

Ana Vitória Martins Fernandes

Adesão dos Utentes com Hipertensão ao Regime Terapêutico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Ana Vitória Martins Fernandes

Adesão dos Utentes com Hipertensão ao Regime Terapêutico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Ana Vitória Martins Fernandes

Adesão dos Utentes com Hipertensão ao Regime Terapêutico

Ana Vitória Martins Fernandes

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em Enfermagem

RESUMO

O presente trabalho de investigação tem por tema “Adesão dos utentes com hipertensão ao regime terapêutico”, foi realizado no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação que está inserida no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e tem como objetivo principal perceber as razões de adesão dos utentes com hipertensão ao regime terapêutico.

Este projeto de investigação é um estudo exploratório, descritivo, com uma metodologia quantitativa, que pretende estudar a adesão dos utentes com hipertensão inscritos no Centro de Saúde de Miranda do Douro ao regime terapêutico. A colheita de dados foi feita através de um formulário da autoria da Enfermeira Inês Maria da Cruz Sousa, docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto que autorizou a sua aplicação.

A amostra foi composta por 100 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 40 e os 93 anos de idade portadores de HTA que são utentes da consulta de hipertensão no Centro de Saúde de Miranda do Douro. Para o tratamento dos dados, o programa informático utilizado foi o Microsoft Excel 2010. A partir dos resultados obtidos verifica-se que todos os utentes são informados, pelos profissionais de saúde, acerca do regime terapêutico que têm de cumprir. No que diz respeito à adesão as principais recomendações a que aderem são o não consumo de tabaco e a toma da medicação e as recomendações a que aderem menos são a prática de exercício físico e a alimentação saudável.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Adesão; Regime Terapêutico.

ABSTRACT

The theme of this research study was "Adherence of patients with hypertension to the therapeutic regimen", which was carried out within the scope of the Graduate Project curricular unit, which is part of the 4th year of the degree Nursing course and the main objective is to understand the reasons for patients with hypertension adhering to the therapeutic regimen.

This research project is an exploratory, descriptive study, with a quantitative methodology, which aims to study the adherence of patients with hypertension enrolled in the Miranda do Douro Healthcare Centre to the therapeutic regimen. Data were collected through a form designed by Nurse Inês Maria da Cruz Sousa, a teacher at the Nursing School of Porto who authorised their application.

The sample consisted of 100 individuals of both genders, aged between 40 and 93 years old with hypertension, who were users of the hypertension consultation at the Miranda do Douro Health Centre. For data processing, the software used was Microsoft Excel 2010. Based on the results obtained, all users are informed by health professionals about the therapeutic regimen they have to comply with. With regard to adherence, the main recommendations they adhere to are not smoking and taking medication, and the recommendations they less adhere are physical exercise and healthy eating.

Keywords: Hypertension; Adherence; Therapeutic regimen.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, pela força e confiança que depositaram em mim e pela transmissão de valores e conhecimentos.

Dedico também aos meus avôs pelo carinho e amor que sempre me proporcionaram.

AGRADECIMENTOS

Durante a elaboração deste trabalho contei com a colaboração de diversas pessoas, sem as quais não seria possível a realização do mesmo.

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Amélia José Monteiro, orientadora deste trabalho de investigação, pela orientação, apoio e disponibilidade demonstrada em todos os momentos.

Em segundo, à Professora Inês Maria da Cruz Sousa, autora do formulário, que o disponibilizou para a concretização do presente trabalho.

Aos utentes que voluntariamente participaram nesta investigação e que permitiram que a mesma se tornasse realidade.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram sempre presentes.

Por último, quero agradecer à minha família, especialmente aos meus pais, pelo conforto e companheirismo que sempre me proporcionaram em todos os momentos, porque sem eles não teria sido possível, em especial à minha Mãe pelo apoio e sacrifício incondicional que me concedeu em enfrentar novos desafios e acima de tudo em me dar forças em todos os momentos da vida.

A todos, o meu muito obrigada!

PENSAMENTO

“O homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando na realidade não depende dele o viver muito, mas sim o viver bem.”

