1,0
As bebidas alcoólicas fazem subir a tensão?	88,8	3,1	8,0
Se os pais tiverem HTA, os filhos têm mais probabilidades de ter?	64,0	14,0	22,0
As pessoas com HTA devem fazer exercício físico regular?	89,5	1,7	8,7
Para baixar a tensão é importante comer com pouco sal?	97,6	1,4	1,0
Para baixar a tensão é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	94,4	2,8	2,8
Faz parte do tratamento das pessoas com HTA obesas, perder peso?	94,1	2,8	3,1
As pessoas com HTA devem deixar de fumar?	93,0	1,4	5,6
Os medicamentos são o único tratamento da HTA?	54,2	33,6	12,2
Os medicamentos são para ser tomados diariamente?	96,5	1,7	1,7
Quando a tensão baixar, pode-se deixar os medicamentos?	69,9	15,0	15,0
Os medicamentos da HTA melhoram a esperança de vida?	88,8	3,5	7,7
A HTA pode provocar um ataque cardíaco?	97,6	0,0	2,4
A HTA pode provocar uma trombose?	96,2	0,0	3,8
A HTA pode provocar cegueira?	64,7	4,9	30,4
A HTA pode provocar doenças nos rins?	62,6	3,1	34,3

Para analisar a igualdade entre os conhecimentos sobre HTA, recorreu-se ao teste ANOVA de Friedman e pode-se afirmar que o resultado do teste apresenta uma $ET = 399,605 > \chi^2_{(19; \alpha=0,05\%)} = 30,14$, com um *p-value* de $0,00 < \alpha = 0,05\%$, ou seja, as distribuições das várias respostas dadas apresentam diferenças significativas, traduzindo-se em níveis de conhecimento sobre HTA diferentes, consoante a dimensão inquirida.

A utilização da análise de *clusters* permite identificar e caracterizar os grupos da figura anterior, através do dendograma da figura 21.

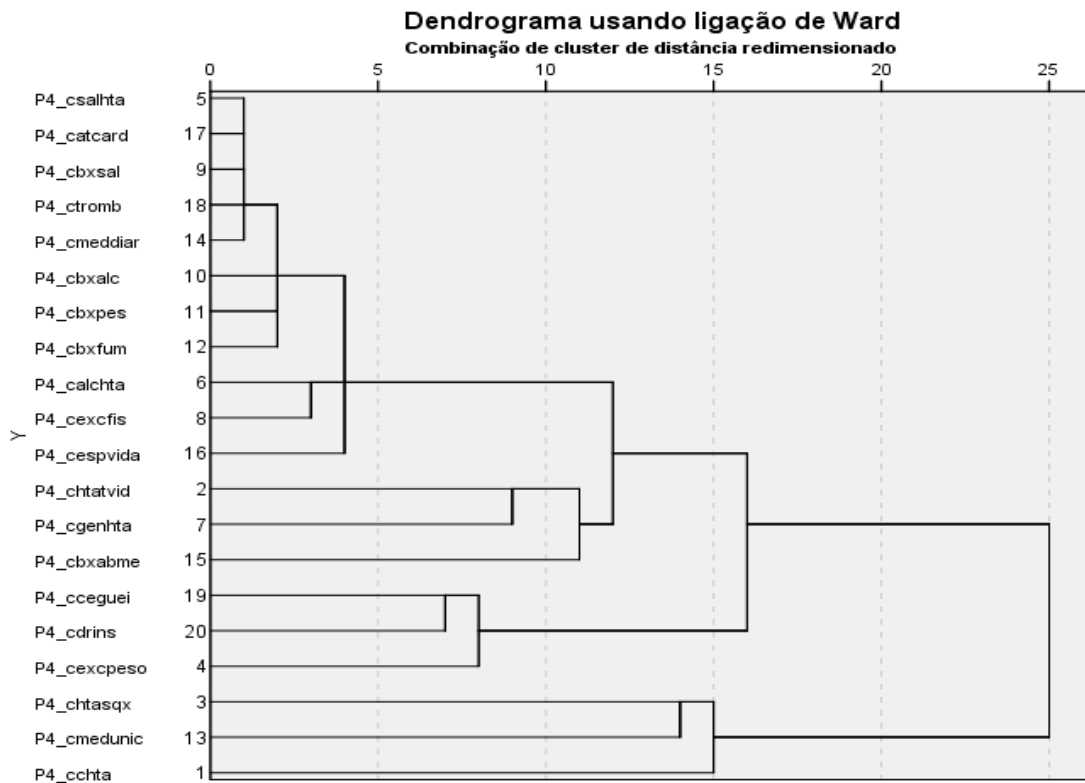


Figura 21 - Dendrograma mostrando os clusters de associação entre as respostas sobre os conhecimentos

No que concerne à identificação dos fármacos tomados, o aumento da escolaridade traduz uma maior preocupação na identificação dos mesmos, como se pode verificar pela análise da figura 22. Os participantes que possuíam uma escolaridade superior ao segundo ciclo, tiveram a preocupação de identificar corretamente os medicamentos que tomavam.

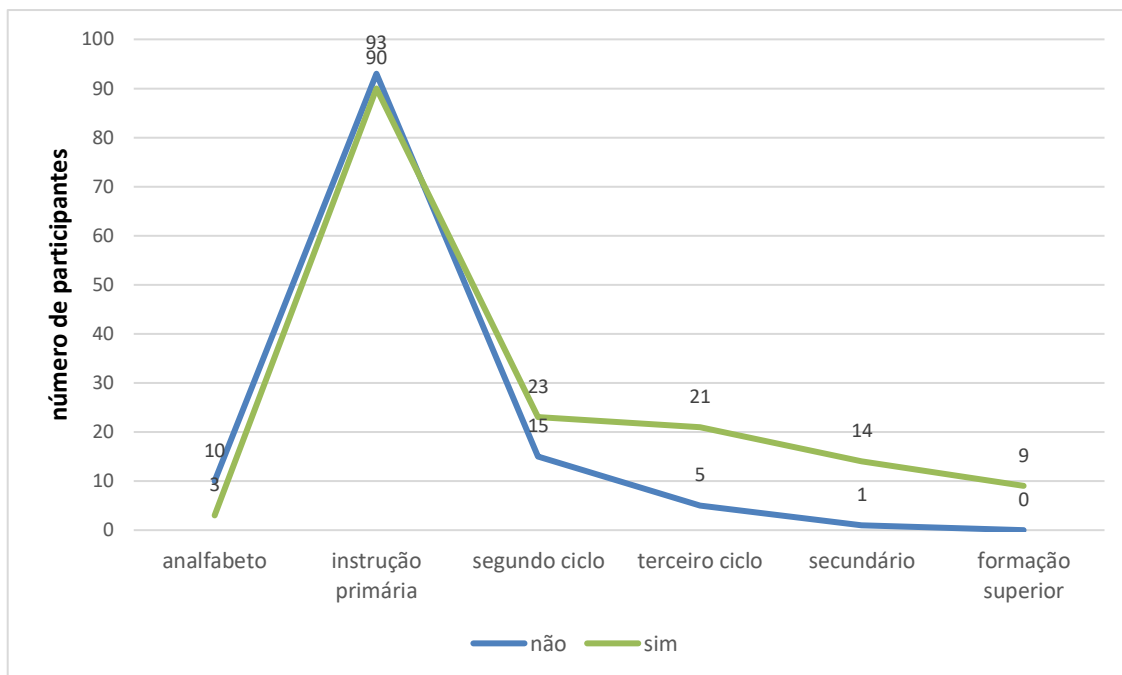


Figura 22 - Identificação dos fármacos segundo a escolaridade

Relativamente aos conhecimentos sobre a medicação, verifica-se, através da análise do teste de independência do qui-quadrado, para um nível de significância de 5%, o *p-value* de 0,000, que rejeita a hipótese de independência entre a identificação dos medicamentos e o grau de escolaridade e um $\phi = 0,327$, a medir uma associação média, o que vem confirmar que, quanto maior a escolaridade, maior o número de participantes que identifica os seus medicamentos.

3. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Tendo por base os resultados emergentes do estudo exploratório, descritivo-correlacional e, associando-lhe a devida argumentação da literatura consultada, através de uma revisão integrativa realizada (APÊNDICE III), foram identificados alguns fatores que condicionam a adesão e as intervenções do enfermeiro de família no âmbito da consulta de vigilância da pessoa com HTA. Estes pressupostos serviram de base para definir algumas estratégias de intervenção na população onde se desenvolveu o estudo.

Desta forma foi concebido um modelo de intervenção que relaciona os fatores condicionantes da adesão com as intervenções de enfermagem que a podem incrementar (fig. 23). Estas apresentam-se agrupadas de acordo com a sua natureza, ou seja, os fatores que as desencadeiam e com o seu foco de atenção, especificamente, as que se centram na pessoa e as que se centram no seu tratamento.

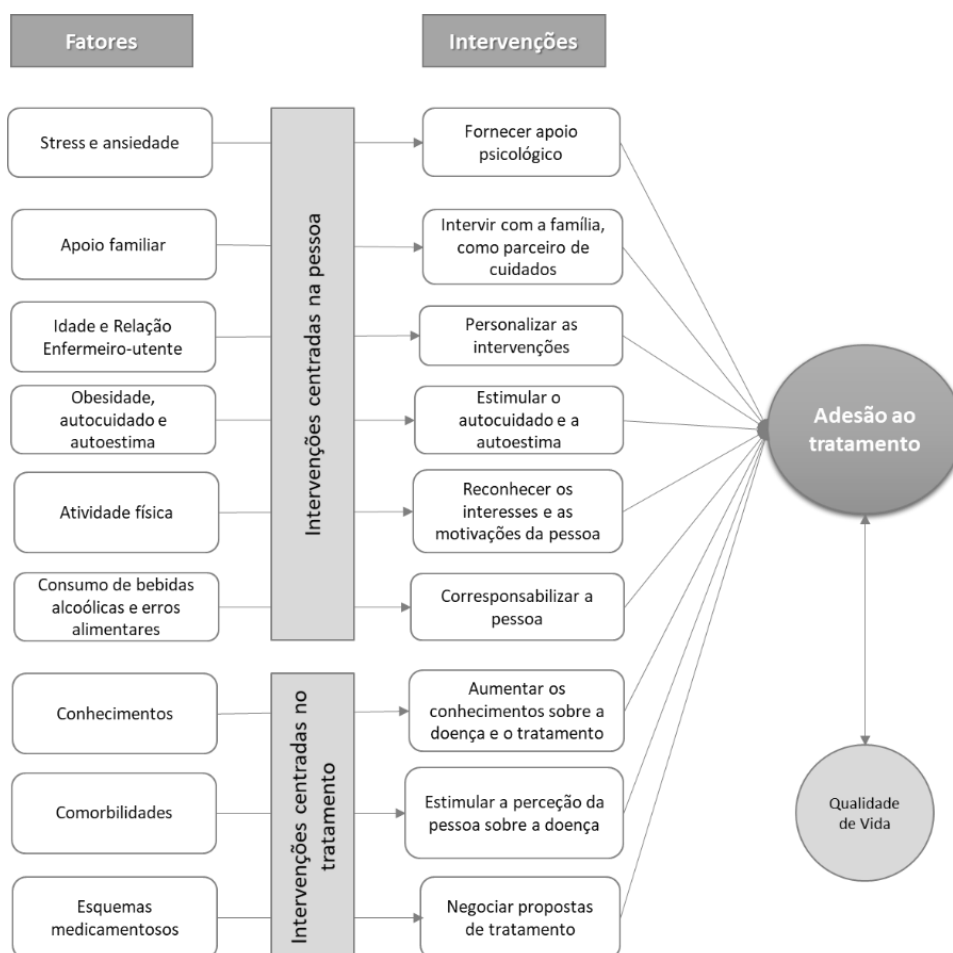


Figura 23 - Modelo conceptual que sistematiza as relações entre os fatores de adesão e as intervenções de enfermagem

Conforme refere Hanus et al. (2015), a adesão ao ser melhorada, conduz a pessoa com HTA a um alcance de metas de controlo da doença, minimização dos riscos e conseqüente maior qualidade de vida. Para alcançar este objetivo, o modelo conceptual elaborado foi partilhado com os enfermeiros da USF, em reuniões colaborativas de cariz informal, com o propósito de, em equipa, se refletir sobre as práticas do enfermeiro de família, no âmbito da consulta de enfermagem de HTA. Nessas reuniões, tendo como ponto de discussão o modelo apresentado, foram abordadas as várias dimensões do regime terapêutico e registadas as várias propostas de intervenção sugeridas. As dimensões foram classificadas como temáticas e resultaram da incorporação dos dados do modelo, sendo que alguns dos fatores nele referidos são transversais às várias temáticas e permitiram dar origem a intervenções centradas na pessoa e no tratamento.

Após esta discussão foi possível sistematizar uma Matriz de Intervenção, que se tornou numa mais valia, pois contribuiu para a operacionalização das intervenções, ao enquadrá-las nas várias dimensões do regime terapêutico. A construção compartilhada pelos enfermeiros de família da Matriz de Intervenção permitiu uma discussão mais acurada da intervenção a realizar, de modo a identificar coletivamente os objetivos a serem atingidos e as ações estratégicas para alcançá-los. Os seus conceitos chave encontram-se organizados numa tabela, cuja primeira coluna corresponde à “temática” e nela estão agregadas as dimensões do regime terapêutico. Na segunda coluna apresentam-se as “intervenções” resultantes da conjugação do sugerido pela literatura, pelos resultados obtidos e pelos contributos fornecidos (tabela 12).

Tabela 12 - Matriz de Intervenção

Temática	Intervenções
Alimentação	Criação de planos alimentares individualizados Educação com apoio de nutricionista Sessões de educação para a saúde, acerca de complicações associada a consumos excessivos de sal e gorduras Demonstração de receitas saudáveis periodicamente
Atividade física	Conceção de grupo de caminhada Criação de plano regular de atividade física Participação em atividades coletivas Dinamização de caminhadas
Bebidas alcoólicas	Alerta para consequências Demonstração de consequências do consumo excessivo de álcool Incentivo ao apoio familiar Acompanhamento regular em consulta Estabelecimento de objetivos graduais para a sua redução
Tratamento farmacológico	Reforço da importância do cumprimento da terapêutica Identificação das causas do esquecimento Sinalização de pessoa significativa que possa ajudar Criação de esquema simplificado Informação acerca dos dispositivos de apoio à gestão da medicação
Conhecimentos	Informação individualizada sobre complicações e outras dúvidas Informação acerca de locais onde possa aumentar conhecimentos e esclarecer dúvidas Elaboração de folhetos informativos Sessões de educação para a saúde
Contributos transversais do enfermeiro de família	Valorização dos ensinamentos e do empoderamento do utente Acompanhamento regular, com a periodicidade ajustada Desenvolvimento da empatia, entajuda, escuta e disponibilidade

Após a elaboração da matriz, de modo a concretizar e pôr em prática as intervenções delineadas, tornou-se necessário agrupá-las para dar início à intervenção com vista a melhorar a adesão destes utentes ao regime terapêutico. Foi então, elaborada uma proposta de intervenção que agrega a informação da matriz e é orientada em dois sentidos: por um lado o aumento da literacia em saúde no âmbito da HTA e por outro, as atividades de grupo e de fortalecimento do suporte social.

Partindo da primeira área de intervenção, designadamente, a promoção dos conhecimentos em saúde no âmbito da HTA foi possível definir algumas linhas de ação:

- a) Realizar sessões de educação para a saúde;

- b) Criar esquemas simplificados de medicação;
- c) Fornecer informação escrita;

O processo de aprendizagem baseado na disponibilização de informação, quer de modo presencial, durante as consultas, quer ao nível grupal no âmbito de breves formações, ou mesmo a entrega de informação escrita, foi considerado como elemento fundamental para o aumento da literacia em saúde deste tipo de utentes (Raymundo & Pierin, 2014; J. C. Santos, Florêncio, Oliveira, & Moreira, 2012; Zurera Delgado, Caballero Villarraso, & Ruiz García, 2014). A segunda área de intervenção, que diz respeito ao incentivo pelas atividades de grupo e de fortalecimento do suporte social, destacam-se:

- a) Dinamizar atividades de grupo;
- b) Incentivar o apoio familiar;
- c) Promover a acessibilidade e o envolvimento dos profissionais.

As atividades de grupo são importantes pois proporcionam a ajuda mútua entre os utentes, estimulam a motivação e o empenho, levando a maiores taxas de sucesso (T. Silva, Lima, Nobre, & Domingues, 2006). Ao mesmo tempo, o acompanhamento e a acessibilidade demonstrada pelos profissionais de saúde traduzem uma maior adesão. É imprescindível que o enfermeiro possua a capacidade de materializar as práticas educativas, direcionando-as para a realidade do utente hipertenso e valorizando a história de vida e a sua autonomia (Moura, Godoy, Cesarino, & Mendes, 2016; Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira, 2013; Zurera Delgado et al., 2014).

Tendo por base as necessidades identificadas e o reconhecimento de possíveis estratégias de promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com HTA, para as quais existe evidência, segundo a norma 26 da Direção Geral de Saúde (2013a), delinear-se as propostas de intervenção, em dois âmbitos distintos:

- A intervenção dirigida para os utentes;
- A intervenção dirigida para os enfermeiros de família.

A abordagem do utente hipertenso tem como principal objetivo a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, por isso é necessário privilegiar as intervenções que favoreçam a redução da PA e o controlo dos fatores de risco modificáveis. As intervenções de enfermagem são, fundamentalmente, no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar, tal como defende Pender (1987) para a promoção de saúde (as cited in Victor, Lopes, & Ximenes, 2005) e como vem descrito nos catálogos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (2011). O incentivo ao cumprimento das medidas não farmacológicas é fundamental para o sucesso das estratégias de abordagem do risco cardiovascular, mas implica

mudanças no estilo de vida que devem ser assumidas de forma duradoura. O aumento da literacia em saúde no que respeita à HTA assume um papel de relevo, pois permite ao utente assumir de decisões conscientes e informadas quanto à conduta a seguir. O enfermeiro deve proporcionar à pessoa com HTA, um acompanhamento continuado e acessível, promovendo um ambiente favorável à confiança no seu enfermeiro de família, estimulando a sua motivação e capacidade de aprendizagem. Pinto (2012) refere que as atividades devem ser integradas na rotina diária, sendo necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico. Ao aumentar os seus conhecimentos, esta adquire competências para lidar com a HTA, enquanto doença crónica.

Para operacionalizar esta intervenção, está prevista uma reestruturação da consulta de enfermagem de HTA, privilegiando uma consulta articulada com outros elementos da família. Para aumentar e melhorar os conhecimentos das famílias neste âmbito foram elaborados vários desdobráveis informativos que estas poderão levar para casa e consultar (APÊNDICE IV). Com o objetivo de aumentar a literacia do utente hipertenso, foi realizada uma sessão de educação para a saúde acerca da HTA, com cerca de 30 participantes (APÊNDICE V), em que foi possível o esclarecimento de algumas dúvidas. Além destas iniciativas, foi promovida uma caminhada com a população de Cacia, tendo como enfoque principal o controlo da HTA. No decurso deste evento, consideraram-se fundamentais os pressupostos da continuidade e periodicidade destas atividades, de forma que foi dinamizado um grupo de caminhadas, de modo a estimular e motivar a população para a importância da atividade física, quer como adjuvante do tratamento farmacológico, quer como preventivo da HTA. Quer a temática acerca da alimentação, quer a da atividade física apresentam elevados graus de recomendação e níveis de evidência que justificam a sua abordagem (Scala, Póvoa, & Passarelli Jr, 2012).

No que se refere à intervenção dirigida aos enfermeiros, foram elaborados vários documentos, alguns já apresentados em reunião de equipa e em implementação (outros ainda estão em fase de finalização) com base nas orientações da DGS (2014b) no sentido de todos conhecerem os seus objetivos e o seu conteúdo e, ao mesmo tempo, uniformizar e melhorar as práticas do enfermeiro de família que se enumeram:

- Procedimento relativo à análise do PAI de RCV no adulto. Este PAI pretende expor uma abordagem multidisciplinar e integrada do utente em qualquer ponto do Sistema Nacional de Saúde (SNS), do início ao fim do processo assistencial, com reavaliação periódica para atualização e melhoria contínua.
- Guião de apoio à consulta de enfermagem de Hipertensão.

Neste contexto, e atendendo às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, do enfermeiro de cuidados gerais e dos restantes profissionais da equipa, definiu-se o procedimento e o guião da consulta de enfermagem conforme consta nos APÊNDICES VI e VII, respetivamente. As intervenções anteriormente descritas foram o ponto de partida, uma vez que estas iniciativas deverão ser contínuas ao longo do tempo, com revisões periódicas, de acordo com as normas vigentes e com as sugestões de melhoria, após a avaliação e monitorização dos indicadores de saúde relativos a determinantes do comportamento, que melhorem a adesão destes utentes.

Assim, após terem sido iniciadas algumas das propostas delineadas para estes utentes, considerou-se fundamental realizar uma avaliação preliminar destas intervenções. Contudo sabe-se que o seu impacto efetivo só surge ao longo do processo e ao fim de um determinado período de tempo, pois, no âmbito da mudança de comportamentos, estes raramente se verificam a curto e médio prazo.

Desta forma, foi possível avaliar até ao momento de redação deste documento 50% dos utentes, comparativamente com o tamanho da amostra do estudo exploratório, verificando-se que os dados preliminares obtidos, traduziram um ligeiro aumento na média do peso dos participantes (+ 0,18 Kg) e da CC (+ 0,66 cm). Apesar destes resultados não terem sido considerados estatisticamente significativos, a razão de não ter havido melhoria dos parâmetros deveu-se ao facto de se tratar de objetivos exigentes, que implicam mudanças nos estilos de vida, de modo contínuo e consolidado (Castelo, 2016). Também poderá ser justificado pelo aumento do peso, num período de tempo breve, poder significar o aumento da massa muscular e redução de massa gorda, resultante de maior atividade física e de uma alimentação mais adequada.

Por outro lado, verificou-se uma descida na média dos valores da PAS e PAD, sendo estas de (-5,5 mmHg) e (-1,2 mmHg), respetivamente. Também se comprova a diferença, estatisticamente significativa, na média na PAS nos 2 momentos com $t_{obs} = -3,789 < t_{(142); 0,05} = -1,66$ isto é, um *p-value* de $0,000 < \alpha = 0,05$, o teste evidencia uma descida significativa da PAS, através da realização do *T-test* para amostras emparelhadas, por serem variáveis quantitativas contínuas, com distribuição normal e homogeneidade das variâncias.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de concluída a apresentação dos resultados obtidos a partir do estudo descritivo correlacional, neste capítulo pretende-se fazer uma reflexão e discussão acerca dos mesmos. Ao longo da discussão pretende-se salientar os mais significativos, de modo a responder aos objetivos que foram propostos no início do estudo, procurando confrontar esses resultados com outros obtidos em pesquisas semelhantes por outros investigadores, complementando com alguma reflexão crítica.

Os resultados da adesão ao regime terapêutico são similares a outros estudos publicados na literatura a nível internacional, contudo, os instrumentos utilizados para a sua avaliação diferem desta investigação, como também o contexto e as necessidades da população onde esta se desenvolveu o que pode limitar a comparação direta. Porém, importa referir que algumas das dimensões estudadas como a alimentação, a atividade física, a ingestão de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a terapia farmacológica e o envolvimento dos profissionais de saúde, quer ao nível da adesão, quer do regime terapêutico, são semelhantes às apresentadas em estudos internacionais e são contextualizadas ao longo da discussão.

De acordo com a problemática inicial do estudo, selecionou-se uma amostra que pretendeu ser o mais representativa possível da população estudada. Comparativamente às características idade e sexo, o tipo de amostra obtida foi semelhante à do estudo de Sousa (2005), mas também vários outros autores apontam para amostras com uma maioria do sexo feminino (Cavalari, Nogueira, Fava, Cesarino, & Martin, 2012; R. S. S. Ferreira, 2014; Merino Garrido, 2013; A. Pinto & José, 2012). Estes estudos também obtiveram médias de idade semelhantes entre si e com este estudo que apresenta uma média de idade de 67,15 anos.