Sêneca

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CIPE[®] - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm- Centímetros

DGS- Direção Geral da Saúde

DRC- Doença Renal Crónica

Et alii. – E outros

f_i - Frequência absoluta

$f_{ri} \%$ - Frequência relativa em percentagem

g- Gramas

HTA- Hipertensão Arterial

IMC- Índice de Massa Corporal

kg/m²- Quilogramas por metro quadrado

MA- Microalbuminúria

ml/min- Mililitros por minuto

MmHg- Milímetros de Mercúrio

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial sistólica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
I - FASE CONCEPTUAL.....	19
1. O Problema de investigação.....	19
i. Domínio da investigação.....	20
ii. Questão de investigação e questões pivô.....	21
2. Revisão da literatura.....	21
i. Pressão Arterial e Hipertensão Arterial.....	22
ii. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Pressão Arterial Alta.....	24
iii. Hipertensão Resistente.....	25
iv. Complicações da Hipertensão Arterial.....	25
v. Tratamento da Hipertensão Arterial.....	27
vi. Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial.....	27
vii. Tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial.....	28
viii. Adesão ao Regime Terapêutico.....	29
3. Objetivos da investigação.....	31
II. FASE METODOLÓGICA.....	33
1. Desenho de investigação	33
i. Tipo de estudo	34
ii População, amostra e processo de amostragem.....	34
iii. Variáveis em estudo.....	35
iv Instrumento de recolha de dados e pré- teste.....	36
v. Tratamento e apresentação de dados	38
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	39
III. FASE EMPÍRICA.....	41

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados	41
2. Discussão dos resultados.....	56
3. Principais conclusões do estudo.....	65
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo.....	42
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por grupo etário conforme sexo.....	43
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por anos de escolaridade.....	43
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por número de cigarros que fumam por dia.....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos com 18 ou mais anos de idade, que não estejam medicados com fármacos anti-hipertensores.....	23
Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por situação profissional.....	44
Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por grupo profissional.....	44
Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por agregado familiar.....	45
Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por existência de antecedentes familiares de hipertensão.....	45
Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes quanto ao local de monitorização da PA	47
Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão à alimentação.....	48
Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão à alimentação.....	49
Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa da razão de adesão ao exercício físico.....	50
Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão ao exercício físico.....	50
Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão ao consumo de álcool.....	51
Tabela 12 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão ao consumo de álcool.....	51

Tabela 13 – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão aos hábitos tabágicos.....	52
Tabela 14 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão aos hábitos tabágicos.....	53
Tabela 15 – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão à medicação.....	53
Tabela 16 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão à medicação.....	54
Tabela 17 – Distribuição absoluta e relativa das dificuldades de adesão ao regime terapêutico.....	55
Tabela 18 – Distribuição absoluta e relativa das recomendações dos profissionais de saúde.....	56

INTRODUÇÃO

No âmbito da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, e como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem, surge a elaboração do presente Projeto de Graduação, que tem como principal objetivo, perceber quais as razões que levam os utentes com hipertensão arterial a aderirem ao regime terapêutico.

Com este trabalho pretende-se responder a algumas questões de investigação, tais como: identificar as características sócio demográficas da amostra; conhecer a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial e averiguar as razões, que contribuem para a adesão e não adesão ao cumprimento do regime terapêutico nos utentes com HTA.

Segundo a DGS (2018):

A hipertensão arterial afeta cerca de 36% da população adulta e está associada a diversas doenças e situações clínicas, como o AVC, que é, em Portugal, uma das principais causas de morte e de incapacidade.

Segundo Ministério da Saúde (2018, p.16), “(...) Portugal tem uma das mais elevadas prevalências de hipertensão arterial na Europa (3 em cada 10 Portugueses), sendo o principal fator de risco de patologia cardiovascular, com relevo para os acidentes vasculares cerebrais (AVC), (...)”

“Morrem todos os dias cerca de 100 portugueses por doenças cérebro-cardiovasculares, muitas das quais poderiam ter sido evitadas pela alteração de comportamentos, especialmente pela redução do consumo de sal.” (Ministério da Saúde, 2018, p.16)

Conforme referido no Portal do Serviço Nacional de Saúde (2018), a hipertensão arterial é “uma doença crónica que pode ser reversível, desde que se adotem hábitos de vida saudáveis.”

A escolha do presente tema de projeto, teve em conta o interesse da investigadora, na doença em causa, a Hipertensão Arterial, sabendo que no meio rural em que vive existe um grande número de pessoas com hipertensão o que a motivou a investigar as razões

que as levam a aderir ou não, às recomendações que os profissionais de saúde fazem aquando da consulta específica.

Este projeto de investigação é um estudo exploratório, descritivo e com uma metodologia quantitativa.

O instrumento de colheita de dados utilizado é um formulário que foi distribuído aos utentes com hipertensão arterial inscritos no Centro de Saúde de Miranda do Douro, no período de 6 a 31 de maio de 2019 e que aceitaram participar no estudo.

Os resultados do estudo mostram que a amostra foi composta por 100 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 40 e os 93 anos de idade portadores de HTA que são utentes da consulta de hipertensão no Centro de Saúde de Miranda do Douro. A partir dos resultados obtidos verifica-se que todos os utentes são informados, pelos profissionais de saúde, acerca do regime terapêutico que têm de cumprir.

No que diz respeito à adesão as principais recomendações a que aderem são o não consumo de tabaco e a toma da medicação e as principais recomendações a que aderem menos são a prática de exercício físico e a alimentação saudável. No que diz respeito às razões de não adesão ao regime terapêutico, estes estão relacionados: com o prazer de comer, consumir álcool e tabaco; com o cansaço de praticar atividade física e não gostarem de ser dependentes de medicamentos.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes, uma primeira parte, a fase conceptual, em que é definido o problema e objetivos da investigação, será feita uma revisão da literatura, efetuada uma pesquisa bibliográfica, abordando o tema do trabalho e aspetos importantes.

Na segunda parte, a fase metodológica, definiu-se o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados e também a salvaguarda dos princípios éticos.

Na terceira e última parte, a fase empírica, em que será feita a apresentação, análise e interpretação dos dados e por fim a discussão e conclusão dos resultados.

I. FASE CONCEPTUAL

A questão do estudo da Hipertensão arterial surgiu desde muito cedo, sendo ainda mais pertinente a curiosidade acerca deste tema aquando do decorrer dos ensinamentos clínicos, que estão inseridos no curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, uma vez que a avaliação da tensão arterial e a manutenção dos estilos de vida saudável, são aspetos extremamente importantes a abordar com os utentes.

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.” (Fortin, Côté e Filion, 2009, p. 4)

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 4), “O processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar.”

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 47), o processo de investigação é composto por 4 fases: a fase conceptual, a fase metodológica, a fase empírica e a fase de interpretação/difusão.

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 49):

A fase conceptual é a fase em que consiste em definir os elementos de um problema. (...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação.

1. O problema de investigação

Para Fortin (2003, p 48), “Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, (...) exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

Segundo Fortin (2003, p. 48):

Para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um domínio ou, um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma significação.

Segundo Oliveira e Ferreira (2014, p. 42):

Um problema é a base do processo de pesquisa. Sendo a ciência e o conhecimento científico o resultado da dúvida e da curiosidade, o problema consiste em apresentar aquilo que o investigador quer resolver porque não está devidamente explicado, nem por uma teoria, nem pela prática.

Uma investigação envolve sempre um problema. A investigação que adota uma metodologia de cariz quantitativo, a formulação do problema faz-se através de uma fase prévia, sob a forma de pergunta, ou sob a forma de uma interrogação. (Coutinho, 2014).

O problema de investigação que suscitou a curiosidade da autora foi perceber as razões que levam os utentes com hipertensão que frequentam uma unidade de saúde de Miranda da Douro a aderir ou não às recomendações sobre o regime terapêutico.

i. Domínio da investigação

Para Fortin, Côté e Fillion (2009, p.67), “o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimento que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.

Com a presente investigação, pretende-se compreender quais as razões de adesão e não adesão ao regime terapêutico.

ii. Questão de investigação e questões pivô

Segundo Fortin (2003, p. 101):

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. (...) As questões de investigação precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas. (...) Decorrem diretamente dos objetivos e especificam os aspetos a estudar.

“As questões de investigação são utilizadas nos estudos exploratórios descritivos e por vezes também nos estudos correlacionais.” (Fortin, 2003, p. 101)

A questão de investigação associada ao presente estudo é “Quais as razões de adesão dos utentes com hipertensão às recomendações sobre o regime terapêutico?”

As questões pivô associadas aos objetivos do estudo são:

- Quais as características sócio demográficas da amostra?
- Qual a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial?
- Quais as razões que contribuem para a adesão e não adesão dos utentes com hipertensão arterial ao cumprimento do regime terapêutico?

2. Revisão da literatura

A revisão da literatura/ enquadramento teórico consiste na descrição, atual e relevante, do tema em estudo, dando a conhecer ao leitor a importância do estudo realizado. (Correia e Mesquita, 2014, p. 14)

A revisão da literatura realiza-se na fase exploratória, tendo em conta aquilo que se escreveu anteriormente com aquilo que será pesquisado, adquirindo conhecimentos sobre o assunto. Nesta etapa da pesquisa, o investigador identifica diferentes pontos de vista acerca do tema de pesquisa. (Ciribelli, 2003, p. 88)

Neste capítulo aborda-se a problemática em estudo, dando relevância à definição de Hipertensão Arterial, referindo quais os fatores de risco, complicações, tratamento e compreender quais as razões de adesão dos utentes hipertensos ao regime terapêutico.