Contrariamente, no estudo realizado por Costa (2012), o sexo masculino está mais representado, podendo dever-se ao local de recolha de dados ter sido em ambiente hospitalar, e a média de idades é mais jovem e que necessitariam de um acompanhamento mais diferenciado.

O tempo de doença variou maioritariamente entre 6 e 10 anos, sendo resultados semelhantes aos obtidos por Sousa (2005) e Sousa-Uva et al. (2014). Os grupos de patologias associadas mais frequentes foram as do foro endócrino, representando 61,5% de todos os que referiram ter outra doença crónica. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Sousa (2005) e de Costa (2012), resultados estes que são sobreponíveis aos que se debruçam sobre as comorbilidades associadas à HTA (Trindade, 2016). Metade dos inquiridos referem ter familiares diretos também hipertensos e apenas 22% não têm familiares com a doença. Os

restantes 28% desconhecem essa relação, sobretudo porque já são idosos e argumentam que desconheciam os antecedentes familiares da doença, uma vez que antigamente a vigilância não era realizada regularmente.

A baixa escolaridade dos participantes pode condicionar o estado de saúde, no sentido em que pessoas com mais escolaridade têm maior probabilidade de compreender e interpretar as recomendações feitas pelos profissionais de saúde (Araújo, Ramos, & Lopes, 2011). Como se pode verificar, o aumento da escolaridade leva os participantes a demonstrarem maior preocupação acerca do seu tratamento, por exemplo, sendo capazes de identificar os seus fármacos.

Realizando uma análise comparativa da média do *score* da adesão ao regime terapêutico obtido neste estudo, esta é de 4,10 (numa escala de 1 a 5), cujo valor é sensivelmente superior em comparação com o estudo de Sousa (2005), que obteve 3,94. Esta pequena diferença pode ser justificada, quer pelo tamanho da amostra, quer pelas suas características, nomeadamente a localização geográfica de cada um dos estudos e a diferença temporal com que foram realizados.

A não adesão ao regime terapêutico é considerada como o principal fator responsável pelo não controlo da PA e, conseqüentemente pelo surgimento das complicações, que traduzem um aumento dos custos em saúde, dos encargos sociais e da perda significativa da qualidade de vida das pessoas com HTA e as suas famílias (OMS, 2003).

A idade avançada e a situação de aposentação evidenciaram ser fatores potenciadores da adesão, tal como em outros estudos (Demoner, Ramos, & Pereira, 2012; Raymundo & Pierin, 2014) apesar de não serem passíveis de modificação por parte dos profissionais de saúde, justificam a maior preocupação com a saúde em geral e com a adesão ao tratamento, em particular.

No que respeita aos comportamentos de saúde, em geral e de adesão ao regime terapêutico da HTA, em particular, ambos os sexos apresentam diferentes atitudes. Os homens apresentam uma adesão superior em relação à prática de exercício físico; já as mulheres aderem mais ao ato de não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. Relativamente às questões da alimentação, apenas se obteve uma diferença estatisticamente significativa no que se refere à adoção de uma dieta pobre em gorduras, em que as mulheres se mostraram mais cumpridoras, similares aos resultados obtidos por Sousa (2005) e R. Ferreira, Graça, & Calvino (2016).

A interpretação que pode ser dada aos resultados relacionados com a adesão a hábitos alimentares saudáveis é que, tratando-se de uma população maioritariamente idosa, esta tem alguns hábitos enraizados, como a dificuldade em se adaptar a refeições com baixo teor de sal. Ainda assim, verificou-se que o aumento da idade também acarreta uma maior preocupação com este aspeto, contudo o consumo excessivo de sal poderá estar associado ao fator geográfico e cultural da zona de Aveiro devido à existência das salinas. Os enchidos e fumados fazem parte da história alimentar desta população, que ainda hoje é criadora de animais para consumo próprio e, por isso, 23,4% assume que consome com regularidade estes alimentos. Associada a esta realidade, também a agricultura de subsistência é uma característica desta população, daí o consumo praticamente diário de produtos hortícolas e fruta fazer parte da sua dieta habitual. Em contrapartida, hábitos mais modernos como levar sal fino para a mesa, comprar comida pré-confecionada, não são práticas habituais entre os inquiridos. No que respeita à alimentação pobre em gorduras, denota-se que existe algum cuidado por parte dos inquiridos, devendo-se, sobretudo, ao facto de que 41,3% da amostra tinha associada patologia de foro metabólico e, por isso, estar alertada para a importância de diminuir os valores do colesterol e triglicéridos, através da baixa ingestão destes alimentos; também os mais idosos reconhecem a importância de não fazer abusos neste âmbito. As recomendações da *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) ressaltam a importância de uma dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios que apresentam um grau de recomendação I, nível de evidência A (DGS, 2013a). A dieta mediterrânica, onde o elevado consumo de frutas e hortaliças revelou um grau de recomendação IIa, nível de evidência B (Scala et al., 2012).

A falta de conhecimentos acerca da doença e do seu tratamento foi referida como fator inibidor da adesão, devendo ser alvo de intervenções no âmbito da educação para a saúde, visto que condiciona uma adequada tomada de decisão sobre a conduta terapêutica (Chen, Tsai, & Chou, 2011; Moura et al., 2016; Raymundo & Pierin, 2014; Zurera Delgado et al., 2014). Neste estudo, partindo da análise das pontuações obtidas nas questões relativas aos conhecimentos acerca da HTA, não foi possível estabelecer nenhuma relação entre pontuação mais elevada e maior adesão. Contudo, após se ter iniciado a proposta de intervenção, os parâmetros clínicos traduziram uma descida significativa da PA, o que poderá induzir que há um aumento da adesão ao regime terapêutico em alguns domínios.

O item relacionado com a prática de atividade física foi o que apresentou a mais baixa adesão quando comparado com os restantes itens da adesão, por isso é o que demonstra ser mais significativo no contributo para o não cumprimento das recomendações. Este resultado sugere que a atividade física fica aquém do desejado, mas poderá estar relacionada com algumas

limitações motoras dos sujeitos, porém não foi estatisticamente significativo que o aumentar da idade conduzisse a uma diminuição da atividade física. Resultados semelhantes, no que se refere a este ser um aspeto deveras determinante da não adesão, foram obtidos em outros estudos (R. Ferreira et al., 2016; Nascimento et al., 2013; Oliveira, Miranda, Fernandes, & Caldeira, 2013; Sousa, 2005). Existem diretrizes acerca da abordagem da hipertensão, baseadas em ensaios clínicos, que recomendam os exercícios aeróbios, cujo efeito hipotensor é eficaz para a prevenção e o tratamento da HTA. Esta abordagem multidisciplinar apresenta grau de recomendação I, nível de evidência A (Scala et al., 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas é inúmeras vezes referido como uma condição que deve ser alvo de intervenção prioritária de forma a reduzir o seu aparecimento e a sua continuidade, melhorando os níveis de adesão. O objetivo seria um consumo médio diário que não ultrapassasse os 10g de álcool/dia, pois o risco de doença coronária e outras complicações cardiovasculares aumentam quando o consumo é superior a 20g diários de álcool (Anderson, Gual, & Colom, 2012). Neste estudo, o consumo deste tipo de bebidas é mais prevalente entre os homens em que os idosos referem não ingerir com muita frequência, fruto das recomendações que vão ouvindo e o reconhecer das suas consequências. Outros estudos também chegaram a resultados similares (R. Ferreira et al., 2016; Moura et al., 2016; Natarajan, Putnam, Van Aarsen, Lawson, & Burge, 2013). A análise que pode ser feita face a estes resultados, é o facto de se estar perante uma comunidade com elevada prática agrícola e vitivinícola, sobretudo para consumo próprio. A ingestão de bebidas alcoólicas fora das refeições está associada à prática corrente dos reformados viverem momentos de convívio social nos cafés da aldeia durante períodos da tarde. A associação entre a ingestão de álcool e alterações na PA consideram-se dependentes da quantidade ingerida, por isso o grau de recomendação para a importância da redução do consumo de álcool em utentes hipertensos é IIb, com um nível de evidência B (Scala et al., 2012).

A percentagem de fumadores na amostra é de 5,6%, apenas 16 sujeitos fumam. A mediana e a moda da adesão a esta variável foi 5, o que sugere que a ausência do consumo de tabaco é uma dimensão do tratamento onde se verifica uma adesão bastante elevada. Esta situação também se verificou noutros estudos (Chen et al., 2011; Hanus, Simões, Amboini, Ceretta, & Tuon, 2015; Sousa, 2005). Esta constatação, que resulta da crescente preocupação acerca das consequências do tabaco, das alterações na legislação que regulamenta a proibição de fumar em espaços fechados ou públicos e do aumento dos impostos sobre o tabaco que inflacionam o seu preço, leva a que 42% dos participantes deste estudo que referem já ter sido fumadores, terem abandonado o vício. De salientar que este é um comportamento para o qual as pessoas

começam a consciencializar-se e por isso a abandonar o seu consumo, todavia ainda há participantes que referem nunca ter sido elucidados para a importância de reduzir o consumo de tabaco ou o consumo regular de bebidas alcoólicas, o que abre caminho ao investimento em determinadas áreas de intervenção do enfermeiro de família (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

Em relação ao tratamento farmacológico, verificou-se que a adesão ao cumprimento do mesmo é bastante elevada entre os participantes deste estudo, tal como em outras investigações (R. Ferreira et al., 2016; Natarajan et al., 2013; A. Pinto & José, 2012; Sousa, 2005). A única relação de associação que é possível verificar é entre o cumprimento da medicação e a relação estabelecida com o enfermeiro de família, também já enunciadas noutros trabalhos; daí a importância de este investir na relação terapêutica que estabelece com os utentes e famílias (Rajpura & Nayak, 2014; Zurera Delgado et al., 2014). Da mesma forma, também a acessibilidade aos cuidados de saúde aparenta favorecer a adesão (Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013; S. Pinto & Schub, 2016; Zurera Delgado et al., 2014). A perceção de apoio familiar é considerada como potenciadora de uma maior adesão ao tratamento. A partir da avaliação integral da família é possível, em parceria com os seus membros, propor intervenções de ajuda para a melhoria da adesão e consequentemente da qualidade de vida familiar, ajudando-a a antever as suas próprias soluções para lidar com as dificuldades que a doença crónica acarreta. Neste estudo não foi significativa a relação entre a adesão ao regime terapêutico e a perceção dos utentes com HTA sobre este suporte social. No entanto, existem outros estudos que mostram que, quando as pessoas recebem maior apoio social, têm melhor condição funcional, além de enfrentarem mais satisfatoriamente essa condição crónica de saúde. O potencial do apoio social ajuda a diminuir o stress e favorece a forma de enfrentar o quotidiano das pessoas com doenças crónicas (Sousa, 2005; Tavares & Silva, 2013).

Também, como seria expectável, os sujeitos que referiram cumprir a medicação de modo correto, apresentavam a sua HTA mais controlada, como o preconizado pela norma da DGS (2013a). Segundo alguns autores, a necessidade da toma de múltiplos fármacos e os esquemas posológicos complexos dificultam a adesão ao regime terapêutico (Cabral & Silva, 2010; Rajpura & Nayak, 2014). Neste estudo, os participantes que necessitavam de um maior número de fármacos, apresentaram uma adesão mais elevada. Isto pode ser explicado devido à coexistência de outras patologias, que, em diversos estudos, evidenciou ser condicionadora de maior adesão (Demoner et al., 2012; Nascimento et al., 2013; Raymundo & Pierin, 2014), traduzindo uma maior preocupação com o seu estado de saúde.

Com o início da implementação de algumas estratégias de intervenção começam a surgir alguns indícios de maior adesão ao regime terapêutico. Estes resultados, embora preliminares, orientam para a importância da atuação dos enfermeiros de família, enquanto promotores da adesão a comportamentos de saúde ajustados às suas necessidades individuais e contextuais. Apesar de não ter sido realizada uma reestruturação profunda da abordagem do utente hipertenso e sua família, já foi possível melhorar a sua autovigilância e alguns comportamentos de adesão, o que tornou efetiva uma redução estatisticamente significativa nos valores da PA, comprovando que o seu estilo de vida está relacionado com o controlo destes parâmetros.

A intervenção deve ser adaptada a cada família específica, considerando as suas características particulares e o seu contexto, incluindo a sua capacidade de tomada de decisão, construindo com ela um relacionamento baseado na confiança (Figueiredo, 2009; Rodrigues, 2013). Este é essencial para alcançar os resultados pretendidos, daí a importância de adquirir ferramentas para o conseguir com êxito. Essas ferramentas passam por discutir a importância do tratamento e da sua adesão ao mesmo, simplificar o regime posológico, questionar sobre as preocupações do utente e família e melhorar as habilidades de comunicação entre a equipa de saúde, utentes e famílias. O objetivo é mudar o modo como a família percebe os seus problemas de saúde, de forma a que possa antever novas soluções para eles. O enfermeiro de família deve apresentar-se como um agente facilitador do desenvolvimento de competências da pessoa com hipertensão, podendo aconselhá-lo a fazer a monitorização da PA, contudo é importante que já o tenha ensinado a fazer uma medição precisa. Esta abordagem é sobretudo importante quando os valores tensionais elevados coexistem com a ausência de lesões nos órgãos alvo, diabetes mellitus ou doença renal crónica (DGS, 2013c; OMS, 2003).

Duas revisões que abordam esta temática enfatizam a importância da educação para a saúde centrada na perspetiva da pessoa com hipertensão (Y. F. Costa, Araújo, Almeida, & Viegas, 2014; Rojas Marin & Morales B, 2014), sendo as de maior relevo as já referidas anteriormente; também a importância de aumentar os conhecimentos da pessoa no que se refere à doença e ao seu tratamento. Para que este acompanhamento revele resultados é necessário criar um ambiente propício à aprendizagem, com uma intervenção direcionada para a pessoa e família, estimulando de modo sistemático e continuado a perceção do utente (Moura et al., 2016; Rajpura & Nayak, 2014; M. Santos et al., 2013). A educação em saúde que os enfermeiros transmitem aos utentes e famílias são transversais a uma diversidade de problemas de saúde, uma vez que, na sua maioria, os estilos de vida adotados são os determinantes que mais os influenciam.

De acordo com o Relatório da Fundação Calouste Gulbenkian (2014), os utentes e famílias devem ser vistos como o centro de gestão da sua própria vida e partilhar as decisões em saúde, dispondo da informação necessária para compreender a sua própria saúde e participar no planeamento dos serviços. Como refere Ferreira (2014), o ponto de partida para a mudança de comportamentos passa por promover o envolvimento, a responsabilização e a sua capacitação para a gestão da doença, possibilitando que o utente e família seja capaz de atuar sobre os seus determinantes da saúde. No sentido de promover a saúde do utente com doença crónica e sua família, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 já salientava que era necessário intervir, tão precoce quanto possível, nas doenças crónicas e nas suas complicações. Na Revisão e Extensão a 2020 deste Plano continua a ser referido, como muito relevante, a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco essenciais para a prevenção da doença crónica e das suas complicações, através da promoção da adesão terapêutica. Ao adotar estas práticas estaríamos a promover a saúde ao longo do ciclo de vida (DGS, 2015). Torna-se imperativo investir na literacia e na capacitação dos cidadãos estimulando a adoção de estilos de vida promotores da saúde, o envolvimento da família e a estes se tornarem agentes ativos na definição do seu projeto de saúde.

5. CONCLUSÕES

Esta Dissertação de Mestrado assumiu como objetivo a identificação dos fatores relacionados com a adesão ao regime terapêutico da HTA e um conhecimento mais aprofundado sobre os mesmos, de modo que fosse possível a implementação de intervenções que fomentem essa adesão. Para tal, apoiou-se num conjunto de variáveis que contemplam as questões da adesão ao regime terapêutico, assim como, a importância dos conhecimentos acerca da doença, do regime terapêutico e do apoio familiar e profissional que possuem. Começou por realizar-se uma revisão de literatura de modo a enquadrar e compreender quais os resultados que outros já tinham obtido. Posteriormente exploraram-se possíveis relações entre as variáveis, de modo a identificar os fatores que fossem passíveis de modificação através da intervenção do enfermeiro de família.

As conclusões apresentam-se estruturadas em três partes: na primeira estão sintetizados os principais resultados que emergiram, revisitando os objetivos inicialmente traçados; na segunda abordam-se as limitações do estudo e, por último, expõem-se as suas implicações para a prática e as sugestões para trabalhos futuros.

5.1 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Partindo dos objetivos inicialmente traçados para este estudo, verificou-se que, no contexto em que o mesmo se realizou, os resultados que emergiram do estudo apontam para a existência de relações entre a adesão ao regime terapêutico e algumas variáveis.

O primeiro objetivo definido no início da dissertação prendia-se com a identificação dos fatores que influenciavam a adesão ao regime terapêutico. Este traduziu-se por resultados que demonstraram uma pontuação mais elevada no que se refere ao cumprimento da medicação e ao abuso de tabaco, e mais baixa, no que se refere à prática de exercício físico. Este aspeto pode estar relacionado com a característica da população ser envelhecida, o que lhe atribui uma condição física mais frágil e que lhe causa limitações. Contudo é essencial incentivar a prática de algum tipo de atividade física regular adaptada à condição de cada um.

O enfermeiro foi considerado facilitador do regime terapêutico e os que valorizavam a intervenção do enfermeiro de família, apresentavam uma adesão superior. Os dados deste estudo também suportam a existência de uma relação entre o reconhecimento do

acompanhamento feito pelo enfermeiro de família e a adesão à terapêutica farmacológica e que se mostrou potenciadora.

Os conhecimentos demonstrados foram diferentes, consoante o tipo de questão colocada e o aumento da escolaridade foi relevante apenas, no melhor conhecimento da medicação tomada.

Os dados deste estudo suportam a existência de uma relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico, na medida em que esta se mostrou superior nos participantes idosos, nos não ativos profissionalmente, nos que necessitavam de mais fármacos e nas mulheres. Também estas apresentaram uma menor adesão à prática de atividade física, já os homens idosos demonstraram menor adesão na suspensão do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. Apesar destas características não serem modificáveis pela intervenção do enfermeiro de família, permitem conhecer o perfil dos utentes em relação à adesão e direcionar as suas intervenções para estes grupos, de modo a atenuar os efeitos dessas características que não favorecem a adesão.

Não foram encontradas evidências suficientes que justifiquem a existência de uma relação entre suporte social e a adesão ao regime terapêutico. Contudo este aspeto deve estar presente na intervenção dos enfermeiros, já que ao envolver pessoas significativas, seguindo a literatura, facilitam-se os processos de mudança.

É importante salientar que ao nível dos parâmetros clínicos, a adesão terapêutica contribuiu para a melhoria dos valores de PA apresentados.

Os principais aspetos trabalhados na intervenção do enfermeiro de família, para dar resposta ao objetivo que pretendia identificar as estratégias de intervenção do enfermeiro de família no sentido da promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão e sua família foram as reuniões de partilha na equipa que permitiram a reestruturação da consulta de enfermagem de HTA, a elaboração dos vários desdobráveis informativos, a sessão de educação para a saúde, a caminhada regular com a população dinamizado por um grupo específico, a conceção de vários documentos de trabalho e a avaliação preliminar destas intervenções.

O ponto forte deste trabalho de pesquisa, é que se considera que este permitirá uma melhoria das práticas de cuidados ao utente hipertenso e família, fundamentadas pela literatura mais recente, com a auscultação dos intervenientes do contexto de cuidados de saúde e com o desenvolvimento de iniciativas.

5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente, no que diz respeito ao tipo de amostragem que foi de conveniência, o que limitou a possibilidade de extrapolação para a população. Uma outra limitação esteve relacionada com a escassa abrangência geográfica da amostra, que se limitou à população com HTA frequentadora da USF Salinas. Tendo em consideração que os formulários foram lá aplicados, o viés de seleção adveio do facto dos participantes serem, supostamente, os que frequentavam com mais regularidade a USF, portanto, com uma aparente maior preocupação relativa à sua saúde, resultando numa maior adesão ao tratamento.

O estudo também poderá ter apresentado algum viés de informação e de falsa resposta, uma vez que o estudo teve por base a aplicação de um formulário, estando, portanto, dependente da veracidade da resposta e também por terem sido aplicados pelos enfermeiros de família, que os inquiridos conhecem e que pode condicionar as respostas. Neste sentido, a adesão ao tratamento da HTA, poderá ter sido sobrestimada.

Também o facto de ter sido utilizado um instrumento diferente dos relatados na literatura internacional não permitiu realizar comparações entre os resultados específicos, apenas fazer uma análise genérica dos domínios em estudo.

Tendo em consideração a limitação temporal deste trabalho, a avaliação das estratégias implementadas foi precoce, sendo na reavaliação preliminar de alguns parâmetros clínicos, somente metade dos sujeitos foram considerados.

Apesar das limitações identificadas, e de outras que possam ser apontadas, considera-se que o estudo realizado permitiu conhecer melhor os conhecimentos e comportamentos das pessoas hipertensas inscritas na USF Salinas. As estratégias de intervenção elaboradas favoreceram um aparente incremento na adesão e poderão vir a traduzir ganhos em saúde para a população, uma vez que será mantida a reavaliação periódica da adesão ao regime terapêutico, em momentos futuros, tendo em conta que a investigadora se encontra no terreno onde o estudo decorreu.

5.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E TRABALHO FUTURO

Este estudo apresenta resultados que podem conduzir a algumas implicações para os enfermeiros de família da USF Salinas e constitui um contributo para o conhecimento da adesão dos utentes hipertensos, em relação ao regime terapêutico e comprova a importância do acompanhamento que é feito pelo enfermeiro de família, na consulta de HTA.

O impacto que se pretende alcançar, com a implementação das estratégias elencadas, é a melhoria da qualidade da consulta de enfermagem de HTA, com procedimentos mais estruturados e ferramentas de apoio à promoção da saúde, promovendo boas práticas em saúde e a melhoria do conhecimento. Esta evolução fomenta a prática baseada na evidência científica e promove o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade, centrados na pessoa com HTA e família, com vista à melhoria da qualidade de vida e à redução do impacto económico-social das suas complicações.

Os resultados preliminares deste trabalho já foram apresentados sob a forma de Comunicação Oral no Congresso “*NursID*” no Porto (ANEXO V), da qual se apresenta o seu resumo no APÊNDICE VIII (CINTESIS, 2017) e foi efetuada a já referida revisão integrativa da literatura, que foi submetida para publicação, sob a forma de artigo.

Futuras investigações poderiam utilizar amostras mais amplas, abrindo a possibilidade de aplicar o formulário a utentes com HTA, na comunidade e não na instituição de saúde ou mesmo abranger outras comunidades.