i. Pressão Arterial e Hipertensão Arterial

A pressão arterial (PA) é definida como a força que o sangue exerce sobre a parede das artérias. Avalia-se em duas fases, medidas em milímetros de mercúrio (mmHg), chamadas pressão arterial sistólica (PAS) e a segunda, pressão arterial diastólica (PAD). (Helito e Kauffman, 2007) Como tal, estas duas medidas registam-se em momentos diferentes, a pressão arterial sistólica, também chamada “máxima”, é o valor mais elevado e o primeiro a ser registado, que diz respeito à pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias quando o coração bombeia o sangue. O segundo valor a ser registado, diz respeito à pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias, quando o coração está relaxado, também pode ser chamada de “mínima”. (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2019)

Segundo a DGS (2013), para a hipertensão arterial ser diagnosticada, é necessário que o valor da pressão arterial esteja elevado e que estas medições sejam avaliadas em diferentes momentos, sendo que a PAS estará igual ou superior a 140 mmHg e a PAD igual ou superior a 90 mmHg, sendo geralmente representada por 140/90 mmHg. Este critério aplica-se a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que sejam medicadas com fármacos anti-hipertensores, que não tenham alguma patologia aguda e que não estejam grávidas.

A pressão arterial tem que se manter elevada em pelo menos duas consultas, com um intervalo de medições entre elas, de no mínimo uma semana. Quanto mais próximo da normalidade forem os valores da PA, mais largo será o tempo de espaçamento entre consultas. (DGS, 2013)

Em todas as consultas, deve-se avaliar a PA pelo menos duas vezes, com um espaço entre elas de pelo menos dois minutos, sendo que, o valor registado no programa informático será o valor mais baixo, conforme obtido. (DGS, 2013).

Segundo Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2017):

Na maioria dos casos (90%), não há uma causa conhecida para a HTA. Diz-se que a HTA é essencial ou primária. Noutras situações, é possível encontrar uma doença/condição associada que é a verdadeira causa da HTA. Neste caso estamos perante uma HTA secundária.

A Hipertensão arterial classifica-se em três graus, sendo que o Grau I corresponde à hipertensão arterial ligeira, Grau II à hipertensão arterial moderada e o Grau III à hipertensão arterial grave, conforma a representação na tabela que se segue. (DGS, 2013).

Tabela 1: Classificação da pressão arterial em adultos com 18 ou mais anos de idade, que não estejam medicados com fármacos anti-hipertensores.

Classificação da Pressão Arterial em Adultos	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)	Tempo de reavaliação da Pressão Arterial
Ótima	<120	e	<80	
Normal	120-129	e/ ou	80-84	Até 2 anos
Normal-Alta	130-139	e/ ou	85-89	Dentro de 1 ano
HTA Grau I	140-159	e/ ou	90-99	Dentro de 2 meses
HTA Grau II	160-179	e/ ou	100-109	Dentro de 1 mês
HTA Grau III	≥180	e/ ou	≥110	Avaliar dentro de 1 semana e/ou iniciar tratamento imediatamente
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	e	<90	

Fonte: DGS (2013)

ii. Fatores de risco para o desenvolvimento de Pressão Arterial Alta

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2017):

Estão identificados vários fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de Hipertensão Arterial (HTA). Alguns, tais como a idade e a história familiar, não podem ser controlados. Mas os fatores de risco relacionados com atitudes, comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis, quando corrigidos, poderão prevenir o aparecimento de HTA. Assim, pode ter-se um papel ativo na prevenção desta doença, através da adoção hábitos de vida saudáveis.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2017), os fatores de risco para o aparecimento de HTA são:

- O excesso de peso e obesidade, que se calcula através do IMC (Índice de Massa Corporal), sendo este superior a 30 Kg/ m^2 (Quilogramas por metro quadrado) a pessoa é considerada obesa, que é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares;
- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas, pelo que se deve aconselhar a redução do seu consumo: os homens não devem ingerir mais do que 2 bebidas por dia e as mulheres não mais do que 1 bebida por dia;
- O tabagismo, que para além dos problemas respiratórios que pode trazer, também constitui um fator de risco para doenças cardíacas;
- O consumo excessivo de sal, tal como, uma alimentação inadequada, uma dieta rica em gorduras e pobre em nutrientes, contribui para o aparecimento de doenças cardiovasculares. A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2017) refere que “O consumo de sal em Portugal permanece cerca do dobro do valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - menos de 5g por dia. (...)” O consumo em excesso de sal aumenta o sódio nos fluidos corporais, que faz reter água e, por conseguinte, aumentar a PA.
- O sedentarismo faz aumentar o risco de obesidade, HTA e doenças cardíacas, por isso recomenda-se que as pessoas tenham uma vida ativa.
- O stress, pode aumentar a PA, sendo que, pessoas sujeitas a um grande nível de stress durante o dia a dia, tendem a ter estilos de vida menos saudáveis, que podem mais tarde influenciar no aparecimento de HTA;