Dada a relevância e atualidade do tema, considera-se que ainda há um longo caminho a percorrer neste domínio da saúde e acredita-se que este estudo possa contribuir para o conhecimento acerca dos fatores de adesão ao regime terapêutico da HTA e alertar para a importância de desenvolver estratégias mais adequadas ao contexto e às necessidades concretas das pessoas, de forma a promover a adesão e a manutenção desse comportamento por parte dos utentes e famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, & World family doctors Caring for people. (2011). ICPC- 2 Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. (Ministério da Saúde, Ed.) (2.a, Vol. 84). Lisboa. Retrieved from <http://doi.org/10.1007/s10840-016-0104-y>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. (E. Quarteto, Ed.) (3.ª edição). Coimbra.
- Alphonse, A. (2012). *Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospitals - Dar es Salaam*. *Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospitals - Dar Es Salaam*. (Dissertação de Mestrado, Muhimbili University of Health and Allied Sciences). Retrieved from http://ihi.eprints.org/1584/1/Angelina_Alphonse_Joho.pdf
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2012). *Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves*. Barcelona: PHEPA. Retrieved from http://doi.org/http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/cg_1.pdf
- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 79–88. Retrieved from <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1524/1109>
- Aristizábal Hoyos, G., Blanco Borjas, D., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16–23. Retrieved from www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu.../eu114c.pdf
- Awad, E., Gwaied, B., Fouda, L., & Essa, H. (2015). Compliance of Hypertensive Patients with Treatment Regimen and Its Effect on Their Quality Of Life. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 4(2), 26–36. Retrieved from <http://doi.org/10.9790/1959-04212636>
- Azevedo, H. (2011). *As vivências do adulto com diabetes mellitus tipo 2 relativamente à gestão do regime terapêutico*. (Monografia de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

- Barreto, S., & Marcon, S. S. (2014). Participação familiar no tratamento da Hipertensão Arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto - Enfermagem*, 23(1), 38–46. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf
- Barros, L. (2010). Família, Saúde e Doença: a Intervenção dirigida aos Pais. *Alicerces (III)*3, 207-227. Retrieved from <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/768/1/Família,%20saúde%20e%20doença.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa.
- Castelo, H. (2016). Obesidade - A primeira pandemia do séc. XXI. Retrieved October 21, 2017, from <https://executiva.pt/obesidade-primeira-pandemia-do-sec-xxi/>
- Cavalari, E., Nogueira, M. S., Fava, S. M. C. L., Cesarino, C. B., & Martin, J. F. V. (2012). Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem*, 20(1), 67–72. Retrieved from <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235–245. Retrieved from <http://doi.org/10.3402/gha.v8.28814>
- CINTESIS. (2017). *Livro de resumos NursID - Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem*. (E. S. de E. do Porto, Ed.). Porto.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, série II*(número 1). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Genebra: International Council of Nurses. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2010.pdf
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta). Retrieved from <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/707>
- Costa, E. (2012). *Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Hipertensão Arterial*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Dissertação de Mestrado.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Dissertação%20de%20Mestrado.pdf)
- Costa, Y. F., Araújo, O. C., Almeida, L. B. M., & Viegas, S. M. F. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistémica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo Da Saúde*, 38(4), 473–481. Retrieved from <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>
- Demoner, M. S., Ramos, E. R., & Pereira, E. R. (2012). Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 27–34. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800005>
- Direção-Geral da Educação. (2017). Euroguidance PT. Retrieved from <http://euroguidance.gov.pt/index.php?c=int&id=2>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial* (Norma N.º 026/2011, atualizada em 19/03/2013). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Avaliação antropométrica no adulto* (Orientação N.º 017/2013, de 05/12/2013). Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2013c). *Hipertensão Arterial: definição e classificação* (Norma N.º 020/2011, atualizada a 19/03/2013). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool* (Norma N.º 30/2012, atualizada a 18/12/2014). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto* (1.ª). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. (DGS, Ed.). Retrieved from <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- Everitt, B. (1994). *The analysis of contingency tables* (2 nd). New York: Chapman & Hall.
- Ferreira, R., Graça, L., & Calvinho, M. de L. S. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência, (IV)*8, 7–15. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15070>
- Ferreira, R. S. S. (2014). *Sentido de coerência e Adesão ao regime terapêutico*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1235>
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569>

- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Fonseca, C. (2012). *Estratégias na adaptação familiar à doença crónica de um dos seus elementos* Clarisse Abreu Fonseca. Instituto Politécnico de Santarém.
- Fonseca, D., & Cirne, J. (2017). Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão E Risco Cardiovascular*, 59(maio/junho), 18–25. Retrieved from http://www.sphta.org.pt/files/sphta_59_2017_0506.pdf
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (Lusodidata, Ed.). Loures.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde*. Retrieved from http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturaSaude2014/BrochuraSumarioFCGPortugues/files/assets/common/downloads/Brochura Sumario FCG Portugues.pdf
- Graça, P. (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*.
- Guedes, N. G., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., Araújo, T. L. de, Lopes, M. V. de O., Ximenes, L. B., & Vieira, N. F. C. (2012). Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 151–156. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100026>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Thatam, R. (2009). *Análise multivariada de dados* (6.ª). Porto Alegre: Bookman.
- 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://doi.org/10.1590/1982-0194201500064>
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2.ª). Lisboa: Edições Sílabo.
- Iarossi, G. (2011). *O Poder da Conceção em Inquéritos por Questionário*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa. Retrieved from <http://doi.org/288627/09>

- Kaakinen, J., Gegaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. (2010). Family nursing process: family nursing assessment models. In *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (4th ed., pp. 103–130). Philadelphia: Davis Company. Retrieved from http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org/Family_Health_Care_Nursing_Theory_Practice_amp_Research_4th_Edition.pdf
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. (Elsevier Mosby, Ed.) (8 th, Vol. 1). Missouri.
- Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, 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). *European Heart Journal*, 34(28), 2159–2219. Retrieved from <http://doi.org/10.1093/eurheartj/eh151>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (R. Number, Ed.) (6.ª). Pero Pinheiro.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. (Climepsi, Ed.) (2.ª). Lisboa.
- Merino Garrido, L. (2013). *Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Navarra). Retrieved from <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/7803>
- Moreira, J. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. (Almedina, Ed.). Coimbra.

- Moreira, T., Araújo, T., & Pagliuca, L. (2011). Alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 74–89. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4378/2328>
- Moura, A., Godoy, S., Cesarino, C., & Mendes, I. (2016). Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. *Enfermería Global*, 15(43), 1-13. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es&tlng=es
- Murteira, B. (1993). *Análise exploratória de dados*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Nascimento, A., Alves, A., Almeida, A., & 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 <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1963/759>
- Natarajan, N., Putnam, W., Van Aarsen, K., Lawson, B., & Burge, F. (2013). Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian Family Physician*, 59(2), 93–100. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576963/pdf/0590e93.pdf>
- Oliveira, T. L., Miranda, L., Fernandes, P., & Caldeira, A. P. (2013). Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 179–184. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0103-21002013000200012&%5CnIng=en&%5Cnrm=iso&%5Cntlng=pt%5Cntlng=en
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Retrieved from http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM_ENFERMEIROS_cipe.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

- Organização Mundial da Saúde. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários - agora mais que nunca*. Genebra. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*. World Health Organization. Genebra. Retrieved from <http://doi.org/10.1038/ejcn.2009.139>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *A global brief on HYPERTENSION*. World Health Day 2013. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/79059>
- Orueta Sánchez, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 8–17. Retrieved from http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *SPSS guia prático de utilização*. (E. Sílabo, Ed.) (8.^a). Lisboa.
- Pinto, A. P. P. (2012). *Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico: Intervir para Prevenir*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>
- Pinto, A.P. P., & José, H. (2012). Hypertension and adherence to the therapeutic regimen in primary health care. *Journal of Nursing*, 6(7). Retrieved from <http://doi.org/10.5205/reuol.2255-18586-1-LE.0607201217>
- Pinto, S., & Schub, T. (2016). Patient Adherence to Medical Treatment : the Effect of Social Support. *Cinahl*, 19–21.
- Pocinho, M. (2009). Amostra e tipos de amostragens. Retrieved March 12, 2016, from http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/calculo_de_amostras_teorias.pdf

- Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. *Journal of Managed Care Pharmacy JMCP*, 20(1). Retrieved from <http://www.jmcp.org/doi/pdf/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>
- Raymundo, A., & Pierin, A. (2014). Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 811–819. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500006>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). *Nursing Management of Hypertension*. (Registered Nurses' Association of Ontario, Ed.), *Nursing best practice guideline*. Ontário. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf BPG.pdf
- Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, N.º 35 (2011). Portugal.
- Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho do Ministério da Saúde, Diário da República: II série N.º 124 (2015). Portugal.
- Reiners, A. A. O., Seabra, F. M. F., Azevedo, R. C. D. S., Sudré, M. R. S., & Duarte, S. J. H. (2012). Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 581–587. Retrieved from <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.16511>
- Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 299–306.
- Rodrigues, L. M. de O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>
- Rojas Marin, M. Z., & Morales B, S. Y. (2014). Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Revista Colombiana de Enfermería*, (9)9, 133–141. Retrieved from http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/016-articulo14.pdf

- Santos, J. C., Florêncio, R. S., Oliveira, C. J., & 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://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4616/1/2012_art_cjoliveira.pdf
- Santos, M., Oliveira, D., Arraes, L., Oliveira, D., Medeiros, L., & Novaes, M. (2013). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 11(jan-mar), 55–61. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research Methods for Business Students*. (Prentice Hall, Ed.) (7 th). Harlow: Pearson Education. Retrieved from https://is.vsfs.cz/el/6410/leto2015/BA_BSeBM/um/um/Research_Methods_for_Business_Students_5th_Edition.pdf
- Scala, L., Póvoa, R., & Passarelli Jr, O. (2012). O que mudou na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Revista Factores de Risco*, 24(JAN-MAR), 14–21. Retrieved from www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=1zrpp434qn
- Siegel, S., & Castellan, N. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2.ª). Porto Alegre: Bookman.
- Silva, A. A. (2006). *Gráficos e mapas - representação de informação estatística*. Lisboa: Lidel.
- Silva, T., Lima, M., Nobre, M., & Domingues, R. (2006). Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 180–189. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>
- Sousa-Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Dias, C. M. (2014). *Prevalência e Incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa*. Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2980/1/Relat%C3%B3rio%20Hipertens%C3%A3o%20arterial.pdf>
- Sousa, I. M. C. (2005). *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68786/2/92583.pdf>

- Tavares, R., & Silva, D. (2013). A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 14–21. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a02v34n3.pdf>
- Trindade, I. (2016). Análise pragmática da comorbilidade associada a doentes com hipertensão arterial em cuidados de saúde primários. *Revista da Sociedade Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 51(jan/fev), 6–12. Retrieved from http://www.sphta.org.pt/files/revista_51_-_final.pdf
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias*. (Roca, Ed.) (5.ª). S. Paulo.
- Zurera Delgado, I., Caballero Villarraso, M. T., & Ruiz García, M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 251-260. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000400003>

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Pedido de autorização à Coordenadora da USF Salinas com parecer
para desenvolvimento do estudo na Unidade de Saúde**



Ana Padrão
04/03/2016
Coordenadora de
USF Salinas

PEDIDOS AUTORIZAÇÃO

Exmo. Senhor Dr.^a Ana Padrão
Coordenadora da USF Salinas

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados nas USF Salinas.

Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sob a orientação do Professor Doutor Alexandre Rodrigues, e coorientado pela Professora Doutora Célia Freitas, pretende desenvolver um projeto de investigação com o tema **Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Hipertensão: contributos do Enfermeiro de Família** e vem solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar a colheita de dados do trabalho de investigação acima mencionado, na USF Salinas.

Desde já asseguro que serão disponibilizados a Vossas Excelências os resultados deste trabalho de investigação, assim como será garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados.

Acrescento que os dados apenas serão recolhidos em voluntários, após assinatura de um termo de consentimento informado.

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.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Data 2016.3.30

Assinatura Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado ao utente participante no estudo



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro senhor(a)

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, estou a realizar um estudo com o tema “**Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Hipertensão: contributos do Enfermeiro de Família**” cujo objetivo principal é capacitar os utentes e suas famílias no sentido de conseguir implementar estratégias que promovam uma adesão e gestão eficaz do seu regime terapêutico. Asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.

Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Data: ____/____/2016

Assinatura do Participante

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE III - Revisão Integrativa da Literatura

ADESÃO DA PESSOA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PATIENT COMPLIANCE TO ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT: INTEGRATIVE REVIEW

Diana Tavares^a, Célia Freitas^b, Alexandre Rodrigues^c

Resumo

Introdução e objetivos: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial, sendo a hipertensão arterial um importante problema de saúde pública. A não adesão ao seu tratamento constitui uma dificuldade que causa impacto na saúde e pode originar complicações. Os objetivos deste estudo são: i) analisar a produção científica sobre os fatores que potenciam ou inibem a adesão ao tratamento e ii) averiguar as intervenções de enfermagem que são determinantes na adesão.

Métodos: A pesquisa de artigos realizou-se nas bases de dados: *Scielo*, *Scopus*, *Medline* e *B-on*, recorrendo aos discriminadores de pesquisa selecionados. Foi utilizado o método PICOD para definição dos critérios e procedeu-se à avaliação da qualidade dos artigos.

Resultados: Foram encontrados 372 artigos, dos quais foram selecionados 10, correspondendo a 2565 hipertensos com mais de 18 anos, sendo cerca de 64% do sexo feminino. Apesar das diferenças encontradas nas metodologias dos estudos incluídos, os resultados indicam que existe uma baixa adesão aos tratamentos. Nos estudos destacam-se, como fatores mais significativos que inibem a adesão, os esquemas medicamentosos complexos, a falta de conhecimentos e a baixa atividade física. Como intervenção de enfermagem que melhor determina a adesão é a adoção de estratégias educativas contínuas e persistentes.

Conclusões: Os enfermeiros podem promover a adesão ao tratamento da pessoa hipertensa, levando em consideração os fatores descritos. Ao conhecer as intervenções determinantes, os enfermeiros melhoram a qualidade dos cuidados que prestam. Para investigações futuras sugere-se a elaboração de estratégias de atuação específicas que visem o incremento da adesão.

Palavras-chave: Adesão do paciente, cuidados de enfermagem e hipertensão

^a Universidade de Aveiro | USF Salinas – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, Portugal

^b Ph.D., Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde | CINTESIS, Portugal

^c Ph.D., Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde | CEISUC, Portugal

Abstract

Introduction and objectives: Cardiovascular diseases are the main cause of worldwide mortality, and hypertension is an important public health problem. Not taking part in its treatment impacts health and can lead to complications. The objectives of this study: i) to analyse the scientific production on the factors that promote or inhibit adherence to treatment and ii) to identify the nursing interventions that determine treatment compliance.

Methods: The research of articles was done through electronic databases: Scielo, Scopus, Medline and B-on, using the selected research discriminators. The PICOD method was used and QualSyst methodology was used to evaluate the quality of the articles.

Results: in this search were found 372 articles, and 10 were select, corresponding to 2565 hypertensive patients over 18 years of age, of whom 64% were female. Despite the differences found in the methodologies of included studies, the results indicate that there is a low adherence to treatment results indicate that there is a high prevalence of non-adherence to treatments.

In the studies, the most significant factors that inhibit adherence are complex drug regimens, lack of knowledge and low physical activity. Nursing intervention that better determines adherence was the adoption of persistent educational strategies.

Conclusions: Nurses can promote adherence to the treatment of the hypertensive person, considering the factors described in this review. By knowing the determinant interventions, the nurses improve the quality of the care they provide. In future investigations, further strategies and guidelines that aim at the increase of treatment compliance are suggested.

Keywords: Patient compliance, nursing care and hypertension

Introdução

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, tal como em todos os países europeus, apesar da tendência constante de decréscimo verificada nos últimos anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Estas têm um importante impacto económico decorrente da incapacidade por elas provocada e dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento, uma vez que geram novos desafios aos sistemas de saúde. A doença crónica pode ser definida como uma patologia de longa duração, com tratamentos a longo prazo e, geralmente, com progressão lenta. A fraca adesão ao tratamento destas doenças é um problema mundial de grande magnitude, rondando os 50% nos países desenvolvidos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003). Os benefícios da adesão estendem-se aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. Por sua vez, as consequências da não adesão traduzem-se em fracos ganhos em saúde e contribuem para um aumento dos custos de saúde, colocando o utente em risco de desenvolver várias complicações.

Desta forma, o enfermeiro de família confronta-se com uma série de questões sobre a intervenção e a forma de capacitar o utente e família para promover uma gestão eficaz da doença e atrasar o aparecimento dessas complicações. Os enfermeiros devem incluir estratégias para melhorar a adesão, sendo a educação para a saúde uma ferramenta essencial neste processo, aumentando os conhecimentos da pessoa sobre a doença e a importância de aderir ao tratamento, ajudando-a a encontrar estratégias que facilitem a sua adesão, reforçando comportamentos adequados através dos resultados positivos alcançados e estabelecendo parcerias com os indivíduos e as famílias e entre os diferentes níveis do sistema de saúde (OMS, 2004, 2013).

Este artigo debruça-se sobre os fatores que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão e as intervenções que o enfermeiro de família pode desenvolver para melhorar o comportamento de adesão destes utentes. Perante a temática suprarreferida a questão de investigação que emergiu foi: “Quais as intervenções de enfermagem capazes de modificar os fatores que condicionam a adesão ao tratamento da pessoa com hipertensão?” No sentido de responder à questão de investigação, propõe-se o cumprimento dos seguintes objetivos:

- Identificar os fatores que potenciam a adesão;
- Identificar fatores que inibem a adesão.
- Analisar as intervenções de enfermagem capazes de modificar os fatores que condicionam a adesão ao tratamento;

1. Enquadramento teórico

Tendo em consideração a visão da família como foco dos cuidados de enfermagem e partindo do pressuposto que esta tem um papel fulcral na saúde, na doença e nos comportamentos de saúde, torna-se importante conhecer a forma desta enfrentar o processo de doença crónica, perceber as suas sinergias e capacitá-la face às necessidades de reorganização. A Hipertensão arterial (HTA), enquanto doença crónica, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a sua interrupção, pode associar-se a um agravamento da situação clínica. A tensão arterial elevada é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação. Como os utentes são frequentemente assintomáticos, pode levar ao diagnóstico e tratamento tardios, o que pode resultar no desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo e outras complicações debilitantes (Kessler & Joudeh, 2010; Moreira, Gomes, & Santos, 2010).

Durante os últimos 30 anos, Portugal tem sido descrito como um dos países com os níveis de tensão arterial média mais elevados. Assim, a prevalência de hipertensão arterial, em Portugal, é superior a um quarto da população com mais de 18 anos, sendo mais acentuado nas mulheres do que nos homens (Sousa-Uva, 2014). Apesar de ser um valor inferior ao previsto, apenas 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, em 2015, continuaram a ser as responsáveis por cerca de 30% de todas as causas de morte (DGS, 2016). A hipertensão arterial é uma doença possível de ser controlada, mas sem tratamento, leva a complicações graves e fatais tais como doenças do coração, rim e cérebro que, na maioria dos casos, resultam na incapacidade do utente.

Segundo a OMS existem muitos fatores comportamentais de risco influenciados pelo quotidiano e pelas condições de vida dos indivíduos que contribuem para o desenvolvimento

da hipertensão tais como, o consumo excessivo de sal e gordura, o reduzido aporte de frutas e vegetais, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade e má gestão do stress (OMS, 2013). A HTA pressupõe um tratamento avaliado em três domínios distintos: o regime medicamentoso, a alimentação e o exercício físico. Também o controlo da tensão arterial assume uma posição de destaque no tratamento da hipertensão, pela diminuição das complicações que lhe estão associadas, sobretudo quando existem outras comorbilidades, designadamente, a Diabetes Mellitus (DM) ou doença renal. Como já referido anteriormente, para a controlar, a pessoa é aconselhada, desde logo, a incluir na sua rotina diária um conjunto de atividades que vão desde a modificação de hábitos alimentares, passando pela prática de exercício físico e toma regular de medicamentos, entre outros comportamentos a adotar, até à procura de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde (E. Costa, 2012). Um estilo de vida saudável ajuda a reduzir a tensão arterial, embora a desvantagem seja a dificuldade de manutenção a longo prazo, o que requer por parte dos profissionais de saúde uma especial atenção na procura de estratégias que capacitem a pessoa a gerir o seu tratamento nos vários domínios. A modificação do estilo de vida é essencial no tratamento da HTA e quando esta está mal controlada deve-se, na maioria das vezes, à baixa adesão ao regime de tratamento (Awad, Gwaied, Fouda, & Essa, 2015). A adesão ao tratamento reflete o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com a sua saúde e pode ser definida como o comportamento de procura de cuidados, a participação nas consultas de seguimento e o cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde. A maioria dos cuidados para o controlo da hipertensão requer autogestão, monitorização regular e mudanças no estilo de vida (Awad et al., 2015; E. Costa, 2012). Desenvolver um plano de tratamento centrado no indivíduo e família que promova a adesão é essencial na gestão da hipertensão. É determinante estar consciente que a manutenção da motivação do utente em não abandonar o tratamento é um dos maiores desafios que o profissional de saúde enfrenta em relação ao utente hipertenso (Reiners, Seabra, Azevedo, Sudré, & Duarte, 2012).

A adesão ao tratamento deve ser entendida como um fenómeno que pode ser influenciado por vários fatores, como sejam, baixo estatuto socioeconómico, baixo nível educacional, desemprego, falta de acessibilidade, custo elevado dos transportes e da medicação, complexidade e duração dos tratamentos e crenças culturais acerca da doença. Neste sentido, considerando-a como um fenómeno multidimensional, é necessária uma

abordagem multidisciplinar para assegurar a vigilância adequada das doenças crônicas e melhorar os comportamentos da população. A família, a comunidade e as organizações de doentes devem ser parceiros-chave na promoção da adesão e devem ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). A educação para a saúde é uma estratégia importante para melhorar a adesão, além de informados os utentes necessitam ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos traçados e negociados com cada um.

Cabe ao enfermeiro capacitar o indivíduo com HTA e família, fornecendo-lhes informação para a gestão do seu tratamento e, ao mesmo tempo, estimulando-os de modo a serem pró-ativos na consecução do seu “projeto de saúde”, 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 (A. P. P. Pinto & José, 2012). O seu papel é fundamental na deteção, desenvolvimento e avaliação de um plano de cuidados com intervenções que originem a gestão adequada do tratamento farmacológico e não farmacológico. Este plano deve servir de orientação prática, sendo direcionado para o utente e família de forma a ser facilitador de mudanças no seu comportamento. A avaliação da adesão deve incluir estratégias de intervenção e ferramentas comportamentais que a promovam (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2005). Percebe-se a importância da relação estabelecida entre enfermeiro e utente e o seu contributo para o sucesso do tratamento; esta deve basear-se no envolvimento da família, no sentido do seu empoderamento em torno da doença, pois este aumenta as probabilidades de sucesso e a satisfação de todos os envolvidos.

2. Metodologia

O presente estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa de literatura permite a sinopse do conhecimento sobre os comportamentos de adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão, fazendo emergir as intervenções de enfermagem no sentido da sua promoção.

Para a construção desta revisão integrativa da literatura pressupõem-se seis etapas distintas (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008): a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; d)

avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e) interpretação dos resultados e f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

O método “PICOD”(Ramalho, 2005; The Joanna Briggs Institute, 2011) é utilizado para a elaboração da questão de investigação, sendo também uma ferramenta importante para definir os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Assim, este método engloba os itens apresentados na tabela 1:

Tabela 1 - Aplicação da estratégia PICOD

P	Participantes	Adultos com hipertensão arterial
I	Intervenções	Intervenção de enfermagem na pessoa com hipertensão
C	Comparações	Adesão ou não adesão ao regime terapêutico
O	Outcomes	Estratégias para aumento da adesão
D	Desenho do Estudo	Estudos qualitativos e quantitativos

Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos de forma a orientar o processo de pesquisa e encontram-se expostos na tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a selecionar

Critérios de inclusão:	Critérios de exclusão:
<ul style="list-style-type: none"> • artigos publicados em português, inglês e castelhano; • artigos com texto integral; • artigos publicados entre 2010 e 2016; • estudos de cariz quantitativo e qualitativo; • artigos resultantes de estudos primários; • estudos com pessoas com idade igual ou superior a 18 anos • artigos sobre pessoas em tratamento em regime de ambulatório; 	<ul style="list-style-type: none"> • dissertações e revisões da literatura; • artigos sem acesso livre; • artigos sobre pessoas internadas ou institucionalizadas; • artigos sobre pessoas dependentes de cuidadores familiares para apoio no tratamento

A estratégia para a busca de artigos, decorreu entre os meses de setembro e outubro de 2016 nas seguintes bases de dados eletrónicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online / PubMed*

(*Medline*), Biblioteca Científica Eletrônica Online (*Scielo*), *Scopus*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) e B-on.