- A idade, visto que quanto mais avançada esta for, mais predisposta está a PA a ser mais elevada, devendo-se ao facto que com o avançar da idade a elasticidade dos vasos sanguíneos fica mais fraca.
- “A HTA pode acometer qualquer pessoa. Contudo, é mais comum e tendencialmente mais precoce e grave em indivíduos de raça negra, comparativamente com os caucasianos.”
- O sexo, de referir que antes dos 45 anos a HTA é mais frequente nos homens e a partir dos 65 anos mais frequente nas mulheres, por causa do início da menopausa.
- A Hereditariedade, se houver antecedentes familiares com HTA, a probabilidade de adquirir a doença aumenta.

iii. Hipertensão resistente

“Define-se hipertensão resistente, quando não é possível obter o controlo desejável da TA em doentes comprovadamente aderentes a esquemas terapêuticos, constituídos por doses máximas de, pelo menos, 3 fármacos, incluindo obrigatoriamente um diurético.” (DGS, 2004)

Costumam ser causas da Hipertensão resistente: medir incorrectamente a TA; não aderir ao tratamento; ingerir sal e álcool em demasia; medicação diurética inadequada; doses inadequadas dos fármacos; interações farmacológicas com outros fármacos; medicamentos de venda livre e a hipertensão da bata branca. (DGS, 2004)

iv. Complicações da Hipertensão Arterial

Segundo Pierin (2004, p. 291) e Sousa (2005), a HTA é uma doença que progride de forma assintomática na maior parte dos casos, e que por sua vez, tem uma evolução enganosa. Mais conhecida como “Assassina Silenciosa”, no que diz respeito às complicações que acarreta, principalmente no sistema vascular, visto que, as artérias

sofrem modificações na sua estrutura, impedindo assim o aporte correto de sangue para os órgãos alvo tais como, o coração, cérebro, rins e olhos.

Segundo Sousa (2005), “Estas lesões surgem como consequência das alterações vasculares provocadas pelo aumento continuado da PA, que se repercutem na diminuição do lúmen das artérias e na perda de elasticidade das mesmas.”

“Quando a hipertensão não é tratada, é grande a probabilidade de se desenvolver doença cardíaca (...), insuficiência renal, AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou inclusivamente morte súbita.” (Sousa, 2005)

Um estudo realizado por Hoepfner e Franco (2009), com o objetivo de “estimar a prevalência do controle da hipertensão arterial e da inércia terapêutica em adultos atendidos nas unidades básicas da saúde (UBS) do município de Joinville e dos fatores associados”, compreendendo uma amostra de 415 doentes hipertensos, verificou que as complicações cardíacas mais prevalentes na população estudada eram a hipertrofia ventricular esquerda (27,5%), o AVC (7,2%), a insuficiência coronária (7,0%), a doença arterial das extremidades (2,2%), e por último a insuficiência cardíaca (1,7%).

Um estudo realizado por Costa e Ramôa (2018), com o objetivo de “Estimar a prevalência de microalbuminúria (MA) e doença renal crónica (DRC) em doentes com hipertensão arterial (HTA) de duas Unidades de Saúde Familiar do Norte de Portugal”, com uma amostra de 310 indivíduos hipertensos, verificou-se que 42,9% dos indivíduos tinham uma taxa de filtração glomerular (TFG) superior ou igual a 90 mililitros por minuto (ml/min). Da percentagem total de indivíduos, 10,6% apresentavam MA na urina, sendo esta mais comum nos homens.

Segundo Jacomini e Hannouche (2001), “(...) a hipertensão arterial produz alterações na vascularização da coróide, da retina e da papila óptica, as quais dependem da rapidez da instalação, da duração da hipertensão e da idade do paciente.”

v. Tratamento da Hipertensão Arterial

A adesão do utente ao tratamento da HTA, inclui a presença nas consultas de HTA, o cumprimento da terapêutica farmacológica prescrita, a adoção de estilos de vida saudáveis e também encorajar a família e pessoas que o rodeiam a seguir atividades de vida saudáveis. (Santos *et alii*, 2005, pp. 332-340)

Segundo DGS (2004):

O principal objetivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e renal. Tal poderá ser conseguido pela redução dos valores elevados da TA e pelo tratamento dos fatores de risco modificáveis e de doença associadas.

vi. Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial

O tratamento da HTA começa na mudança do estilo de vida, adotando um tratamento não farmacológico no controlo da HTA. Essas mudanças devem ter em conta o controlo do peso, o padrão alimentar, a redução do consumo de sal, a prática de exercício físico regularmente, o abandono do tabaco, e a ingestão de menos bebidas alcoólicas. Em relação ao controle do peso, o IMC deve manter-se entre o 18,5 a 24,9 Kg/ m². O padrão alimentar deve incluir uma dieta rica em frutas, legumes, alimentos com baixa densidade calórica e com baixo teor de gorduras. A prática de exercício físico deve ser regular, como por exemplo, 3 vezes por semana fazer uma caminhada de pelo menos 30 minutos por dia. (Langowski, Koerich e Trompczynski, 2018, pp. 38-41)

Relativamente ao abandono do tabaco, Langowski, Koerich e Trompczynski (2018, p. 41) refere que:

Uma estratégia muito efetiva no tratamento desta dependência química é abordar como o tabagismo interfere na vida diária do tabagista, buscando maneiras de lidar com ele, associando ou não a

farmacoterapia. Uma boa resposta terapêutica depende do apoio da família, da comunidade e da equipe de saúde.

vii. Tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial

Segundo DGS (2013), “O objetivo da terapêutica anti-hipertensora (...) é (...) a redução e controlo da pressão arterial (PA) para valores inferiores a 140/ 90 mmHg, desde que sejam tolerados e não estejam contraindicados.

“Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.” (Langowski, Koerich e Trompczynski, 2018, p. 41)

Para o tratamento da HTA, existem uma série de princípios gerais, no que diz respeito aos medicamentos anti-hipertensivos, tais como: estar demonstrado que conseguem reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular, serem eficazes por via oral, serem bem tolerados, atingirem o efeito só com a toma de um comprimido por dia, deve ser iniciada a toma com a dosagem mais baixa, e caso seja necessário aumentar gradualmente a dose, pode ser necessário a toma de medicamentos combinados em pacientes com HTA grau II, respeitar um período mínimo de 4 semanas para aumentar a dose, deve-se instruir o utente acerca da doença, medicamentos e seus efeitos secundários e deve-se ter em conta também a situação socioeconómica do utente. (Langowski, Koerich e Trompczynski, 2018, p. 41)

Segundo Langowski, Koerich e Trompczynski, (2018, p. 42):

Há 5 classes principais de medicamentos que exercem ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial, reduzindo comprovadamente a pressão arterial e a incidência de eventos cardiovasculares.

Dentro das 5 principais classes de medicamentos anti-hipertensores estão: os diuréticos; os inibidores adrenérgicos que incluem os alfa bloqueadores e os beta bloqueadores; os vasodilatadores diretos; os antagonistas do sistema Renina-Angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio. (Langowski, Koerich e Trompczynski, 2018, p. 42)

Segundo DGS (2004):

Uma vez confirmada a HTA, a terapêutica deverá ser iniciada, de preferência, em regime de monoterapia com doses baixas de qualquer dos fármacos das 5 principais classes terapêuticas e, eventualmente, em regime de associação, em dose fixa ou não, neste caso incluindo, preferencialmente, um diurético em doses baixas.

Segundo DGS (2004):

A utilização de associações de antihipertensores, embora aumente a probabilidade de se obter o desejável controlo da TA, deve ser rodeada de determinadas precauções, sobretudo em doentes com disfunção autonómica, diabetes ou pessoas idosas, com propensão para hipotensão ortostática.

Um estudo realizado por Hoepfner e Franco (2009), com o objetivo de “estimar a prevalência do controlo da hipertensão arterial e da inércia terapêutica em adultos atendidos nas unidades básicas da saúde (UBS) do município de Joinville e dos fatores associados”, compreendendo uma amostra de 415 doentes hipertensos, verificou-se que em relação ao tratamento farmacológico, os diuréticos eram os fármacos anti-hipertensores mais utilizados (72,4%), seguindo-se os inibidores de enzima de conversão de angiotensina (70,5%), depois os beta bloqueadores (29,4%), de seguida os bloqueadores dos canais de cálcio (14,5%) e 5% para os restantes fármacos.

viii. Adesão ao Regime Terapêutico

“Embora a maioria das pesquisas se concentrem na adesão à medicação, a adesão também engloba numerosos comportamentos relacionados à saúde que vão além da ingestão de fármacos prescritos.” (WHO, 2003)

Segundo a WHO (2003), adesão é definida como sendo “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas pelo prestador de cuidados de saúde.”

Segundo a WHO (2003):

A crença comum de que os doentes são os únicos responsáveis por tomar o seu tratamento é enganosa e, na maioria das vezes, reflete uma má compreensão de como outros fatores afetam o comportamento das pessoas e a sua capacidade de aderir ao seu tratamento.