Os descritores utilizados na pesquisa inicial, orientados pelo MeSH (*Medical Subject Headings*) e pelo DecS (Descritores em Ciências da Saúde) foram: *Adherence, Patient; Hypertension e Nursing Care* que posteriormente foram combinados. As combinações utilizadas para a localização dos artigos, com os termos e sinónimos e os marcadores booleanos *AND* e *OR*, originaram as seguintes expressões: ((*"Adherence, Patient" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"Patient Adherence" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"Compliance, Patient" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"Patient Compliance" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"Patient Cooperation" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"Cooperation, Patient" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*) *OR* (*"No Compliance, Patient" AND "Hypertension" AND "Nursing Care"*)).

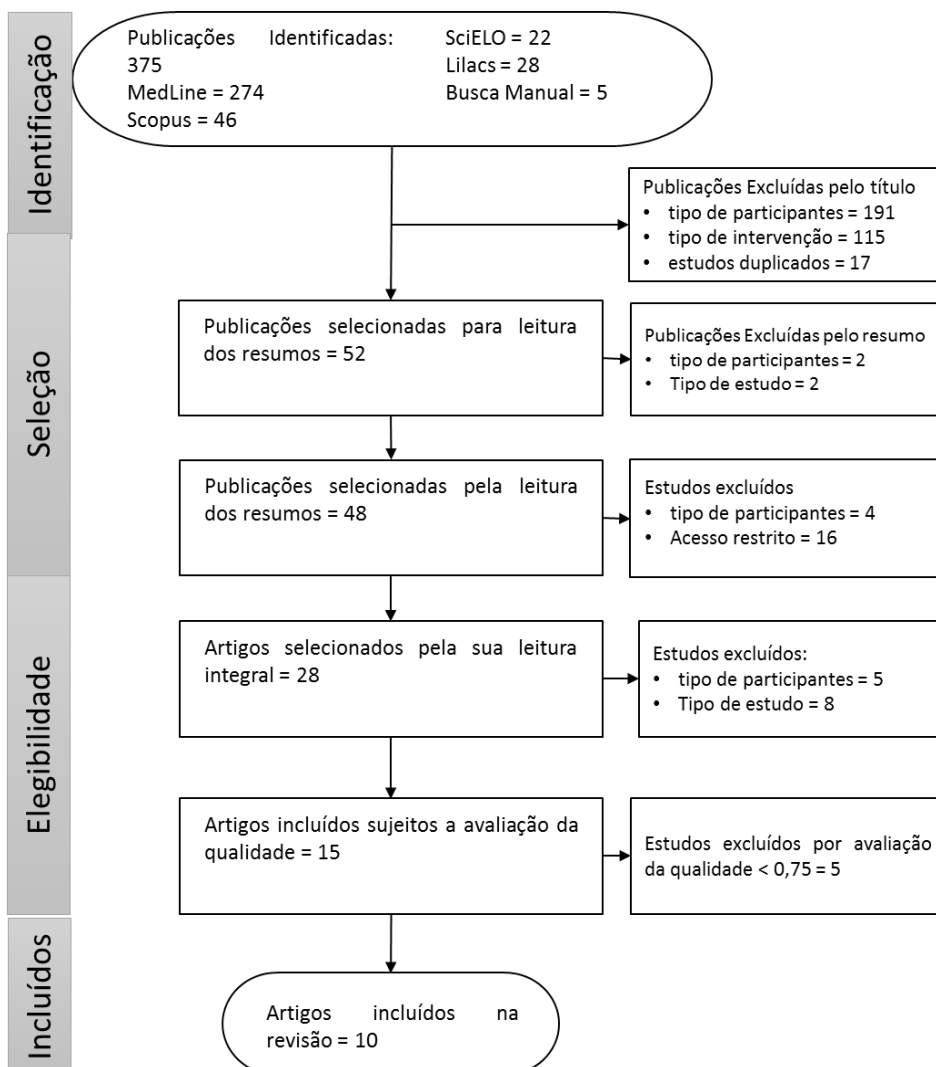
Na pesquisa inicial acedeu-se a 372 publicações entre artigos de periódicos, dissertações e *papers* com o filtro do Ano de Publicação (2010-2016).

Foram excluídos os artigos que, embora tivessem os descritores, não eram específicos sobre cuidados de enfermagem à pessoa com hipertensão, bem como aqueles que se repetiam nas bases de dados, restando assim 52.

Após a leitura do resumo verificou-se que os que tinham acesso livre ao artigo completo, reduziam a seleção para 43 e tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente restringiram-se a 28 estudos. Após a sua leitura integral foram excluídos 13 por se tratar de tipos de estudo ou de participantes que não cumpriam os critérios de inclusão.

Os restantes 15 foram relidos na íntegra e sujeitos a avaliação da qualidade metodológica e apenas os que cumpriam os critérios da escala de qualidade *QualSyst* (Kmet, Lee, & Cook, 2004), foram incluídos na revisão. Na figura 1 está apresentado o fluxograma deste processo de seleção.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção



Esta ferramenta pragmática incorpora duas grelhas avaliativas, permitindo a avaliação da qualidade de estudos quantitativos e qualitativos. Os critérios podem ser respondidos como "sim" (2), "parcial" (1), 'Não' (0) e 'NA' (não se aplica). O *score QualSyst* é calculado como soma dos *ratings* dos critérios aplicáveis, dividido pelo valor dos critérios aplicáveis.

Nas tabelas 3 e 4 apresentam-se as avaliações da qualidade dos estudos quantitativos e qualitativos, respetivamente. Destes, foram selecionados e analisados na íntegra os 10 estudos que cumpriram os critérios de qualidade superior a 0,75 da escala de qualidade (Kmet et al., 2004) para garantir que apenas artigos de alta qualidade fossem incluídos na revisão.

Tabela 3 - Indicadores de qualidade dos estudos quantitativos

Estudos incluídos / Itens avaliados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Score
(Ferreira, Graça, & Calvinho, 2016)	2	2	2	2	1	N/A	N/A	2	2	1	1	N/A	1	2	18/22 (0,82)
(Moura, Godoy, Cesarino, & Mendes, 2016)	2	2	2	1	N/A	N/A	N/A	1	1	2	1	N/A	2	2	16/20 (0,8)
(A. P. P. Pinto & José, 2012)	2	2	2	1	N/A	N/A	N/A	1	2	1	0	N/A	1	2	14/20 (0,7)
(Rajpura & Nayak, 2014)	2	2	2	1	N/A	N/A	N/A	2	1	2	2	N/A	1	2	17/20 (0,85)
(Oliveira, Miranda, Fernandes, & Caldeira, 2013)	2	2	1	1	1	N/A	N/A	1	2	2	2	N/A	1	1	16/22 (0,73)
(Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira, 2013)	2	2	2	1	N/A	N/A	N/A	2	1	1	1	N/A	2	2	16/20 (0,8)
(Demoner, Ramos, & Pereira, 2012)	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	1	N/A	2	2	18/20 (0,9)
(Alhalaiaq, Deane, Nawafleh, Clark, & Gray, 2012)	2	2	1	1	2	N/A	1	2	2	1	1	2	1	1	19/26 (0,73)
Raymundo & Pierin, 2014 (Raymundo & Pierin, 2014)	2	2	1	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	1	N/A	2	2	18/20 (0,9)
(Cavalari, Nogueira, Fava, Cesarino, & Martin, 2012)	2	2	1	1	N/A	N/A	N/A	1	1	2	1	N/A	2	1	14/20 (0,7)
(Amado Guirado, Ribera, Huergo, & Borrás, 2011)	2	2	2	1	2	N/A	2	2	2	2	2	2	1	1	23/26 (0,88)
(Hanus, Simões, Amboini, Ceretta, & Tuon, 2015)	2	2	2	2	2	N/A	N/A	2	2	2	1	N/A	1	2	19/22 (0,86)

Tabela 4 - Indicadores de qualidade dos estudos qualitativos

Estudos incluídos / Itens avaliados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score
(Zurera Delgado, Caballero Villarraso & Ruiz García, 2014)	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	18/20 (0,9)
(Santos, Florêncio, Oliveira, & Moreira, 2012)	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	16/20 (0,8)
(Barreto & Marcon, 2014)	2	2	1	1	1	2	2	0	2	1	14/20 (0,7)

3. Resultados

Todos os artigos incluídos descreviam suficientemente a questão de pesquisa, com amostras adequadas e utilizaram instrumentos e metodologias apropriados. A análise estatística foi satisfatória, na maioria dos estudos, embora em alguns, os métodos de amostragem produziram resultados que não permitiram generalizações.

Dos 372 artigos encontrados na busca, 10 foram considerados relevantes e incluídos na revisão, tendo sido observada a predominância de publicações sobre hipertensão nos anos posteriores a 2014. O estudo mais antigo data de 2011.

A adesão às recomendações do tratamento foi o objeto em análise, ou seja, os objetivos primordiais foram identificar os fatores associados à adesão ou não adesão e quais as intervenções de enfermagem passíveis de serem desenvolvidas para favorecer a adesão ao tratamento.

A análise dos dados ocorreu a partir da proposta operativa para análise de conteúdo de Bardin (2011), estruturada através dos momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise do material realizou-se a leitura flutuante dos artigos completos, sendo possível analisar alguns aspetos gerais da sua matriz como: tipo e ano de publicação; tipo de periódico; objetivos; país que o estudo foi realizado e estratégia metodológica adotada.

No que se refere ao idioma, sete publicações estavam em português e duas em inglês e uma em castelhano. Em relação ao país-sede do estudo, a maioria dos estudos analisados nesta revisão da literatura foram realizados no Brasil, dois em Espanha, apenas um estudo que reuniu critérios de inclusão foi realizado em Portugal e outro nos EUA. Quanto ao periódico de publicação, foram obtidos nove periódicos diferentes, sendo sete os artigos de revistas específicas de enfermagem.

Verificou-se uma variabilidade dos tipos de estudo e métodos de colheita de dados. Oito estudos apresentaram uma abordagem quantitativa e apenas dois, qualitativa: um fenomenológico (Zurera Delgado et al., 2014) e outro descritivo (Santos et al., 2012). Um estudo foi um ensaio randomizado-controle (Amado Guirado et al., 2011). Cinco estudos utilizaram o corte transversal exploratório (Demoner et al., 2012; Hanus et al., 2015; Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013; Rajpura & Nayak, 2014). Apenas um foi de carácter longitudinal e retrospectivo (Raymundo & Pierin, 2014) e outro revelou ser observacional (Ferreira et al., 2016).

Houve bastante variação no tamanho das amostras, o que pode ser explicado pela diversidade de desenhos dos estudos selecionados. Os artigos incluídos correspondiam a 2565 hipertensos com mais de 18 anos, sendo cerca de 64% do sexo feminino, com média de idades de 60 anos.

À exceção do estudo de Zurera Delgado et al. (2014), todos utilizaram pelo menos dois instrumentos de colheita de dados, sendo mais vezes utilizado o Teste de Morisky-Green (Morisky, Green, & Levine, 1986), seguido do formulário de caracterização sociodemográfica e do Questionário Internacional de Atividade

Física (IPAQ, 2002). As pesquisas qualitativas utilizaram como instrumentos de colheita de dados, uma entrevista (Zurera Delgado et al., 2014) e o outro um formulário e um grupo focal (Santos et al., 2012). Em relação aos instrumentos utilizados, nas pesquisas quantitativas, cinco estudos utilizaram o Teste de Morisky-Green para avaliar a adesão medicamentosa que é composto por quatro perguntas que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual dos medicamentos. Na tabela 5 são apresentadas as percentagens dos participantes desses estudos que revelaram falta de adesão de ligeira a moderada.

Tabela 5 - Resultados do teste de Morisky-Green relativos à falta de adesão ligeira a moderada

Estudos	Média obtida no teste
(Moura et al., 2016)	77,5%
(Rajpura & Nayak, 2014)	34,2%
(Nascimento et al., 2013)	63,8%
(Demoner et al., 2012)	64%
(Raymundo & Pierin, 2014)	Inicial 74,9%→ final 24,5%
(Amado Guirado et al., 2011)	Inicial 75%→ final 66,1%

A análise desta tabela permite comprovar a manutenção das altas taxas de baixa adesão aos tratamentos recomendados como referido pela OMS (2003).

De seguida apresenta-se a matriz na tabela 6, a qual é descrita segundo alguns aspetos gerais como: autores, ano de publicação, título do artigo, objetivos, tipo de estudo, caracterização da amostra e principais resultados obtidos.

Tabela 6 - Análise global dos estudos

Autores	Ano	Título	Objetivos	Tipo de Estudo	Caracterização da Amostra	Resultados
Ferreira, Graça, & Calvino	2016	"Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários"	- Descrever a adesão ao regime terapêutico das pessoas com hipertensão arterial, com vigilância em cuidados de saúde primários	Quantitativo, descritivo, observacional e transversal	332 hipertensos, aleatória, probabilística, sistemática	- Maior adesão ao regime medicamentoso - Menor adesão ao exercício físico - Boa adesão aos cuidados dietéticos
Moura, Godoy, Cesarino, & Mendes	2016	"Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial "	- Identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município brasileiro	Quantitativo, transversal e descritivo	138 hipertensos, sistemática	- A falta de adesão é multifatorial, consequentemente diversas medidas devem ser adotadas - A educação em saúde personalizada deve ser voltada para o autocuidado, estimulando a autopercepção da doença e a responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado
Rajpura & Nayak	2014	"Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, and treatment beliefs, and illness burden"	- Avaliar a influência coletiva de percepções da doença e medicamentos - Medir os encargos sobre a adesão ao tratamento	Quantitativo, transversal	117 hipertensos idosos, mais de 55 anos, conveniência	- Mais de metade dos idosos com HTA não seguem os regimes prescritos
Nascimento, Alves, Almeida, & Oliveira	2013	"Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem falta de adesão na atenção primária"	- Descrever as características dos pacientes com hipertensão arterial - Identificar as características da adesão terapêutica desses pacientes - Identificar a frequência de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão	Quantitativo, transversal	72 pessoas com HTA	- Maiores falhas são na redução do sal na alimentação - As orientações devem ser de fácil compreensão e eficazes - Os profissionais devem conhecer os hábitos dos pacientes
Demoner, Ramos, & Pereira	2012	"Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde"	- Analisar a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde - Analisar os fatores relacionados com a baixa adesão ao tratamento	Quantitativo, descritivo e exploratório	150 pacientes com HTA, conveniência	- 64% com falta de adesão ao tratamento - A falta de adesão esteve significativamente associada às variáveis: faixa etária mais jovem, com ocupação, com sobrepeso ou obesidade.
Raymund o & Pierin	2014	"Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de saúde"	- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes submetidos a tratamento anti-hipertensivo	Quantitativo, longitudinal, retrospectivo	283 pacientes com HTA	- Verificou-se um aumento significativo da adesão ao tratamento e uma redução dos valores da tensão arterial - Quanto maior for a idade, maior é o envolvimento e maior a

Autores	Ano	Título	Objetivos	Tipo de Estudo	Caracterização da Amostra	Resultados
		doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo”	hipertensivo			adesão
Amado Guirado, Ribera, Huergo, & Borrás	2011	“Conocimiento y adherencia a la terapia antihipertensiva en atención primaria: resultados de un ensayo clínico”	- Avaliar a eficácia de um programa de educação para a saúde em pacientes com hipertensão.	Quantitativo, experimental, com grupo de controle	996 pacientes com HTA ambulatórias (Grupo Controle GC = 481 e Grupo Intervenção GI = 515) aleatório	- O conhecimento da doença aumentou em 27,8% no GI e 18,5% no GC, bem como medicação 10,1% no GI e 5,5% no GC - A adesão ao tratamento por Morisky-Green aumentou 9,6% no GI e 8,8% no GC - Não foram observadas diferenças entre o GI e o de GC nas outras medidas de adesão, ou variáveis clínicas relacionadas com a tensão arterial e índice de massa corporal
Hanus, Simões, Amboini, Ceretta, & Tuon	2015	“Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos”	- Avaliar a associação entre a qualidade de vida e a adesão à medicação de indivíduos hipertensos	Quantitativo, transversal	432 hipertensos	- Os scores mais baixos estavam presentes no domínio autoavaliação e os mais altos foram encontrados no social. - Os indivíduos que possuem extrema adesão ao tratamento apresentaram scores mais altos na avaliação da qualidade de vida em comparação com indivíduos classificados como não adesão extrema
Zurera Delgado, Caballero Villarraso & Ruiz García	2014	“Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso”	- Analisar as motivações pessoais envolvidas na modificação dos hábitos e na adesão de pacientes hipertensos	Qualitativo, fenomenológico	18 hipertensos, intencional, não probabilística, de conveniência	- Verificou-se falta de vontade e de conhecimentos do utente - Os fatores facilitadores são o apoio familiar, a relação com a equipa de saúde e a autoestima. - Os fatores que dificultam são a dificuldade em alterar os padrões alimentares, a falta de apoio familiar, de vontade e a escassez de recursos
Santos, Florencio, Oliveira, & Moreira	2012	“Adesão do idoso ao tratamento hipertensão arterial e intervenções de enfermagem”	- Averiguar a adesão ao tratamento da HTA em idosos - Descrever as intervenções de enfermagem possíveis junto destes utentes	Qualitativo, descritivo	27 idosos com HTA e idade superior a 60 anos	- A maioria dos utentes apresentava “não adesão” classificada de ligeira a moderada - A elaboração de estratégias educativas e a atenuação da ansiedade proporcionam maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas

4. Discussão

A exploração do material ocorreu após várias leituras detalhadas dos artigos, sendo que foi feito um recorte dos textos em unidades de análise que permitiram dar resposta à questão de investigação. Desta análise emergiram duas categorias: os fatores que condicionam a adesão e as intervenções de enfermagem determinantes da adesão. A fim de resgatar de forma sistemática os achados que se enquadram nessas categorias, estes estudos encontram-se reportados na tabela 7.

Tabela 7 - Percentagem das categorias nos respetivos estudos

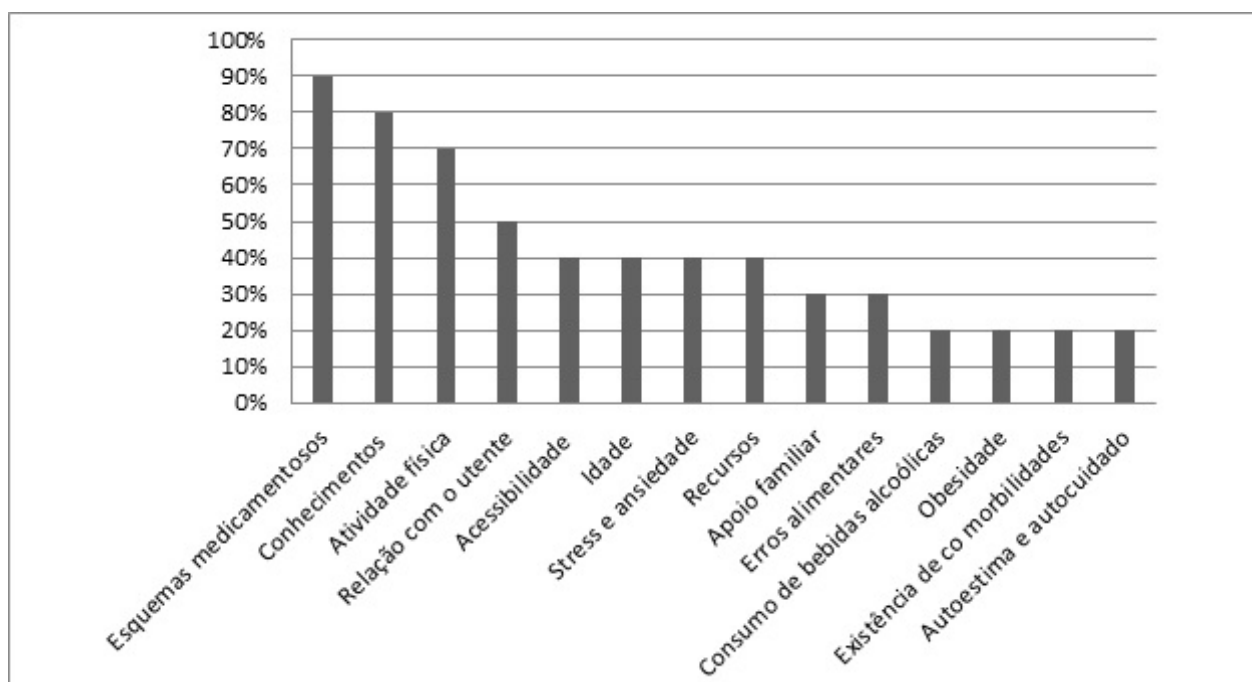
Categorias	Estudos	Percentagem
Os fatores que condicionam a adesão	(Ferreira et al., 2016), (Moura et al., 2016), (Nascimento et al., 2013), (Demoner et al., 2012) (Raymundo & Pierin, 2014), (Hanus et al., 2015), (Zurera Delgado et al., 2014), (Santos et al., 2012)	80%
As intervenções de enfermagem determinantes da adesão	(Ferreira et al., 2016) (Moura et al., 2016) (Rajpura & Nayak, 2014) (Nascimento et al., 2013) (Demoner et al., 2012) (Raymundo & Pierin, 2014), (Amado Guirado et al., 2011) (Hanus et al., 2015) (Zurera Delgado et al., 2014) (Santos et al., 2012)	100%

Nos vários estudos observa-se uma predominância de referências a intervenções de enfermagem determinantes da adesão, o que demonstra o interesse em explorar esta área, como eficaz na prevenção de complicações associadas à HTA. Em relação à análise dos fatores que interferem na adesão, esta categoria é descrita abaixo.

i) Os fatores que condicionam a adesão

Na figura 2 estão sistematizados os resultados relativos aos fatores que condicionam a adesão e que apresentaram maior relevância nos estudos analisados. Uma revisão da literatura anterior, realizada neste âmbito, também encontrou como fatores de risco modificáveis a obesidade, os erros alimentares, o consumo de bebidas alcoólicas a baixa atividade física, os fatores socioeconómicos e stress (Y. F. Costa, Araújo, Almeida, & Viegas, 2014).

Figura 2- Fatores que apresentaram maior relevância na adesão



Em relação aos fatores descritos, verifica-se que alguns dificultam a adesão ao tratamento, como a necessidade da toma de diversos fármacos (polimedição) e os esquemas posológicos complexos. Estes são abordados na maioria dos estudos, exceto em Hanus et al (2015) e devem ser considerados na intervenção com o utente, uma vez que, quanto maior for o número de fármacos a tomar, maior o risco de incumprimento (Cabral & Silva, 2010; OMS, 2003).

A falta de conhecimentos acerca da doença e do seu tratamento é referido como fator inibidor em 80% dos estudos (Amado Guirado et al., 2011; Demoner et al., 2012; Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013; Rajpura & Nayak, 2014; Raymundo & Pierin, 2014; Santos et al., 2012; Zurera Delgado et al., 2014). Este fator deve ser alvo de uma intervenção, visto que condiciona uma adequada tomada de decisão sobre a conduta terapêutica e demonstra a baixa literacia em saúde da maioria das pessoas.

Outro fator várias vezes referido é a reduzida atividade física regular como afetando negativamente a adesão. Este é referido em 70% dos estudos (Demoner et al., 2012; Ferreira et al., 2016; Hanus et al., 2015; Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013; Raymundo & Pierin, 2014; Santos et al., 2012), sendo que a sua falta afeta, em média, cerca de 63% dos participantes destes estudos. Estes são os três fatores com maior peso, em termos de influência na falta de adesão ao tratamento, devendo-se sobretudo à população mais prevalente nos estudos ser idosa, o que explica a polimedição derivar das diversas comorbilidades existentes e, ao mesmo tempo, haver alguma deterioração da função cognitiva e da capacidade física dos participantes.

Os encargos com a medicação, fruto da existência de baixos recursos económicos, assumem-se como um fator inibidor da adesão ao tratamento e são referidos em vários estudos (Hanus et al., 2015; Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013).