Não só os profissionais de saúde, mas também os utentes, devem participar ativamente nos cuidados que necessitam, através de uma boa comunicação entre as partes, para que haja cuidados de saúde eficazes. (WHO, 2003)

Alguns fatores que contribuem para a adesão ao regime terapêutico da HTA segundo WHO (2003) são: fatores demográficos, como a idade e a educação; a forma como o prestador de cuidados atua; a relação entre o paciente e o profissional de saúde e as influências dos sistemas de saúde.

Os fatores que mais contribuem para a não adesão ao regime terapêutico da hipertensão arterial são o facto de a hipertensão arterial ser assintomática e o facto de ser uma doença crónica, ou seja, vitalícia. (WHO, 2003)

Segundo WHO (2003), a adesão ocorre através da interação de cinco dimensões, que se relacionam com o utente e que apenas têm um determinante.

Segundo a WHO (2003), as cinco dimensões da adesão são: os fatores socioeconómicos; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com o utente; fatores relacionados com a doença e fatores relacionados com o sistema e com a equipa de saúde.

Segundo WHO (2003):

Os prestadores de cuidados de saúde devem ser sensibilizados para as baixas taxas de adesão dos doentes com hipertensão arterial. Eles devem receber treino em como aconselhar os pacientes de forma construtiva e sem julgamentos, com o objetivo principal de ajudar o paciente a aderir melhor ao cronograma de tratamento.

A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os utentes não precisam só de ser informados, mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, p 34)

3. Objetivos da investigação

Segundo Freixo (2012, p. 192), “O objectivo de um estudo constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Indicando conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.”

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 219), o objetivo geral do trabalho, está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo projeto.

Como objetivo geral desta investigação pretende-se: conhecer quais são as razões de adesão dos utentes com hipertensão ao regime terapêutico.

Os objetivos específicos apresentam carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares. (Marconi e Lakatos, 2003, p. 219)

Como tal, os objetivos específicos para o trabalho de investigação, passarão por:

- Identificar as características sociodemográficas da amostra;
- Conhecer a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial;
- Averiguar as razões, que contribuem para a adesão e não adesão ao cumprimento do regime terapêutico nos utentes com HTA.

II. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 53):

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. (...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. (...) Após ter estabelecido a maneira de proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita dos dados. Assegura-se da fidelidade e da validade dos métodos de colheita dos dados, de maneira a obter resultados fiáveis. Por outro lado, determina um plano de análise estatística dos dados. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo.

Segundo Freixo (2012, p. 205):

A fase metodológica inclui todos os elementos que ajudam a conferir à investigação um caminho ou direcção. Assim, abordar-se-ão nesta fase questões ligadas à ética exigida em investigação e ao desenho do processo de investigação.

1. Desenho de investigação

Segundo Freixo (2012, p. 209), “(...) O desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação, especificando qual o tipo de investigação que utilizará e como as variáveis serão controladas.”

Para Fortin (2003, p. 132):

O desenho é também um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido, (...) permite isolar as variáveis importantes das outras variáveis e medi-las com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados. (...) tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo.

i. Tipo de estudo

Para Fortin (2003, p. 133), “(...) O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipótese de causalidade.”

Este projeto de investigação é um estudo exploratório, descritivo e com uma metodologia quantitativa.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

“(...) A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades.” (Vilela, 2009, p. 45) “(...) As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção.” (Freixo, 2012, p. 211)

Para Fortin (2003, p.133),“(...) além de escolher sujeitos de uma população definida, o investigador considera o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra. Este é um fator importante na determinação de resultados significativos do ponto de vista estatístico.”

Segundo Vilelas (2009, p. 45):

No caso de a nossa população ser composta por um número relativamente elevado de pessoas será praticamente impossível utilizá-la, por razões de tempo e de custo, e porque não é na realidade imprescindível examinar cada unidade da população. Em vez de realizar esta cansativa tarefa, procedemos à extração de uma amostra dessa população, ou seja, um conjunto de unidades, numa porção do total, que nos represente a conduta da população no seu conjunto.

Na presente investigação, a população em estudo foram 2214 indivíduos com idade superior a 16 anos, portadores de hipertensão arterial, que fazem parte dum total de 6476 utentes com médico de família, inscritos no Centro de Saúde de Miranda do Douro

de acordo com dados retirados do programa informático (SClinico) disponibilizados pelo Centro de Saúde.

“Uma amostra é constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada.” (Freixo, 2012, pp. 210-211)

Para Freixo (2012, p. 214), “(...) A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada.”