Em relação aos fatores que evidenciam ser potenciadores, a idade avançada e a existência de comorbilidades (Demoner et al., 2012; Nascimento et al., 2013; Rajpura & Nayak, 2014; Raymundo & Pierin, 2014), apesar de não serem passíveis de modificação, por parte dos profissionais de saúde, eles justificam a maior preocupação com a saúde em geral e com a adesão ao tratamento, em particular.

Da mesma forma, a acessibilidade aos serviços, o apoio familiar e a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente aparentam favorecer a adesão (Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013; Zurera Delgado et al., 2014). O apoio social também é referido noutra revisão como estando associado a uma maior adesão ao regime de tratamento prescrito (S. Pinto & Schub, 2016).

Também evidenciam ser preditores de maior adesão ao tratamento, a preocupação com o autocuidado e uma autoestima positiva (Moura et al., 2016; Zurera Delgado et al., 2014) contrariamente o *stress* e a ansiedade indiciam piores taxas de adesão (Nascimento et al., 2013; Santos et al., 2012; Zurera Delgado et al., 2014).

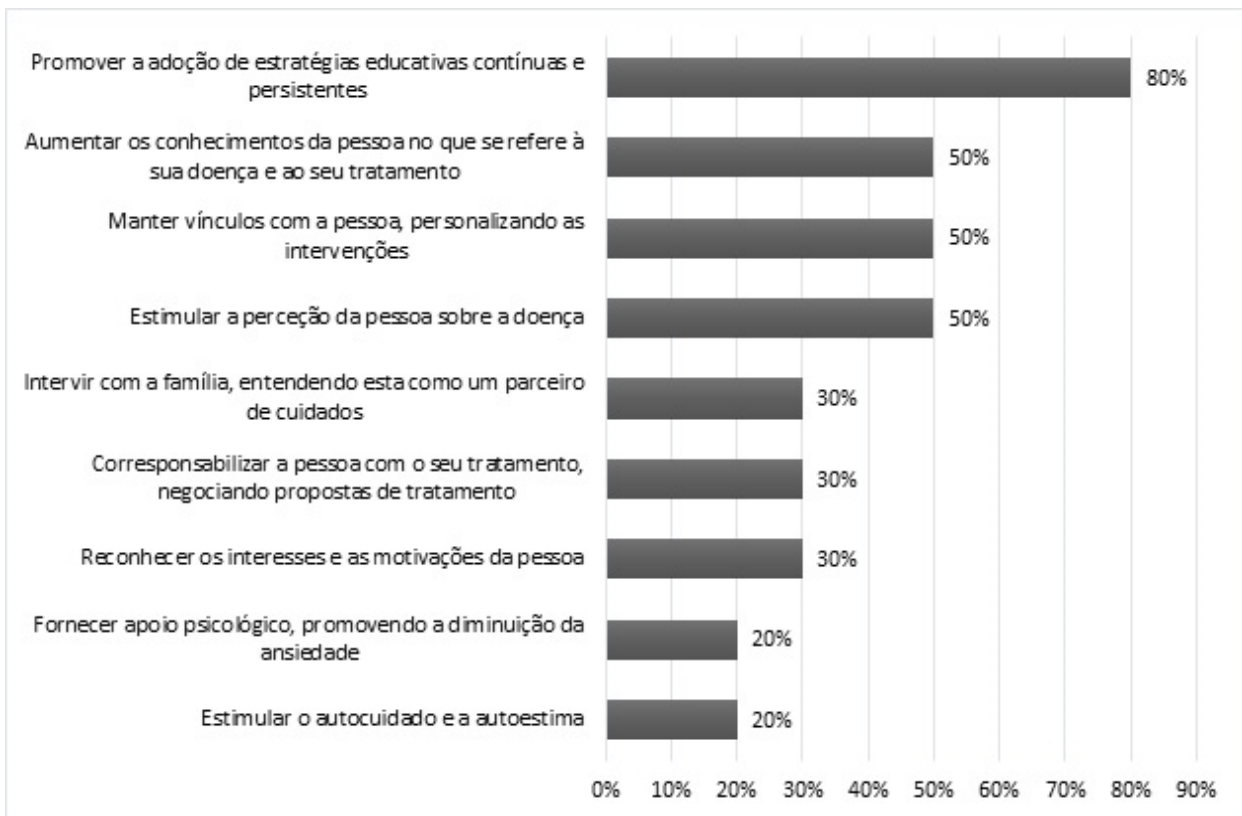
O consumo de bebidas alcoólicas, os erros alimentares e o excesso de peso são referidos como fatores que devem ser alvo de intervenção, de forma a reduzir o seu aparecimento e, por consequência, melhorar a adesão (Demoner et al., 2012; Ferreira et al., 2016; Moura et al., 2016; Nascimento et al., 2013).

ii) As intervenções de enfermagem determinantes da adesão

Todos os estudos analisados sugerem diversas intervenções de enfermagem que poderão trazer benefícios no que respeita à melhoria da adesão ao tratamento. O enfermeiro deve ser um agente facilitador do desenvolvimento de competências da pessoa com hipertensão. Outras duas revisões que abordam esta temática enfatizam a importância da educação para a saúde centrada na perspetiva da pessoa com hipertensão (Y. F. Costa et al., 2014; Rojas Marin & Morales B, 2014). Quando se compara a prevalência da falta de adesão referida nelas, apenas uma refere que mais de metade das pessoas não têm um tratamento eficiente (Rojas Marin & Morales B, 2014).

Na figura 3 estão apresentadas as intervenções que são mais vezes mencionadas como determinantes da adesão. Destas tem maior relevo as estratégias educativas referidas, mas também a importância de aumentar os conhecimentos da pessoa no que se refere à doença e ao seu tratamento. Para que este acompanhamento demonstre resultados é necessário criar um ambiente propício à aprendizagem, com uma intervenção direcionada para a pessoa e família, estimulando de modo contínuo a perceção da pessoa.

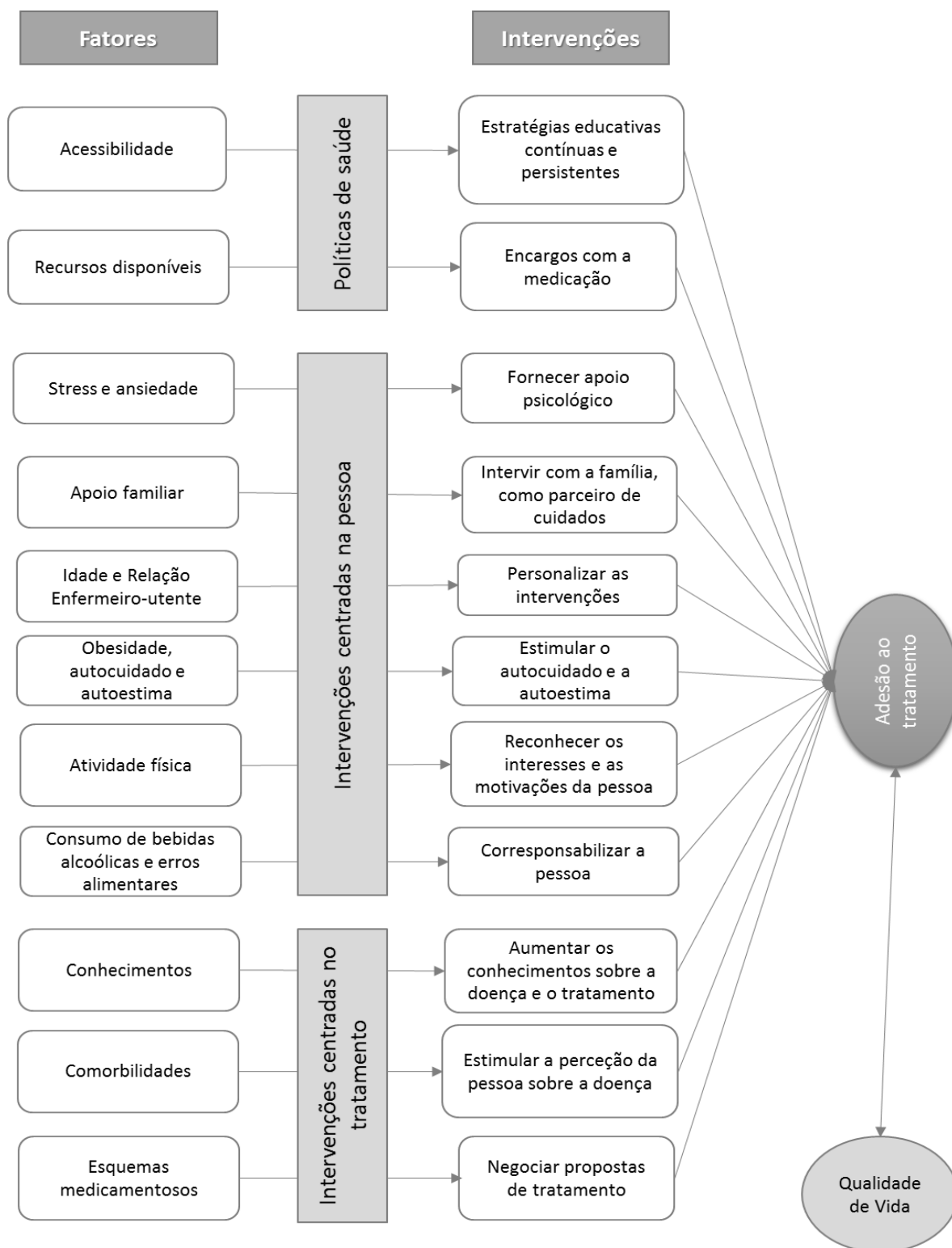
Figura 3 - Intervenções que apresentaram maior relevância na adesão



Alerta-se ainda para os achados desta revisão, relativos aos fatores referentes ao contexto, como a conceção de políticas de saúde que privilegiam programas assistenciais destinados ao acompanhamento da pessoa com hipertensão que visam melhorar a qualidade de vida, através da promoção de um bom controlo da doença (Hanus et al., 2015; Rajpura & Nayak, 2014). A elaboração de programas de gestão da doença crónica, com desenvolvimento de estratégias específicas de promoção, prevenção e controlo é referida como relevante e que deve ser estimulada, através da aquisição de competências específicas em educação para a saúde e alocação de recursos, para fazer face às dificuldades na adesão ao tratamento (Raymundo & Pierin, 2014; Zurera Delgado et al., 2014).

Na figura 4 está apresentado um modelo formado pela combinação dos fatores que influenciam a adesão e as intervenções supramencionadas que são necessárias para melhorar a adesão. Estas estão agrupadas de acordo com a sua natureza e foco de atenção, explorando as relações entre os dados encontrados nos diferentes estudos e que devem ser considerados relevantes para um incremento da adesão ao tratamento. Conforme refere Hanus et al (2015) a adesão ao ser melhorada, conduz a pessoa com HTA, a um alcance de metas de controlo da doença, minimização dos riscos e conseqüente maior qualidade de vida. Os conceitos foram organizados em três categorias de necessidades: política de cuidados de saúde, intervenções centradas na pessoa e intervenções centradas no tratamento.

Figura 4 - Sistematização dos fatores e das intervenções de enfermagem extraídas dos vários estudos incluídos na revisão



Os estudos analisados demonstram a necessidade de intervenção junto da pessoa hipertensa com o objetivo de incrementar a adesão ao tratamento e, por consequência, melhorar o controlo da doença. Esta análise permite identificar a necessidade da reformulação das intervenções de enfermagem de modo a colmatar a falta de adesão verificada. As crescentes exigências da população e do próprio ato de cuidar levam a que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, aprofundem e atualizem os seus conhecimentos continuamente.

Após a análise efetuada, as limitações encontradas nesta revisão referem-se à possibilidade de viés na seleção dos estudos, a apenas serem incluídos estudos em português, inglês e castelhano e às diferenças de metodologias, as características de cada população e a variabilidade geográfica e temporal dos estudos incluídos, tendo a análise crítica de resultados representado um desafio, contudo estes constituem um importante ponto de partida para a investigação.

5. Conclusões

Após a elaboração da revisão, pode-se concluir que esta possibilitou uma abordagem da adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão, bem como as estratégias para o seu incremento. Eram objetivos deste trabalho identificar, através da análise da produção científica mais recente, os fatores que interferem na adesão, bem como analisar quais as estratégias de intervenção do enfermeiro capazes de modificar os fatores que a condicionam. De modo a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos pode-se concluir que os principais fatores condicionantes da adesão são os esquemas medicamentosos complexos, os fracos conhecimentos da população sobre a doença e o seu tratamento, a reduzida prática de atividade física e a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente. As intervenções de enfermagem que evidenciam ser mais eficazes relacionam-se com a educação para a saúde de modo continuado, cuidados de saúde individualizados, negociação dos objetivos do tratamento e criação de vínculos entre o enfermeiro e a pessoa com hipertensão.

Como sugestões para investigações futuras propõe-se a elaboração de projetos dedicados à identificação de estratégias específicas de intervenção e criação de grupos de trabalho multidisciplinares para partilhar conhecimentos nas diversas áreas e contribuir para o desenvolvimento de *guidelines* que visem o incremento da adesão da pessoa com hipertensão. Seria igualmente pertinente a realização de outros estudos que permitissem identificar, em domínios específicos, as necessidades e crenças das pessoas com HTA, com o objetivo do melhor controlo sobre a sua doença e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Implicações para a prática

A realização desta revisão da literatura permite a evolução do conhecimento, uma vez que fomenta a prática baseada na evidência científica e promove o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade, centrados na pessoa com hipertensão arterial, com vista à redução do risco de complicações.

Referências

Alhalaiqa, F., Deane, K., Nawafleh, A., Clark, A., & Gray, R. (2012). Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: A randomised controlled trial. *Journal of Human Hypertension*, 26(2), 117–126. Retrieved from <http://doi.org/10.1038/jhh.2010.133>

Amado Guirado, Ester, Pujol Ribera, Enriqueta, Pacheco Huergo, Valeria, & Borrás, Josep M. (2011). Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 62-67. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.015>

Awad, E., Gwaied, B., Fouda, L., & Essa, H. (2015). Compliance of Hypertensive Patients with Treatment Regimen and Its Effect on Their Quality of Life. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 4(2), 26–36. Retrieved from <http://doi.org/10.9790/1959-04212636>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. S. Paulo: Edições 70.

Barreto, S., & Marcon, S. S. (2014). Participação familiar no tratamento da Hipertensão Arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto - Enfermagem*, 23(1), 38–46. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf

Cabral, M., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa.

Cavalari, E., Nogueira, M. S., Fava, S. M. C. L., Cesarino, C. B., & Martin, J. F. V. (2012). Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem*, 20(1), 67–72. Retrieved from <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, série II (número 1). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Costa, E. (2012). *Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Hipertensão Arterial*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Dissertação de Mestrado.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Dissertação%20de%20Mestrado.pdf)

Costa, Y. F., Araújo, O. C., Almeida, L. B. M., & Viegas, S. M. F. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistémica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo Da Saúde*, 38(4), 473–481. Retrieved from <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>

Demoner, M. S., Ramos, E. R., & Pereira, E. R. (2012). Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe1), 27–34. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800005>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

Ferreira, R., Graça, L., & Calvinho, M. de L. S. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, (IV)8, 7–15. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15070>

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://doi.org/10.1590/1982-0194201500064>

IPAQ. (2002). IPAQ long last 7 days self-administered format for use with young and middle-aged adults (15-69 years). Retrieved from http://www.sdp.univ.fvg.it/sites/default/files/IPAQ_English_self-admin_long.pdf

Kessler, C., & Joudeh, Y. (2010). Evaluation and Treatment of Severe Asymptomatic Hypertension Severe Asymptomatic Hypertension. *American Family Physician*, 81(4). Retrieved from www.aafp.org/afpwww.aafp.org/afp

Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research from a variety of fields. *HTA Initiative*, 13(February). Retrieved from <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/103140675.html%5Cnpapers3://publication/uid/C9499D35-AE13-428E-960B-68727C1B1833>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758–64.

Moreira, T., Gomes, E., & Santos, J. (2010). Cardiovascular risk factors in young adults with arterial hypertension and/or diabetes mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 662–669. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>

Moura, A., Godoy, S., Cesarino, C., & Mendes, I. (2016). Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. *Enfermería Global*, 15(43), 1-13. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es&tlng=es

Nascimento, A., Alves, A., Almeida, A., & 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 <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1963/759>

Oliveira, T. L., Miranda, L., Fernandes, P., & Caldeira, A. P. (2013). Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 179–184. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0103-21002013000200012&%5Cnlng=en&%5Cnrm=iso&%5Cntlng=pt%5Cntlng=en

Organização Mundial da Saúde. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.

Organização Mundial da Saúde. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Retrieved February 20, 2016, Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid

Organização Mundial da Saúde. (2013). A global brief on HYPERTENSION. World Health Day 2013. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/79059>

Pinto, A. P. P., & José, H. (2012). Hypertension and adherence to the therapeutic regimen in primary health care. *Journal of Nursing*, 6(7). <http://doi.org/10.5205/reuol.2255-18586-1-LE.0607201217>

Pinto, S., & Schub, T. (2016). Patient Adherence to Medical Treatment: the Effect of Social Support. *Cinahl*, 19–21.

Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58–65. Retrieved from <http://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>

Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise - Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Raymundo, A., & Pierin, A. (2014). Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crónicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 811–819. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500006>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Nursing Management of Hypertension. (Registered Nurses' Association of Ontario, Ed.), Nursing best practice guideline. Ontário. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf
[BPG.pdf](#)

Reiners, A. A. O., Seabra, F. M. F., Azevedo, R. C. D. S., Sudré, M. R. S., & Duarte, S. J. H. (2012). Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 11(3), 581–587. Retrieved from <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.16511>

Rojas Marin, M. Z., & Morales B, S. Y. (2014). Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Revista Colombiana de Enfermería*, (9)9, 133–141. Retrieved from http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/016-articulo14.pdf

Santos, J. C., Florêncio, R. S., Oliveira, C. J., & 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://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4616/1/2012_art_cjoliveira.pdf

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

The Joanna Briggs Institute. (2011). Reviewers' Manual. *Journal of Chemical Information and Modeling* (2011th ed., Vol. 53). Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Retrieved from <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Zurera Delgado, I., Caballero Villarraso, M. T., & Ruiz García, M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 251-260. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000400003>

APÊNDICE IV – Desdobráveis informativos sobre HTA

Classificação da hipertensão

Classificação mmHg	Pressão arterial sistólica (máxima)	Pressão arterial-diastólica (mínima)
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensão Grau 1	140 – 159	90 - 100
Hipertensão Grau 2	160-179	100-109
Hipertensão Grau 3	>180	>110



Carmona, J. P., Polónia, J., & Martins, L. (2009).

Hipertensão arterial: o que todos precisamos de saber. Lousã: Lidel.

Carraguetta, M. (2010). Como ter um coração saudável (1ª ed.). Lisboa: Âncora editora

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação (Norma No. 020/2011). Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/i018827.pdf

Nazaré, J., & Nogueira, J. B. (2012). Hipertensão arterial: noções práticas de clínica e terapêutica. (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Ed.). Coimbra.

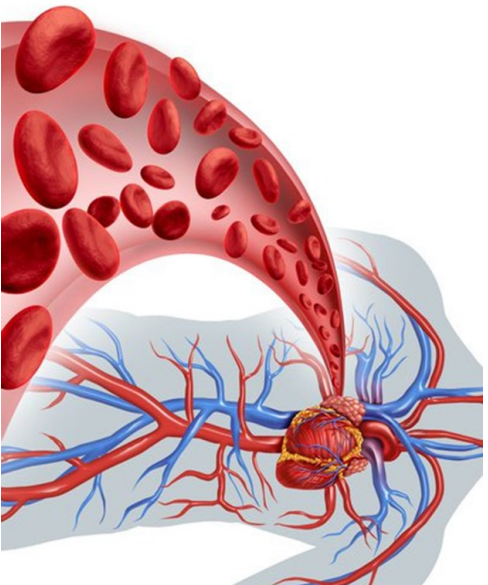
Rita Rosado

Diana Tavares



HIPERTENSÃO



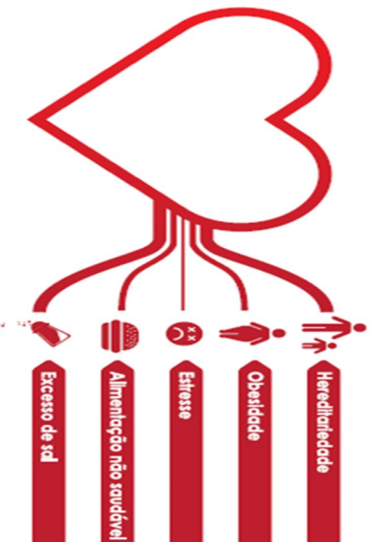


O que é a Hipertensão?

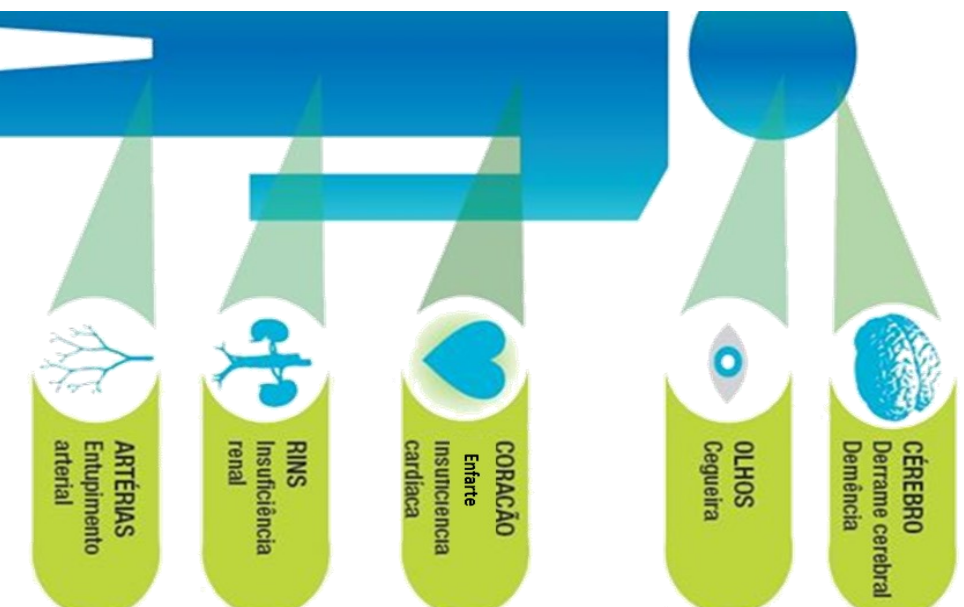
A hipertensão arterial é o problema de Saúde Pública mais importante em Portugal, sendo responsável pelo elevado número de **mortes e complicações cardiovasculares!**

Define-se como toda a agressão vascular provocada pelo aumento da pressão sanguínea intravascular.

Podendo possuir como causa:



Complicações da Hipertensão!



Reconhece-se que a adoção de um **estilo de vida saudável** pode prevenir o aparecimento de hipertensão ou de complicações associadas a esta!

Deve prevenir!

- 1- Acompanhamento clínico**
A pressão arterial de cada indivíduo varia de momento a momento, em resposta às diferentes atividades e emoções. Torna-se necessário que não falte às suas consultas de vigilância.
- 2- Exercício físico**
Através de uma prática física regular pode reduzir a pressão arterial (marcha, corrida, natação, dança).
Em casos de hipertensão não controlada evitar esforços intensos (levantar pesos), pois pode aumentar excessivamente a pressão arterial!
Consulte sempre o médico e/ou enfermeiro.
- 3 - Redução do Sal**
A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial.
- 4 - Alimentação equilibrada**
A redução do consumo de álcool pode baixar a pressão arterial. Alimentos ricos em potássio também possuem esta capacidade (ex: banana)
- Mantenha uma alimentação variada!**
- 5 - Controlo de peso**
Uma das principais complicações da obesidade é a nível cardiovascular, incluindo então a Hipertensão arterial!
- 6 - Medicção (se prescrito!)**
Diversos ensaios clínicos mostram que o tratamento farmacológico é verdadeiramente eficaz no controlo da hipertensão e redução das suas complicações.

A importância da alimentação

É muito importante a elaboração de um plano alimentar individualizado, tendo em consideração os hábitos alimentares, as necessidades nutricionais, o estado fisiológico, a atividade física, o regime terapêutico e a condição socioeconómica de cada pessoa.

Este plano é apenas orientador!

Malachias, M. (2010). Tratamento Não Medicamentoso e Abordagem Multiprofissional. J Bras Nefrol, 32(supl1), 22-28. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a07.pdf>

National Institutes of Health. (2006). Your Guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH. (NHLBI Health Information Center, Ed.). Minnesota. Retrieved from https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf

Receita de Sal de ervas

- 1 colher (sopa) de alecrim
- 1 colher (sopa) de salsa
- 1 colher (sopa) de manjeriço
- 1 colher (sopa) de orégãos
- 1/2 chávena (chá) de sal

Adicione todos os ingredientes no liquidificador até que fiquem bem misturados.

Conserve em um recipiente de vidro tampado até durante 20 dias.



O plano alimentar na hipertensão tem como principal objetivo ajudar no controlo da doença.

Diana Tavares

HIPERTENSÃO

como a alimentação pode ajudar



Pequeno-almoço

- 1 copo de leite ou 1 iogurte
- 1 pão de mistura ou meia tijela de cereais
- 1 fatia de queijo
- 1 peça de fruta



Almoço e Jantar

- Sopa
- Prato principal com 100 g de carne ou peixe ou ovo
- 1 fruta



Exemplos

- 1 copo de leite ou 1 iogurte
- 1 pão de mistura ou meia tijela cereais
- 1 fatia de fiambre
- 50 g frutos secos



Lanche e Ceia

APÊNDICE V – Plano e apresentação da sessão de educação para a Saúde



Plano de Sessão				
DATA: 27 de Maio de 2017				
PÚBLICO-ALVO: Utentes da USF Salinas				
OBJETIVO GERAL				
Sensibilizar para a necessidade da prevenção do aparecimento da hipertensão arterial e/ou das suas complicações.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS				
<ul style="list-style-type: none"> - Compreender em que consiste a hipertensão arterial e qual a sua classificação através dos valores de pressão arterial; - Sensibilizar para as diferentes causas e complicações inerentes à hipertensão arterial a nível dos diferentes órgãos vitais; <ul style="list-style-type: none"> - Inculcar a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, como método de prevenção. 				
Conteúdos Programáticos	Tempo	Métodos	Recursos	Documentação de apoio
<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão arterial - Classificação da hipertensão arterial - Complicações da Hipertensão arterial - Prevenção da hipertensão arterial e tratamento Conclusão Referências bibliográficas	20 minutos	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Videoprojector • Tela • Computador 	<ul style="list-style-type: none"> • Referências • Bibliografia
2				



Hipertensão arterial



<http://www.lazerecultura.com.br/images/artigo/ImagemUrl/1d378c49-998b-495c-bfa9-0cf872911711.jpg>

3



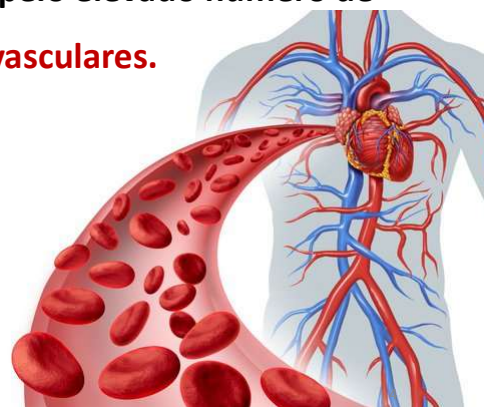
HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é o problema de Saúde Pública mais importante em Portugal, sendo responsável pelo elevado numero de **mortes e complicações cardiovasculares.**

(Carragueta, 2010)



<http://www.movenoticias.com/wp-content/uploads/2016/05/hipertensao-blog.jpg>



<https://mejorconsalud.com/wp-content/uploads/2016/01/Venas-500x399.jpg>

Classificação da Pressão Arterial



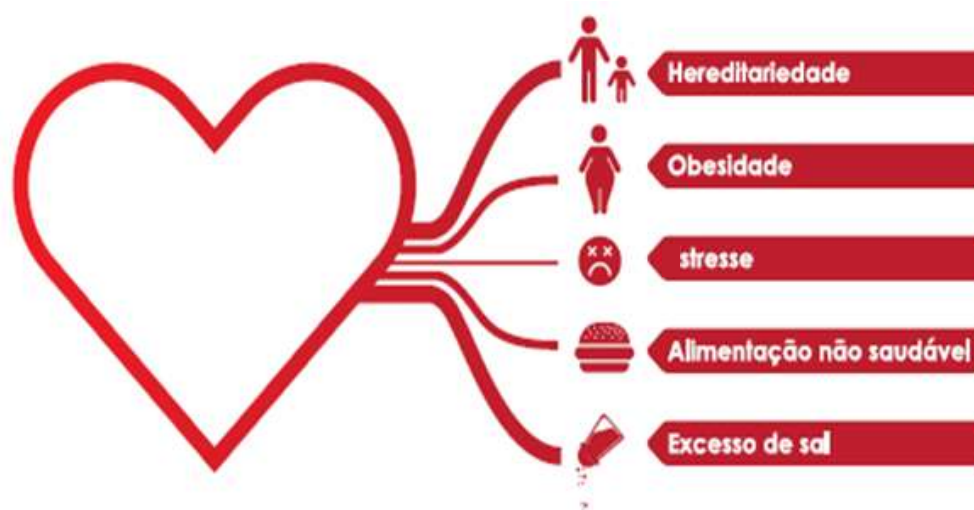
Classificação	Pressão arterial sistólica (máxima) mmHg	Pressão arterial diastólica (mínima) mmHg
Ótima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensão Grau 1	140 – 159	90 - 100
Hipertensão Grau 2	160-179	100-109
Hipertensão Grau 3	>180	>110



(DGS, 2011)

5

Causas da Hipertensão



<https://cialeveblog.files.wordpress.com/2015/10/causas-da-hipertens3a3o.png?w=636>

6

Complicações da Hipertensão

A hipertensão é toda a agressão vascular provocada pelo aumento da pressão sanguínea intravascular. (Nazaré e Nogueira, 2012)

Reconhece-se que a adoção de um **estilo de vida saudável** pode prevenir o aparecimento de hipertensão ou de complicações associadas a esta!

(Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2012)

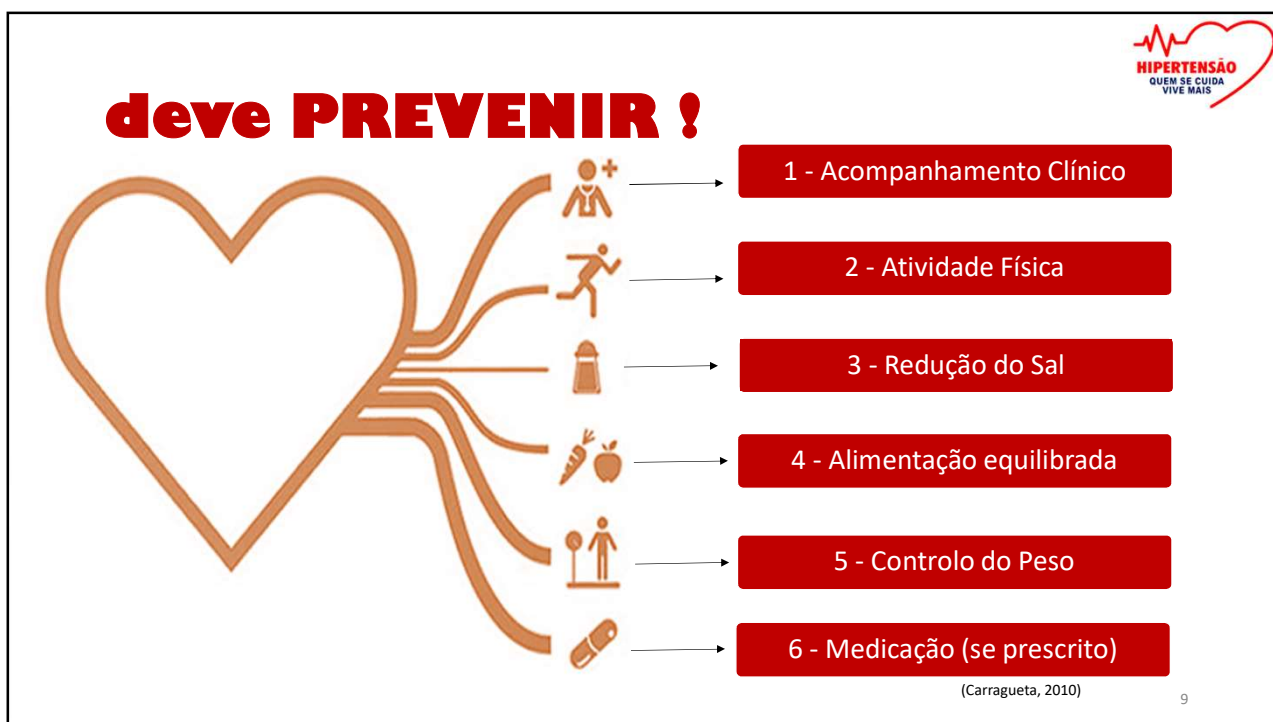
<http://indiaipaperd.com.br/blog/wp-content/uploads/2015/04/hipertensao%203%20.jpg>

<http://11.wp.com/recreioabril.com/wp-content/uploads/0>

Em síntese...

HIPERTENSÃO
QUEM SE CUIDA
VIVE MAIS

8



1 - Acompanhamento Clínico

A pressão arterial de cada individuo varia de momento a momento, em resposta às diferentes atividades e emoções.

Torna-se necessário que não falte às suas consultas de vigilância, para que o diagnóstico de hipertensão e a sua terapêutica possam estabelecidos com segurança.

(Carragueta, 2010)

<http://www.eldermedeiros.com/wp-content/uploads/2017/04/exames.jpg>



2 - Exercício físico

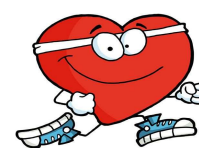


Através de uma prática física regular pode reduzir-se a tensão arterial.

(marcha, corrida, natação, dança).



<http://jornal.ciprfile/2015/07/idosos-desporto.jpg>



Em casos de hipertensão não controlada evitar esforços intensos (levantar pesos), pois pode aumentar excessivamente a pressão arterial! Consulte sempre o médico e/ou enfermeiro.

(Carragueta, 2010)



3 - Redução do Sal



A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial. Não adicione sal ou reduza a sua quantidade, evitando ainda não ingerir

salgados e processados. (Carragueta, 2010)



12

<http://saberviver.sapo.pt/wp-content/uploads/2015/12/desnat11024x576-720x405.jpg>



4 - Alimentação equilibrada

A redução do consumo de álcool pode baixar a pressão arterial. Alimentos ricos em potássio também possuem esta capacidade (ex: banana)

Mantenha uma alimentação variada!



(Nazaré e Nogueira, 2012)

13

http://3.bp.blogspot.com/_gemY7Bh_qwY/TAe3o0vWwvI/AAAAAAAAA00/12zHt051W/41600/roda-de-alimentos.jpg



5 - Controlo de Peso

Uma das principais complicações da obesidade podem ser cardiovasculares, incluindo então a Hipertensão arterial!



(Carragueta, 2010)



<http://8h.tbn-mucana.com/wp-content/uploads/2015/04/Obesidade-m%C3%83rbrida.jpg>

http://www.culturaalternativa.com.br/media/k2/items/cache/3a87681a8365cb10ceb54d7831ccad1f_XL.jpg
<http://www.snaxsmat.com/wp-content/uploads/2013/12/hea.jpg>
<http://cdn3.comeceamagrecer.com.br/wp-content/uploads/2013/09/balanza.jpg>

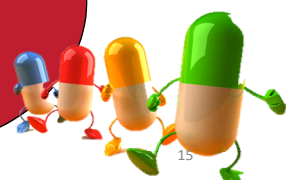
14


6 - Medicação (Se prescrito!)

Diversos ensaios clínicos mostram que o tratamento farmacológico é verdadeiramente eficaz no controlo da hipertensão e redução das suas complicações.

<p>Reduz cerca de 50% o risco de Insuficiência Cardíaca</p>	<p>Reduz cerca de 40% o risco de acidentes vasculares cerebrais (AVC's)</p>	<p>Reduz cerca de 20% a 25% dos enfartes do miocárdio</p>
---	---	---



(Carragueta, 2010)



Conclusão..

16

<http://www.dccvads.pt/ustiponte/content/dccvads/ro07/bomiss/>



CONCLUSÃO

- Reconhecimento da importância das medidas de prevenção;
- Importância na **redução da incidência da doença na população.**
- A estratégia de prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares deverá ser baseada na **adoção dos estilos de vida saudáveis, evitando os comportamentos de risco.**

(Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2012)

17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Carragueta, M. (2010). *Como ter um coração saudável* (1ª ed.). Lisboa: Âncora editora
- DGS (2011). *Norma nº020/2011 de 10 de Março: hipertensão arterial: definição e classificação*. Acedido a 5 de Maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>.
- DGS (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas*. Acedido a 5 de Maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-doencas-cerebro-cardiovasculares-pdf.aspx>.
- DGS (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular do Adulto*. Acedido a 5 de Maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto-pdf.aspx>.
- DGS (2015). *Norma nº010/2015, de 21 de Dezembro: Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto*. Acedido a 5 de Maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0102015-de-21122015-pdf.aspx>.
- Lépori, L. (2011). *Obesidade – miniatlas*. Letbar Associados S.A 1ª ed.
- Nazaré, J.; Nogueira, B. (2012). *Hipertensão arterial – Noções Práticas de Clínica e Terapêutica*. Coimbra: Novartis.
- OE (2006). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Acedido a 5 de Maio de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.
- USF Serra da Lousã (2016) *Plano de Ação 2016 USF Serra da Lousã*. Administração Regional de Saúde – ACES PIN
- USF Salinas (2014). *Plano de ação 2014 – 2016 USF Salinas*. Administração Regional de Saúde do Centro – Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga

18



Obrigado pela vossa atenção!



https://farm8.staticflickr.com/7725/17072235497_180eaff4ec.jpg

19

APÊNDICE VI – Procedimento sobre o Processo Assistencial Integrado (PAI) de Risco Cardiovascular (RCV) no adulto

1. Objetivo

Os PAI são uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas, quer dos cidadãos quer dos profissionais de saúde. Os principais objetivos dos PAIs são explicar como fazer e como da forma mais correta.

2. Âmbito

A versão portuguesa do PAI do Risco Vascular no Adulto foi adaptada e atualizada em cooperação ativa com a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, sociedades científicas e Direção do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares, tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica.

3. Definições

A versão portuguesa do PAI do Risco Cardiovascular no Adulto (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014) foi adaptada e atualizada em cooperação ativa com a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, sociedades científicas e Direção do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016), tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica.

As doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) constituem, no mundo atual, um problema endémico e já não são apenas exclusivas dos países desenvolvidos. Cerca de um terço de todas as mortes que ocorrem nestes países são causadas por DCCV, proporção semelhante à que já ocorre nos países em vias de

desenvolvimento. Os dados atuais sobre a morbilidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração (DIC) e do acidente vascular cerebral (AVC). Apesar desta realidade, principalmente nos países ocidentais, as DCCV continuam a ser das primeiras causas de morte e doença em todo o mundo. As tendências decrescentes descritas em anos anteriores mantem toda a atualidade, não havendo qualquer alteração relevante da posição das doenças do aparelho circulatório, como principal causa de morte. Salientamos que pela primeira vez representaram um valor inferior a 30%, cumprindo-se desta forma uma das metas definidas para este Programa Nacional.

4. Referências

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013a). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial* (Norma No. 026/2011).

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013b). *Hipertensão Arterial: definição e classificação* (Norma No. 020/2011). Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/i018827.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2014). *Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto* (1.^a). Lisboa.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

5. Responsabilidades

Elaborado por Ana Morais e Diana Tavares

Responsáveis pelo cumprimento: Equipa de Saúde da USF Salinas

6. Descrição

Processo de prestação de cuidados de saúde à pessoa adulta com risco vascular (RV). Conjunto de atividades através das quais se identifica na pessoa adulta a presença ou não de fator de risco vascular (FRV) e/ou doença vascular conhecida, se avalia o risco cardiovascular (RCV) global e em função do qual se programa e planifica, com a pessoa e/ou cuidador as atividades preventivas, o acompanhamento terapêutico, de monitorização e de cuidados de saúde. A descrição geral tem como base o **circuito da pessoa adulta com risco vascular** nos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

a. Critérios de exclusão:

- Idade inferior a 18 anos;
- Acidente vascular cerebral (ver PAI respetivo);
- Diabetes mellitus (ver PAI respetivo);
- Pré-obesidade (ver PAI respetivo) e obesidade (ver Normas Clínicas e Orientações específicas);
- Gravidez (ver Normas Clínicas e Orientações específicas);
- Cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, doença cardíaca intervencionada, doença cérebro-cardiovascular e arteriopatia periférica

b. Inclui os seguintes componentes:

- Atendimento e inscrição na consulta
- Anamnese sobre a presença de fatores de risco vascular
- Quantificação de fatores de risco
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)
- Consulta de Medicina Geral e Familiar
- Avaliação e estratificação do RCV
- Intervenção básica sobre o estilo de vida
- Intervenção específica sobre o estilo de vida: Tabagismo
- Intervenção específica sobre o estilo de vida: Alcoolismo

- Hipertensão Arterial: diagnóstico, classificação e periodicidade de seguimento
- Hipertensão Arterial: estratificação do risco absoluto associado e terapêutica adequada
- Dislipidemia: diagnóstico, terapêutica e periodicidade de seguimento
- Diabetes Mellitus
- Obesidade e Pré-obesidade
- Contraceção: critérios de elegibilidade
- Outras intervenções terapêuticas: anti agregação
- Critérios clínicos para referenciação hospitalar
- Critérios de referenciação aos CCI
- Seguimento da pessoa com RV

Neste processo assistencial integrado incorporam-se apenas competências específicas, técnicas ou funcionais, relacionadas com fatores críticos de sucesso e indispensáveis para garantir o desenvolvimento e implementação do mesmo.

- **Informação ao Cidadão**

O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa com RV (incluindo o familiar/cuidador), permitindo-lhe que exerça os seus direitos

- **Educação para a Saúde, aconselhamento e medidas de prevenção**

O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, a avaliação do RV e medidas preventivas, no sentido de se promover a saúde e a prevenção do desenvolvimento de DCCV

- **Comunicação/ entrevista/ consulta clínica**

O profissional de saúde assegura a comunicação mais eficaz com cada pessoa com RV, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional

- **Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica**

O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade

- **Continuidade assistencial**

O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com RV no cumprimento deste PAI

A hipertensão arterial define-se como a elevação persistente da pressão arterial acima de 140mmHg de PA Sistólica e/ou 90mmHg de PA Diastólica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013a, 2013b). Os valores limite de PA que permite a sua definição variam de acordo com o tipo de medição realizada.

Tipo de medição	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
24 Horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
Dia	≥ 135	e/ou	≥ 85
Noite	≥ 120	e/ou	≥ 70
Domicílio	≥ 135	e/ou	≥ 85

Urgência hipertensiva – na grande maioria dos doentes com HTA severa e sem sinais de atingimento dos órgãos alvo, a PA deve ser reduzida de forma gradual por um período de 24 a 48 horas e com terapêutica oral, seguida de vigilância ambulatoria.

Não há vantagem na descida rápida da PA, esta até pode ser prejudicial.

ATENÇÃO:

- A utilização de nifedipina sublingual leva a uma descida de PA não previsível nem controlável, pelo que está contraindicada;
- Também não se recomenda a utilização de captopril sublingual.
- Não deve ser repetida a dose de captopril num curto espaço de tempo (menos de 2 horas).
- Poderá ser preferível usar um medicamento de outro grupo farmacológico e mesmo, quando se justifica e for adequado utilizar-se, um sedativo.

No quadro seguinte listam-se os medicamentos recomendados e de uso mais habitual.

Fármaco	Dose	Pico de ação	Semivida	Efeitos adversos
Captopril	12,5 -25 mg	15-60 min	1,9 h	Falência renal na estenose da artéria renal
Labetalol	200-400 mg	20-120 min	2,5-8 h	Broncoespasmo depressão miocárdica
Furosemida	20-40 mg	1-2 h	0,5-1 h	Depleção volume
Amlodipina	5-10 mg	1-6 h	30-50 h	Cefaleia, taquicardia, flushing

APÊNDICE VII – Guião de Apoio à Consulta de Hipertensão pelo Enfermeiro de Família

Guião de Apoio à Consulta de Hipertensão pelo Enfermeiro de Família



Fundamentação

A hipertensão arterial (HTA), conhecida popularmente como tensão alta é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, tendo múltiplas causas, como a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o stress, o tabaco, entre outras causas. A sua incidência aumenta com a idade, mas também ocorre entre a população jovem.

A consulta de vigilância é multiprofissional (médico e enfermeiro de família) e é agendada pela equipa de saúde ou pelo utente. De acordo com as orientações da Direção-Geral de Saúde (2013), a periodicidade recomendada destas consultas é de 6 em 6 meses, porém é variável de acordo a necessidade de cada utente ou família.

A adoção de um estilo de vida saudável proporciona geralmente uma descida significativa da pressão arterial, que pode ser suficiente para baixar até valores tensionais normais.

Cabe ao enfermeiro de família promover um ambiente tranquilo e confortável respeitando a privacidade do utente e família, fornecendo orientações sobre:

- a doença e envelhecimento;
- medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos colaterais);
- alimentação e, se necessário, solicitar a colaboração da nutricionista para plano alimentar;
- controle de hábitos de vida não saudáveis (tabaco, stress, bebidas alcoólicas e sedentarismo);
- perceção de presença de complicações;

População Alvo

Esta consulta destina-se aos utentes com Hipertensão Arterial diagnosticada.

Objetivos

Vigiar, aconselhar e educar o doente com Hipertensão Arterial, seus familiares e outros cuidadores;

- Promover a autovigilância;
- Promover a gestão e adesão ao regime terapêutico;
- Apoiar o desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença;
- Identificar fatores de risco cardiovascular
- Intervir sobre os fatores que condicionam a adesão e são sensíveis à atuação do enfermeiro;

- Referenciar, sempre que necessário, com acompanhamento da situação e continuidade de cuidados.
- Estimular a prática de atividades físicas de acordo com a limitação de cada cliente;
- Estimular a participação da família;
- Estimular a participação em grupos disponíveis dentro e fora da Unidade.

Temáticas de abordagem na Consulta

- Prevenção e Gestão da Doença
- Estilos de Vida Saudável
- Hábitos Alcoólicos / Tabágicos
- Hábitos Alimentares
- Hábitos de Eliminação
- Hábitos de Higiene
- Hábitos de Sono e Repouso
- Importância da consulta periódica
- Importância da prática de exercício físico
- Importância da realização de meios complementares de diagnóstico médico
- Importância da gestão adequada da medicação

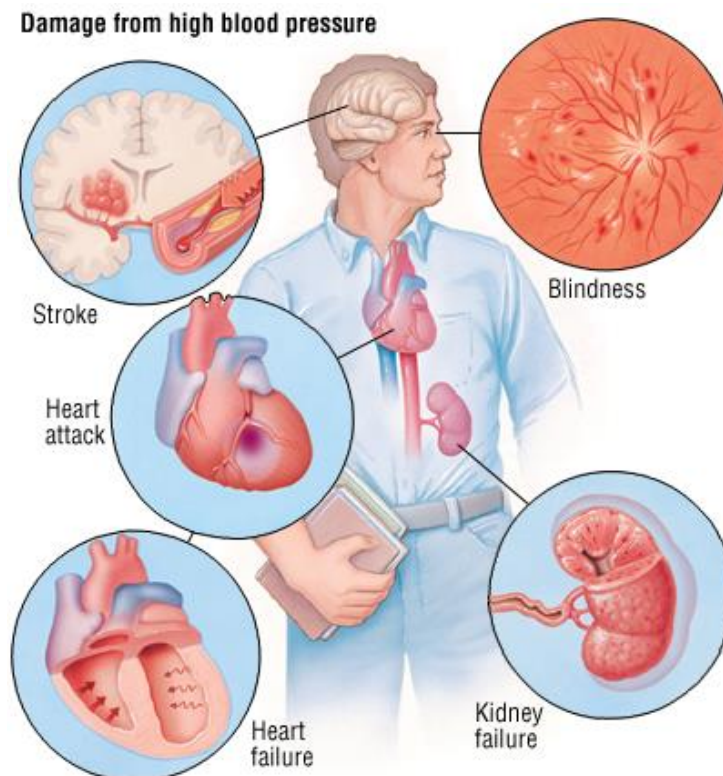
Complicações tardias da HTA

- **Sistema Cardiovascular:**
 - Angina de peito,
 - Enfarte Agudo do Miocárdio,
 - Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - Acidentes Vasculares Cerebrais.
- **Sistema Renal:**
 - espessamento dos vasos renais a perfusão diminui,
 - o glomérulo é privado do abastecimento sanguíneo,
 - insuficiência renal.
- **Membros Inferiores:**
 - claudicação intermitente
 - gangrena
 - amputação;

- **Olhos:**
 - microenfartes na retina
 - microhemorragias na retina
 - cegueira.

Figura 1- Complicações da Hipertensão Arterial

<https://www.drugs.com/health-guide/high-blood-pressure-hypertension.html>



DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO

O estabelecimento de critérios de diagnóstico permite ajuizar sobre cada uma das áreas de atenção, face à informação obtida e discutida com a família, considerando a tomada de decisão relativa a cada uma das suas dimensões, e à globalidade das mesmas no contexto da avaliação familiar (Figueiredo, 2012).

O julgamento clínico do enfermeiro sobre as áreas de atenção familiares deve enfatizar a multidimensionalidade do sistema familiar e, simultaneamente a sua singularidade, fazendo emergir não apenas as necessidades, mas também as suas forças, como recursos essenciais para a capacitação funcional da família.

A identificação colaborativa das necessidades da família e, a subsequente enunciação dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar. Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percecionada como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano (Figueiredo, 2012).

Desenvolveu-se uma análise às parametrizações nacionais ativas no Sclínico (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2017) em agosto de 2017, dos Sistemas de Informação de Enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem identificados e especificados traduzem as necessidades específicas da pessoa hipertensa, os quais se centram na potencialidade para melhorar o conhecimento sobre o regime terapêutico, o comportamento de adesão e de procura de saúde, o regime de exercício, dietético e farmacológico, assim como sobre o conhecimento acerca da doença, do tratamento e da autovigilância necessária.

Estes diagnósticos refletem aquelas que são as necessidades da pessoa hipertensa no domínio do conhecimento e da adesão ao regime terapêutico. Faz parte dos manuais de procedimentos das USF a existência destes relativo à consulta de HTA (USF S. João Ovar, 2014). A especificação desta informação contribui para a uniformização dos registos, para a avaliação global do utente hipertenso no seu contexto familiar, favorecendo a extrapolação de evidências e a consistência do conhecimento da disciplina de enfermagem.

Programas de saúde

Grupo de Risco: Hipertensão

Processo de enfermagem e plano de cuidados

No Processo de Enfermagem surgem como Fenómenos Frequentes:

- 1. Hipertensão**
- 2. Gestão do Regime Terapêutico**
- 3. Obesidade**
- 4. Comportamento de Procura de Saúde**
- 5. Comportamento de Adesão**
- 6. Adesão à Vacinação**
- 7. Uso do Tabaco**

De seguida são apresentados, sob a forma de tabelas, diversos diagnósticos que podem levantados às famílias e utentes seguidos na consulta de HTA, com as respetivas intervenções que lhe são propostas.

Tabela 1- Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre hipertensão

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre Hipertensão</u>
Dimensão	Juízo / Status
<p>Conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hipertensão • o processo patológico • fatores desencadeantes • sinais de alteração da PA • sinais alerta da Hipertensão • prevenção de complicações da HTA <p>Aprendizagem de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacidades sobre sinais de hipertensão • capacidades sobre prevenção de hipertensão • estratégias para prevenção da hipertensão arterial 	<p>Demonstrado / Não demonstrado</p>
<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção</p>	<p>Presente / Ausente / Oportunidade de</p>
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar hipertensão • Vigiar sinais de hipertensão • Avaliar conhecimento sobre a HTA • Validar conhecimento sobre HTA • Avaliar conhecimento da família sobre HTA • Elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros • Avaliar a disponibilidade para aprender • Ensinar sobre a doença • Ensinar os sinais e sintomas de complicações • Reforçar crenças na saúde 	

Tabela 2- Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> • hipertensão • complicações da hipertensão • hábitos de vida saudável • fatores desencadeantes 	Demonstrado / Não demonstrado
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> • hábitos alimentares • hábitos de saúde • o processo patológico • regime medicamentoso 	Presente / Ausente / Oportunidade de
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre o processo patológico • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de hipertensão • Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre hipertensão • Motivar o prestador de cuidados para estimular a independência do membro da família dependente • Motivar o prestador de cuidados para promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente • Motivar o prestador de cuidados para promover um padrão de exercício adequado ao membro da família dependente • Motivar o prestador de cuidados para promover a ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente 	

Tabela 3- Diagnóstico: Autovigilância

Grupo de status	<u>Autovigilância</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre <ul style="list-style-type: none"> • vigilância da pressão arterial 	Demonstrado / Não demonstrado
Autovigilância	Adequada / negligente
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre autovigilância • Explicar a relação de autovigilância e complicações • Incentivar autovigilância • Avaliar a resposta à medicação • Avaliar o bem-estar psicológico • Avaliar o cansaço • Promover um ambiente calmo e tranquilo • Ensinar sobre autovigilância da tensão arterial • Instruir autovigilância da tensão arterial • Treinar autovigilância da tensão arterial • Reforçar crenças de saúde • Ensinar sobre a relação entre auto - vigilância e a prevenção de complicações 	

Tabela 4- Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime terapêutico

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime terapêutico</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • o regime terapêutico • gestão do regime terapêutico • cumprimento do regime terapêutico 	Demonstrado / Não demonstrado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar na tomada de decisão • Avaliar a capacidade de gerir o regime terapêutico • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar tomada de decisão • Ensinar a família sobre regime de tratamento • Avaliar a disponibilidade para aprender • Estabelecer prioridades do regime com a família • Reforçar crenças na saúde • Ensinar sobre complicações de gestão regime terapêutico • Proporcionar <i>feedback</i> sobre o atual valor da pressão arterial e os objetivos terapêuticos pretendidos; • Estabelecer estratégias que auxiliem o utente a lembrar-se de tomar os medicamentos; • Informar sobre o seu progresso ou estabelecer objetivos mais realistas em caso de fracasso. 	

Tabela 5 - Diagnóstico: Potencial para melhorar comportamento de adesão

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar comportamento de adesão</u>
Dimensão	Juízo / Status
Comportamento de adesão: <ul style="list-style-type: none"> • regime terapêutico • regime de exercício • regime dietético • regime medicamentoso 	Demonstrado / Não demonstrado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao regime de exercício • Avaliar a adesão ao regime dietético • Avaliar a adesão ao regime medicamentoso • Avaliar conhecimento para promover comportamentos de adesão • Elogiar adesão ao regime terapêutico • Advogar as vantagens da adesão ao regime terapêutico • Assistir a pessoa a identificar razões para a não adesão • Avaliar barreiras à adesão • Reforçar crenças na saúde • Reforçar a confiança na capacidade de aprendizagem • Incentivar relação dinâmica com outros • Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico • Incentivar relação dinâmica com pessoas com adesão ao regime terapêutico • Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão 	

Tabela 6 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre comportamento de procura de saúde

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde</u>
Dimensão	Juízo / Status
<p>Conhecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hábitos de saúde • hábitos de vida saudável • estilos de vida <p>Comportamento de procura de saúde</p>	<p>Demonstrado / Não demonstrado</p>
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamento de procura de saúde • Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde • Avaliar potencial para melhorar o comportamento • Promover adaptação a novos estilos de vida • Ensinar sobre comportamento de procura de saúde • Ensinar sobre recursos da comunidade • Ensinar sobre serviços de saúde • Ensinar sobre rastreio: Retinopatia diabética • Incentivar comportamentos de procura de saúde • Orientar para hábitos de vida saudáveis • Capacidade para detetar/ prevenir complicações • Capacidade para gerir os hábitos de vida • Evitar as situações de tensão. • Estimular a redução de fatores stressantes. 	

Tabela 7 - Diagnóstico: Adesão à Vacinação

Grupo de status	<u>Adesão à Vacinação</u>
Dimensão	Juízo / Status
Comportamento de adesão à vacinação Conhecimento sobre vacinação	Demonstrado / Não demonstrado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a adesão à vacinação • Elogiar adesão à vacinação • Ensinar o encarregado de educação sobre vacinação • Ensinar os pais sobre adesão à vacinação • Ensinar os pais sobre resposta à vacinação • Ensinar sobre vacinação • Incentivar adesão à vacinação • Informar sobre complicações da não adesão à vacinação • Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta / reação à vacina 	

O padrão dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), publicado pela primeira vez em 1997, constituiu uma abordagem dietética importante no controlo não farmacológico da HTA. Este traduz uma dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH (fig. 2) potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também fatores de risco cardiovascular (Malachias, 2010).

- Escolher alimentos que possuam pouca gordura saturada, colesterol e gordura total.
- Por exemplo, carne magra, aves e peixes, utilizando-os em pequena quantidade.
- Comer muitas frutas e hortaliças, aproximadamente de oito a dez porções por dia.

- Incluir duas ou três porções de laticínios magros ou meios-gordos, por dia. Preferir os alimentos integrais, como pão, cereais e massas integrais ou de trigo integral.
- Comer leguminosas, sementes e grãos, de quatro a cinco porções por semana. Reduzir a adição de gorduras. Utilizar margarina light e óleos vegetais insaturados, como o azeite.
- Evitar a adição de sal aos alimentos. Evitar também molhos e caldos prontos, além de produtos industrializados.
- Diminuir ou evitar o consumo de doces e bebidas com açúcar.

Figura 2 - Pirâmide da dieta DASH (“Sociedade Portuguesa de Hipertensão,” 2017)



As evidências disponíveis sugerem que modificações no estilo de vida, incluindo a adoção de uma dieta tipo DASH, são estratégias eficientes na redução de eventos cardiovasculares. Assim, a dieta DASH parece ser uma estratégia não medicamentosa significativa, de baixo custo e sem efeitos colaterais, para a prevenção das complicações da HTA (Piper et al., 2012).

Tabela 8 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos alimentares

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos alimentares</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • alimentação • hábitos alimentares adequados • nutrição • regime alimentar Capacidade para gerir o regime dietético	Demonstrado / Não demonstrado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a alimentação do utente • Avaliar a capacidade para gerir regime dietético. • Ensinar o utente sobre hábitos alimentares • Ensinar o utente sobre a finalidade do plano alimentar • Informar sobre alimentos permitidos e a evitar • Ensinar o utente sobre a importância da hidratação oral • Educar sobre hábitos alimentares • Reduzir o consumo de sal. • Reduzir a ingestão de alimentos ricos em gordura e realizar controlo periódico dos níveis de colesterol e triglicéridos. 	

A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial em grande número dos hipertensos. Esta redução pode ser efetuada, não adicionando sal ou reduzindo gradualmente a sua quantidade, quer durante a confeção dos alimentos, quer à mesa, evitando ainda ingerir alimentos salgados.

O enfermeiro, em conjunto com outros profissionais, deve apoiar o utente e família, na adoção e manutenção do limite de sódio. Para muitos utentes, um plano, onde a ingesta de sal seja reduzida gradualmente, pode ser realista e exequível. Portanto, sugere-se:

- a) evitar o uso do saleiro de mesa.
- b) reduzir o sal utilizado no preparo dos alimentos.

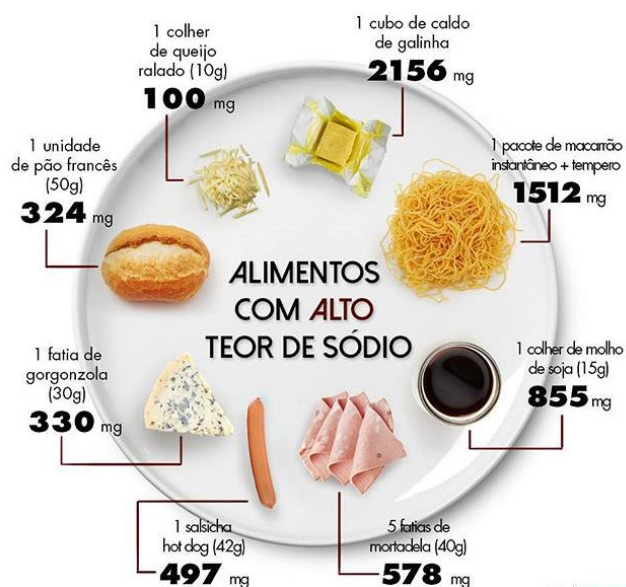
- c) evitar alimentos salgados
- d) evitar o uso abusivo de adoçantes artificiais que contém sódio.
- e) observar que certos medicamentos possuem sódio, tais como: antiácidos, antitússicos, laxantes e analgésicos.

EXEMPLOS DE ALIMENTOS RICOS EM SÓDIO:

Mostarda, enlatados, bacon, manteiga, azeitona, Ketchup, queijo, presunto, amendoins salgados, linguiça, margarina com sal, batatas fritas e bacalhau.

Figura 3 - Alimentos mais ricos em sódio

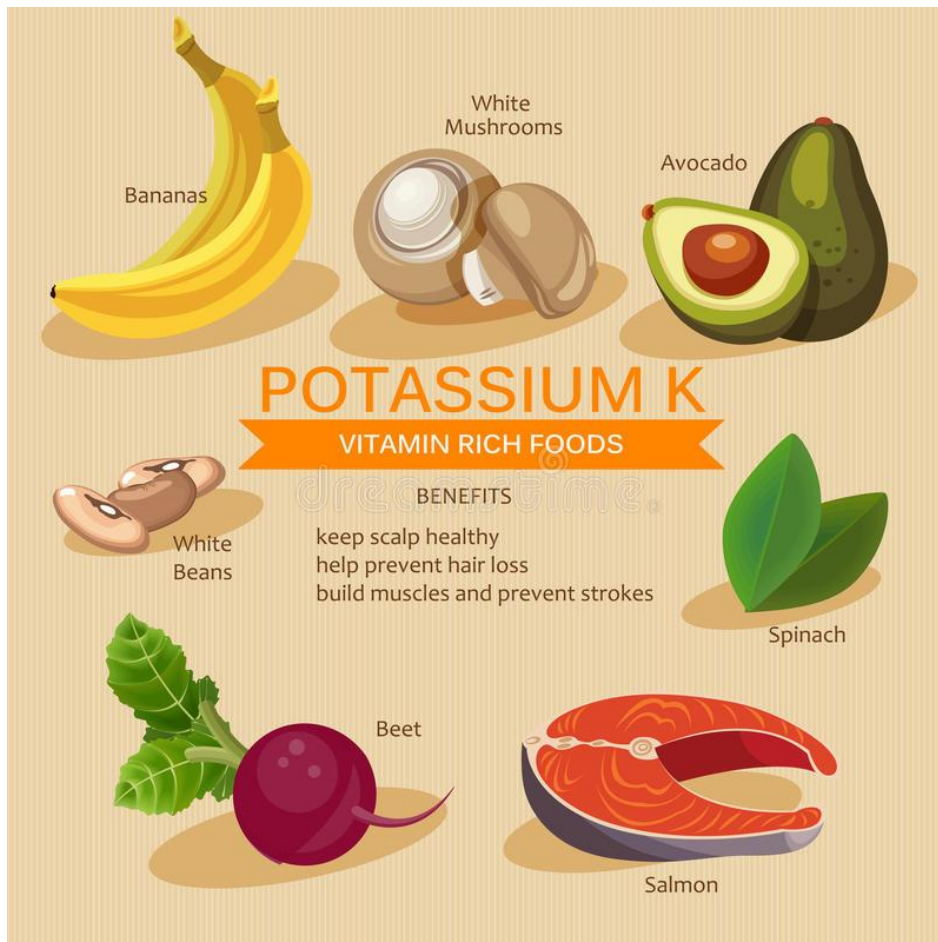
<http://www.electrolisisterapeutica.com/pt-pt/conheca-o-excesso-de-sal-que-e-ocultado-nos-alimentos/>



O potássio é um eletrólito que contribui na redução da pressão arterial.

Figura 4 - Alimentos mais ricos em potássio

<https://www.dreamstime.com/stock-illustration-potassium-foods-vitamins-minerals-foods-illustrator-vector-set-vitamin-rich-foods-groups-healthy-fruit-vegetables-meat-fish-image65188938>



O utente ser orientado quanto a:

a) reconhecer os sintomas sugestivos de deficiência potássica, a saber: câibras, astenia, náuseas, perda do apetite e insónia.

b) contactar o médico ou o enfermeiro, caso sinta um destes sintomas.

c) adicionar à dieta alimentos ricos em potássio (caso não esteja a tomar espironolactona), tais como: bananas, laranja, tomate, feijão e vegetais ricos em fibras.

A relação entre obesidade e hipertensão é grande, por isso torna-se imperioso um programa de redução do peso. O enfermeiro deve incentivar o utente na adoção e manutenção de um programa de controle do peso, sobretudo:

- aumentar a ingestão de hortaliças, frutas e legumes crus, de preferência
- evitar o uso de açúcar, refrigerantes e doces
- evitar fritos, carne e leite gordos
- reduzir o consumo de ovos.

Tabela 9 - Diagnóstico: Obesidade

Grupo de status	<u>Obesidade</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • obesidade • cuidados na obesidade 	Demonstrado / Não demonstrado
Potencial para melhorar o conhecimento sobre obesidade	Presente / Ausente / Oportunidade de
Obesidade	Presente / Ausente
Intervenções	
Orientar para serviços de saúde <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a alimentação do utente • Avaliar conhecimento sobre obesidade • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento • Monitorizar o IMC • Educar sobre hábitos alimentares • Ensinar sobre complicações do excesso de peso • Planear a dieta • Promover a adaptação a novos estilos de vida • Referir obesidade ao serviço de nutrição • Educar sobre hábitos alimentares • Ensinar o utente sobre a finalidade do plano alimentar • Informar sobre alimentos permitidos e a evitar 	

Tabela 10 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • exercício físico • hábitos de exercício adequado • autocuidado na atividade física Capacidade para gerir o regime dietético	Presente/ Ausente / Oportunidade de
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade para gerir o exercício físico • Encorajar tomada de decisão sobre comportamento de saúde • Instruir a executar exercícios • Avaliar os hábitos de exercício do utente • Ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício • Ensinar sobre a importância para realização de exercício físico • Orientar para as atividades adequadas • Educar sobre hábitos de exercício • Incentivar tomada de decisão • Incentivar a atividade física. 	

Através de uma prática física regular pode-se reduzir significativamente a pressão arterial. O exercício físico escolhido deve incluir movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança e exercícios aeróbicos). Os hipertensos devem evitar esforços que aumentam a pressão arterial. Algumas das estratégias para o incentivo ao início de atividade física (Institute for Clinical Systems Improvement, 2014) são:

- Começar por aumentar 10 minutos de atividade, em cada dia:
- Usar as escadas, em vez do elevador.
- Estacionar o carro longe da entrada de casa e andar.
- Fazer caminhadas.

- Monitorizar atividade usando um pedómetro.
- Ser consistente e perseverante.
- Ter atividades alternativas para as intempéries do tempo.
- Procurar atividades que deem prazer.
- Ser ativo no momento do dia em que lhe é mais conveniente.
- Fazer uma atividade física com o parceiro e/ou partilhar os progressos melhora a capacidade de ser bem-sucedido.

Figura 5 - A importância da atividade física

<http://www.umm.edu/health/medical/altmed/condition/hypertension>



As orientações de enfermagem devem ser no sentido da prática destes:

- exercícios aeróbicos cerca de 20-30 minutos, 3 a 5 vezes por semana.
- evitar exercícios isométricos (levantamento de peso, musculação).
- caminhar rápida e diariamente.
- esclarecer que exercícios físicos, em demasia, não trazem benefícios clínicos.
- esclarecer que os exercícios devem ser precedidos de um aquecimento.
- praticar o seguinte exercício, uma ou duas vezes ao dia, em horários distantes das refeições

Tabela 11 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • medicação • regime medicamentoso • efeito da medicação 	Demonstrado / Não demonstrado
Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	Presente / Ausente / Oportunidade de
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade para gerir o regime medicamentoso • Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico • Ensinar sobre autoadministração de medicamentos • Ensinar sobre estratégias para lembrar a toma da medicação • Ensinar a pessoa sobre resposta/reação aos medicamentos • Ensinar sobre regime medicamentoso <ul style="list-style-type: none"> ○ Nome da medicação ○ Ação da medicação ○ Horário da medicação ○ Forma do medicamento ○ Efeitos adversos ○ Esquecimento da toma ○ Importância da toma correta da medicação 	

Nunca é demais repetir que o utente ou família devem saber como e quando tomar os medicamentos, além de estar informado sobre os efeitos colaterais dos mesmos.

Tabela 12 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso de álcool

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso de álcool</u>
Dimensão	Juízo / Status
Conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ desvantagem do uso do álcool ○ desvantagem do alcoolismo 	Demonstrado / Não demonstrado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o consumo de bebidas alcoólicas • Monitorizar o consumo de bebidas alcoólicas • Avaliar conhecimento sobre o consumo de bebidas alcoólicas • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento • Ensinar sobre complicações do consumo de bebidas alcoólicas • Encorajar a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas • Planear a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas • Incentivar o abandono do consumo de bebidas alcoólicas 	

Existem diversos estudos que indicam uma correlação positiva entre o consumo de álcool e os níveis de tensão arterial (Póvoa & Souza, 2014). O consumo de álcool pode influenciar o efeito dos medicamentos anti - hipertensores. Quando o consumo de álcool se verifica, deve ser permitido apenas em quantidades moderadas. O álcool aumenta a pressão sanguínea, bem como o risco de hipertensão, numa forma de consumo continuado ao longo do tempo. No homem entre os 18 e os 64 anos a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro 1,4. Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014).

Tabela 13 - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso de tabaco

Grupo de status	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre o uso de tabaco</u>
Dimensão	Juízo / Status
Potencial para melhorar o conhecimento sobre uso de tabaco	Presente / Ausente / Oportunidade de
Conhecimento sobre o uso de tabaco	Demonstrado / Não demonstrado
Uso de tabaco	Abuso / Sem abuso
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o uso de tabaco • Monitorizar o uso de tabaco • Avaliar conhecimento sobre o uso de tabaco • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento • Ensinar sobre complicações do uso de tabaco • Encorajar a diminuição do consumo de tabaco • Planear a diminuição do consumo de tabaco • Incentivar o abandono do consumo de tabaco 	

O tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e por isso, deve ser desencorajado.

Recomendações para a redução de fumar:

- a) Avaliar o uso de tabaco no SClínico
- b) explicar por que é importante para de fumar.
- c) definir metas de redução do tabaco
- d) avaliar o progresso a cada consulta.

O utente deve ser orientado quanto a:

- a) consulta de desabituação tabágica
- b) usar substitutos da nicotina

- c) escovar os dentes
- d) caminhar imediatamente após as refeições.
- e) respirar profundamente, por 5 a 10 vezes, sempre que sentir forte desejo de fumar.
- f) evitar álcool, café e outras bebidas associadas ao ato de fumar

Tabela 14 - Diagnóstico: Hipertensão / Risco de Hipertensão

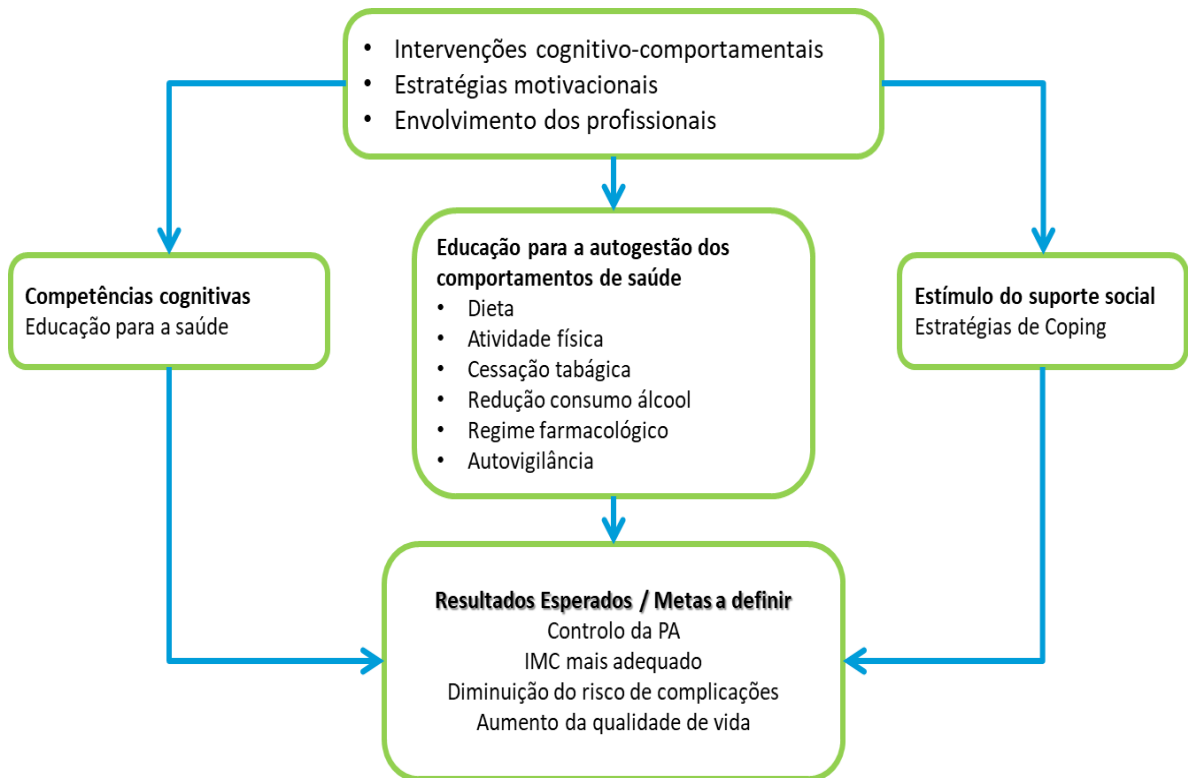
Grupo de status	<u>Hipertensão/ Risco de hipertensão</u>
Dimensão	Juízo / Status
Hipertensão	Agudo/crónico
	Sem hipertensão
Hipertensão: risco	Presente grau reduzido
	Presente grau moderado
	Presente grau elevado
Intervenções	
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento ● Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipertensão ● Registos de: <ul style="list-style-type: none"> ○ IMC ○ peso ○ altura ○ perímetro abdominal ○ pressão arterial ○ frequência cardíaca 	

Para que o acompanhamento seja adequado apenas são considerados no denominador os utentes com registo de PAS inferior a 150 e PAD inferior a 90. Basta que a PAS seja igual ou superior a 150 ou que a PAD seja igual ou superior a 90 mmHg, para que esse registo não seja considerado (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017).

OUTROS REGISTOS:

- microalbuminúria
- risco cardiovascular
- proteinúria
- colesterol total
- colesterol HDL
- os triglicérides

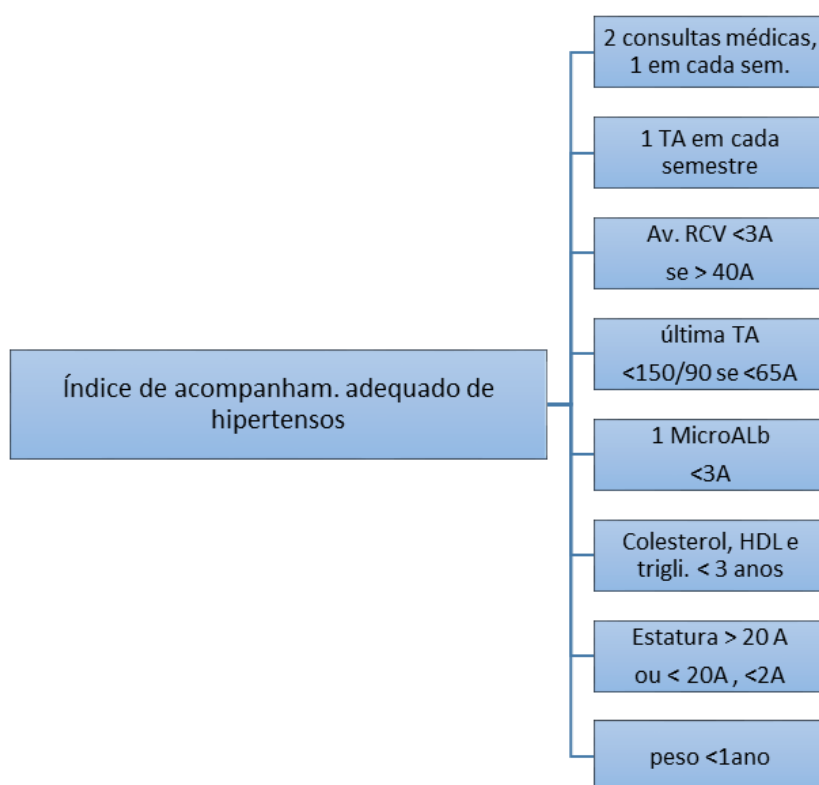
Figura 6 - Contributos do Enfermeiro de Família na Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa com HTA



Monitorização e acompanhamento

- 2013.018.01 FX - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)
- 2013.019.01 FX - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre
- 2013.020.01 FX- Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
- 2013.023.01 FX - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
- 2013.024.01 FX - Proporção hipertensos com registo de GRT
- 2013.025.01 FX - Proporção de hipertensos, c/ acompanhamento adequado
- 2013.026.01 FX - Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano
- 2013.076.01 FX - Proporção hipertensos com compromisso vigilância
- 2013.089.01 FX - Proporção hipertensos c/ PA 6 meses
- 2013.272.01 FX - Índice de acompanham. adequado de hipertensos

Figura 7 - Análise das variáveis contempladas na avaliação do índice



Bibliografia:

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários Propostos para o Ano 2017*. (Ministério da Saúde, Ed.). Lisboa. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2015_2015_01_26.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação* (Norma N.º 020/2011, atualizada a 19/03/2013). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool* (Norma N.º 30/2012, atualizada a 18/12/2014). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012.aspx>

Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Institute for Clinical Systems Improvement. (2014). *Hypertension Diagnosis and Treatment: Health Care Guideline*. Bloomington. Retrieved from <https://www.icsi.org/asset/wjqy4g/HTN.pdf>

Malachias, M. (2010). Tratamento Não Medicamentoso e Abordagem Multiprofissional. *J Bras Nefrol*, 32(supl1), 22–28. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a07.pdf>

Piper, V., Castro, K., Elkfury, J., Santos, Z., Almeida, A., Martins, S., & Chaves, M. (2012). Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral. *Scientia Medica*, 22(2), 113–118. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/10525/8169>

Póvoa, R., & Souza, D. (2014). Álcool e Hipertensão Arterial. *Fatores de Risco*, 32, 33–39.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2017). *SCLínico - Cuidados de Saúde Primários - SPMS*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicocsp/>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2017). Retrieved September 5, 2017, from <http://www.sphta.org.pt/pt/base8/25>

USF S. João Ovar. (2014). *Manual de Procedimentos da Consulta de Hipertensão Arterial* (1 No. 93.08.06). Ovar.

**APÊNDICE VIII – Resumo apresentado no congresso do Centro de Investigação em
Tecnologias e Serviço de Saúde (CINTESIS)**

**[SUBSTITUIR OS CORPOS DE TEXTO RESPECTIVOS MANTENDO OS SUB-
TÍTULOS]**

Título: Desafios do Enfermeiro de Família: a adesão ao regime de tratamento da HTA

Autores: Diana Tavares^a; Célia Freitas^b; Alexandre Rodrigues^c

Afiliação: ^aUniversidade de Aveiro | USF Salinas – ACeS Baixo Vouga, Enf.^a

^bUniversidade de Aveiro | CINTESIS, Portugal, Ph.D.

^cUniversidade de Aveiro | CEISUC, Portugal, Ph.D.

Contacto de e-mail do primeiro autor: diana.marsilia@ua.pt

Introdução & objetivos: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial, sendo a hipertensão arterial, um importante problema de saúde pública. A intervenção precoce é referida como muito relevante para a prevenção da doença crónica e das suas complicações, através da promoção da adesão terapêutica (Direcção-Geral da Saúde, 2015). Este estudo tem como objetivos identificar os fatores preditores dos comportamentos de não adesão ao tratamento e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção por parte do enfermeiro de família.

Metodologia: Estudo transversal e descritivo desenvolvido numa USF do ACeS Baixo Vouga, com uma amostra não aleatória, por conveniência, constituída por 286 utentes, no âmbito da consulta de vigilância da HTA, tendo presentes os princípios éticos. Utilizou-se o formulário de Sousa (2005), relativo à adesão ao regime terapêutico, entre fevereiro e abril de 2017. Os dados foram tratados através do programa SPSS[®] 24.

Resultados e discussão: A amostra é constituída por 51,7% de participantes do sexo feminino, a idade média foi de $66,51 \pm 11,35$ anos. A maioria dos participantes apresenta excesso de peso ou obesidade grau I, um risco de complicações muito aumentado e 43,7% dos inquiridos apresenta valores de PA superiores a 140/90 mmHg. O grau de adesão ao regime terapêutico traduziu-se por uma pontuação mais elevada no que se refere à toma da medicação e ao abuso de tabaco e menor, no que se refere à prática de exercício físico. O enfermeiro foi considerado facilitador no tratamento da HTA, por cerca de 70% dos participantes. Os resultados obtidos foram semelhantes aos de Sousa (2005), sobretudo no que se refere à atividade física ser o aspeto que mais determinante da não adesão.

Conclusões: A adesão ao tratamento da HTA é um grande desafio para os enfermeiros de família, tornando-se uma necessidade vital investirem na literacia e na capacitação dos cidadãos, para a adoção de estilos de vida promotores da saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde e, por inerência, uma redução dos custos dos tratamentos.

Palavras-chave: Adesão do paciente, cuidados de enfermagem, hipertensão

Keywords: Patient compliance, nursing care, hypertension

Referências bibliográficas:

Direcção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. (DGS, Ed.). Retrieved from

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Sousa, I. M. C. (2005). A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos.

(Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68786/2/92583.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados (Sousa, 2005) adaptado

Parte I – Dados Sociodemográficos e Antecedentes Pessoais

1. Idade: _____(anos completos)

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Habilitações literárias: _____(anos completos de escolaridade)

4. Situação profissional:

		Profissão (atual ou anterior)
Trabalhador(a) ativo(a)	<input type="checkbox"/> ₁	_____
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/> ₂	
Reformado(a) / Inválido(a)	<input type="checkbox"/> ₃	
Outra	<input type="checkbox"/> ₄	

5. Com quem vive:

Vive só	Vive com o cônjuge / companheiro(a)	Vive com a família nuclear (pai, mãe e filhos)	Vive com a família alargada	Frequenta o Centro de dia	Outro
1	2	3	4	5	6

6. Há quantos anos sabe que é hipertenso? _____

7. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?

Sim ₁ Não ₀ Não sabe ₂

8. Alguma das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?

Sim ₁ Não ₀ 8.1. Qual? _____

9. Para além da hipertensão, sofre de outra doença crónica?

Sim ₁ Não ₀ 9.1. Qual? _____

10. Precisa de tomar outra medicação todos os dias, além da medicação para a tensão arterial?

Sim ₁ Não ₀

11. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foi à consulta de hipertensão (médica ou de enfermagem)? |_|_|

12. No último mês, quantas vezes mediu a tensão arterial? _____

12.1 Onde costuma medir a tensão arterial? (assinalar 1 ou várias opções)

Centro de Saúde Casa Farmácia Outro local
Qual? _____

Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão

A) Alimentação

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

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

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

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

B) Exercício Físico

15. Durante as últimas quatro semanas:

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

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

	Sim ¹	Não ⁰
16.1 Não gosta de fazer exercício físico.		
16.2 Tem algum problema de saúde que o(a) impede de fazer exercício físico.		
16.3 Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício físico sozinho(a).		
16.4 Acha que fazer exercício físico não vai melhorar a sua saúde		
16.5 Sente-se cansado		
16.6 Outra. Qual? _____		

C) Consumo de Bebidas Alcoólicas

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

	Nunca	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição?	5	4	3	2	1
17.2 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia?	5	4	3	2	1
17.3 Bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex. cerveja, brandy, bagaço, whisky, etc.)?	5	4	3	2	1

18. Quando consumiu bebidas alcoólicas, quais foram as principais razões?

	Sim ¹	Não ⁰
18.1 Gosta de beber bebidas alcoólicas.		
18.2 Acha que consumir menos bebidas alcoólicas não vai melhorar a sua saúde		
18.3 Acha que consumir bebidas alcoólicas lhe dá mais força		
18.4 Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas.		
18.5 Faz parte do convívio com os amigos /família beber bebidas alcoólicas.		
18.6 Outra. Qual? _____		

D) Hábitos Tabágicos

19. É fumador?

Não e nunca fumou	<input type="checkbox"/> ⁵	<i>(se não é fumador, avance para a questão 21)</i>
Já foi fumador(a), mas deixou de fumar.	<input type="checkbox"/> ⁴	
Sim, mas não fuma todos os dias.	<input type="checkbox"/> ³	
Sim, regularmente	<input type="checkbox"/> ¹	Em média, quantos cigarros fuma por dia? _____

20. Quando fuma, quais são as principais razões?

	Sim ¹	Não ⁰
20.1 Gosta de fumar		
20.2 Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde.		
20.3 É difícil deixar de fumar.		
20.4 Fumar faz parte do convívio com os amigos ou familiares.		
20.5 Outra. Qual?		

E) Medicação

21. Toma medicamentos para baixar a tensão arterial?

Sim ₁ Não ₀

21.1 Se sim, há quanto tempo? _____

22. Sabe qual o nome dos medicamentos que lhe foram receitados para baixar a tensão arterial?

Sim ₁ Não ₀

22.1 Quantos medicamentos diferentes toma para tratar a tensão arterial?	
22.2 Quantos comprimidos, de todos, toma por dia?	

23. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana tomou estes medicamentos conforme lhe foi indicado?

Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
1	2	3	4	5

24. Quando não tomou os medicamentos conforme lhe foi indicado, quais foram as principais razões?

	Sim ¹	Não ⁰
24.1 Esquece-se		
24.2 Pensa que não é necessário tomar todas as vezes (sente-se bem não tomando).		
24.3 Não gosta de tomar comprimidos.		
24.4 Pensa que a medicação não está a dar bons resultados.		
24.5 A medicação provoca-lhe efeitos secundários desagradáveis (sente-se mal).		
24.6 Os medicamentos são muito caros.		
24.7 O horário das tomas é inconveniente.		
24.8 Não gosta de ser dependente de medicamentos.		
24.9 São muitos os medicamentos que tem para tomar.		
24.10 Deixa acabar os medicamentos.		
24.11 Outra. Qual?		

Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão

25. Quais destas recomendações, do tratamento da hipertensão, lhe foram aconselhadas por um profissional de saúde (enfermeiro, médico ou outro)

	Sim ¹	Não ⁰	Não se aplica ²
25.1 Seguir uma dieta com pouco sal			
25.2 Seguir uma dieta pobre em gorduras			
25.3 Comer frutos e vegetais			
25.4 Fazer exercício físico regularmente			
25.5 Tomar a medicação prescrita			
25.6 Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas			
25.7 Deixar de fumar			

26. Tem sentido dificuldade em seguir o tratamento que faz para a hipertensão, relativamente a:

	Sim ¹	Não ⁰	Não se aplica ²
26.1 Alimentação.			
26.2 Exercício físico.			
26.3 Medicação.			
26.4 Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas.			
26.5 Suspensão do hábito de fumar.			

27. Indique em que medida, a relação com o seu enfermeiro de família contribuiu para facilitar o tratamento da hipertensão.

Nunca 1

Raramente 2

Às vezes 3

Habitualmente 4

Sempre 5

Parte IV – Conhecimentos sobre hipertensão

28. Com base nos conhecimentos que possui sobre hipertensão, responda às seguintes questões:

	Sim	Não	Não sabe
28.1 Na maioria dos doentes, a causa da hipertensão é conhecida?	0	1	2
28.2 A hipertensão é uma doença para toda a vida?	1	0	2
28.3 Pode-se ter a tensão arterial alta sem ter queixas?	1	0	2
28.4 O excesso de peso faz subir a tensão arterial?	1	0	2
28.5 O sal faz subir a tensão arterial?	1	0	2
28.6 O álcool faz subir a tensão arterial?	1	0	2
28.7 Se os pais tiverem a tensão arterial alta, os filhos também têm mais probabilidades de a ter alta?	1	0	2
28.8 As pessoas com tensão arterial alta devem fazer exercício físico vários dias por semana (ex. caminhar)?	1	0	2
28.9 Para baixar a tensão arterial é importante comer com pouco sal?	1	0	2
28.10 Para baixar a tensão arterial é importante reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?	1	0	2
28.11 Faz parte do tratamento da hipertensão, nas pessoas com excesso de peso, perder peso?	1	0	2
28.12 As pessoas com tensão arterial alta devem deixar de fumar?	1	0	2
28.13 Os medicamentos são o único tratamento para a hipertensão?	0	1	2
28.14 Os medicamentos para a hipertensão devem ser tomados todos os dias?	1	0	2
28.15 Quando a tensão arterial baixar com a medicação, pode deixar de tomar os medicamentos?	0	1	2
28.16 Tomar os medicamentos para a hipertensão melhora a esperança de vida?	1	0	2
28.17 A hipertensão pode provocar ataque cardíaco?	1	0	2
28.18 A hipertensão pode provocar trombose?	1	0	2
28.19 A hipertensão pode provocar cegueira?	1	0	2
28.20 A hipertensão pode provocar doenças nos rins?	1	0	2

29. Sente que alguém o ajuda no tratamento que faz para a hipertensão?

Sim 1

Não 0

29.1. Quem? _____

30. Quem, das pessoas da sua relação, acha que teria condições para o ajudar a seguir as recomendações de tratamento da hipertensão arterial? (assinalar 1 ou várias opções)

Cônjuge

Filhos

Amigo ou vizinho

Outro

<u>Peso</u>	<u>IMC</u>	<u>Perímetro abdominal</u>	<u>Tensão arterial</u>

Data: _____

ANEXO II – Autorização da autora para utilização de instrumento de recolha de dados

RE: Autorização para a utilização e facultação de instrumento de colheita de dados

Inês Cruz <inescruz@esenf.pt>

qua 02-03-2016 12:04

Para: Diana Tavares <diana.marsilia@ua.pt>;

 1 anexo (25 KB)

Instrumento_Recolha_Dados_Adesão_Tratamento_Hipertensão.pdf;

Cara Mestranda Diana Tavares,

Em primeiro lugar gostaria de a felicitar por estudar sobre um tema tão caro à enfermagem e tão frequente no quotidiano do exercício profissional dos enfermeiros.

Desejo-lhe os maiores sucessos nesta etapa e autorizo que utilize o Instrumento de Recolha de Dados (formulário) que desenvolvi no âmbito da minha dissertação de Mestrado, desde que devidamente referenciado, o qual anexo ao email.

Gostaria igualmente que quando terminasse este percurso me enviasse o trabalho para que eu possa comparar os seus dados com os que eu obtive. Aproveito também para a informar que o mesmo instrumento foi utilizado por uma colega, também no âmbito do mestrado, cuja dissertação pode consultar no RCAAP e que se intitula - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (Elizabeth da Conceição Leite da Costa - 2012). Estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Com os melhores cumprimentos,
Inês Cruz

-----Mensagem original-----

De: Diana Tavares [<mailto:diana.marsilia@ua.pt>]

Enviada: 1 de março de 2016 21:10

Para: inescruz@esenf.pt

Assunto: Autorização para a utilização e facultação de instrumento de colheita de dados

Exma. Professora
Inês Cruz
Escola Superior de Enfermagem do Porto

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares, sob a orientação do Professor Alexandre Rodrigues e co-orientação da Professora Célia Freitas, pretende desenvolver um projeto de investigação com o tema "Adesão ao tratamento da hipertensão: o papel do enfermeiro de família" e vem solicitar

a Vossa Exa. a autorização para a utilização do questionário, que utilizou no seu Mestrado, sob a orientação Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva, acerca da Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos e o respetivo instrumento, uma vez que este não se encontra disponível na Dissertação.

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

Com os mais cordiais cumprimentos,

Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares



ANEXO III - Autorização da comissão de ética da ARS Centro para a realização do estudo


COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER FAVORÁVEL	DESPACHO: Holografo 19.01.2017 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO:

44/2016 - "Adesão ao regime terapêutico da pessoa com hipertensão; contributos do enfermeiro de família"
Enf^a Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares


Presidente,

Dr. Luís Manuel *(illegible)*
Vogal,


Dr. António *(illegible)*
Vogal,

Emitido parecer **Favorável**, depois de cumpridos todos os requisitos emitidos no parecer anterior

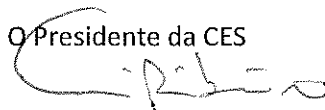
Coimbra, 04 de Janeiro de 2017

O Relator



(Prof. Dr. Batel Marques)

O Presidente da CES



(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

ANEXO IV – Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

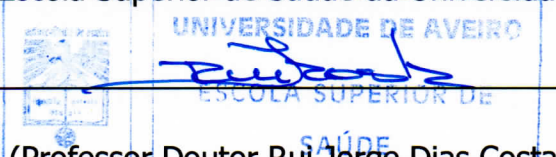


AUTORIZAÇÃO

Rui Jorge Dias Costa, na qualidade de Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, vem por este meio conceder autorização de desenvolvimento do projeto intitulado **“Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Hipertensão: Contributos do Enfermeiro de Família”** pela Dra. **Diana Marsília Fernandes Nogueira Tavares**, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação científica do Professor Doutor Alexandre Rodrigues e da Professora Doutora Célia Freitas.

Aveiro, 12 de abril de 2016

Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro


UNIVERSIDADE DE AVEIRO
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE
(Professor Doutor Rui Jorge Dias Costa)

ANEXO V – Comprovativo da apresentação da Comunicação Oral

CONGRESSO INTERNACIONAL INVESTIGAÇÃO, INOVAÇÃO & DESENVOLVIMENTO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Diana Tavares; Célia Freitas; Alexandre Rodrigues** apresentaram a comunicação intitulada: *Desafios do Enfermeiro de Família: a adesão ao regime de tratamento da HTA* no Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem, realizado nos dias 06 & 07 de julho de 2017, que decorreu no Auditório da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Vice-Presidente da ESEP



(Professora Doutora Célia Santos)

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