Os critérios de inclusão tidos em conta para definir a amostra foram:

- Utentes com idade superior a 16 anos;
- Competentes para decidir;
- Aceitem participar no estudo.

Nesta investigação, a amostra foi composta por 100 indivíduos inscritos na consulta de hipertensão do Centro de Saúde de Miranda do Douro, de ambos os sexos, que corresponderam aos critérios definidos referidos anteriormente, que recorreram ao centro de saúde para consulta e/ou outros assuntos, entre os dias 6 a 31 de maio, respondendo ao formulário proposto pela investigadora.

iii. Variáveis em estudo

Segundo Vilelas (2009, p. 83):

Uma variável (...) é algo que varia, (...) qualquer característica ou qualidade da realidade que é susceptível de assumir diferentes valores. (...) As variáveis têm de estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e em consonância com o marco teórico.

“Uma variável pode ser definida como qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada.” (Freixo, 2012, p. 202)

“A variável independente é a variável que numa experiência é especificamente manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente (...).” (Freixo 2012, p. 204). Nesta investigação consideramos como variáveis independentes as razões que levam os utentes a aderir ou não às recomendações sobre o regime terapêutico.

“A variável dependente é a variável cujos valores são em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respectivas condições, ou seja, resposta que reflete os efeitos da variável independente manipulada (...).” (Freixo 2012, p. 204). Neste estudo, considerou-se como variável dependente, a adesão dos utentes com hipertensão ao regime terapêutico.

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009, p. 172) “As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família.”. As variáveis atributo referentes a esta investigação são os dados socio demográficos e os antecedentes pessoais.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Segundo Fortin (2003, p. 240) “Os principais métodos de colheita de dados são, por um lado, as medidas objetivas (anatômicas, fisiológicas, mecânicas), que não deixam lugar à interpretação, e, por outro lado, as medidas subjetivas (...) que são fornecidas pelo observador (...) ou pelos sujeitos.”

“No que diz respeito às medidas subjetivas, empregam-se as técnicas de observação, as entrevistas e os questionários, as escalas de medidas e diversos outros métodos.” Fortin (2003, p. 241)

Segundo Freixo (2012, p. 219):

A colheita de dados, (...) é a colheita sistemática de informações junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida seleccionados. (...) deve-se precisar a forma como se desenrolará a colheita de dados assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autoridades requeridas para efectuar o estudo nas instituições previamente seleccionadas (...).

“(...) o investigador, nesta etapa, selecciona os meios e métodos de colheita de dados que irá utilizar (...). Os instrumentos de medida podem ser entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, etc.” (Freixo, 2012, p. 219)

Segundo Freixo (2012, p. 225):

O questionário é o instrumento mais usado para a recolha de informação, constituindo um dos instrumentos de recolha de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo constituído por um conjunto de enunciados ou de questões (...). O questionário é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos e sem assistência; (...) É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis.

De acordo com a temática em estudo, decidiu-se que o instrumento de recolha de dados a aplicar seria um formulário, escolhido pela investigadora do estudo aquando da sua pesquisa sobre o tema a abordar na monografia. O instrumento de colheita de dados (Anexo II) foi desenvolvido por Inês Maria da Cruz Sousa, docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, aquando da elaboração da sua tese de Mestrado em 2005. Foi solicitada autorização à autora a qual se encontra no anexo I.

O formulário (Anexo II) está dividido em três partes: Dados Sociodemográficos e Antecedentes Pessoais; Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão; Recomendações para o tratamento da hipertensão. O formulário utilizado foi encurtado comparativamente com o original, sendo que a parte 4 que se dirigia aos conhecimentos sobre a hipertensão não foi utilizado pela investigadora.

Segundo Fortin (2003, p. 253):

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões.

No presente estudo não foi efetuado pré-teste, pelo facto de o formulário já ter sido testado e utilizado noutros estudos e não poder ser alterado, no entanto a autora disponibilizou-se para ajudar os utentes que tivessem dificuldade no seu preenchimento. Optou-se pela presença, no momento da recolha de dados, da investigadora para dar apoio e retirar qualquer dúvida aos participantes que aceitaram participar no estudo.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Para Vilelas (2009, p. 236), “Por dado entendemos cada um dos elementos de informação a que recorremos o desenvolvimento de uma investigação e na base dos quais, (...) poderão extrair-se conclusões de relevância em relação ao problema inicial.”

Segundo Freixo (2012, pp. 244-245):

Os dados provenientes dos factos observados no decurso da colheita de dados são analisados e apresentados de forma a facultar uma ligação lógica com o objecto do estudo e do problema proposto, segundo se trate de explorar ou de descrever os fenómenos ou de verificar relações entre variáveis. Recolhidos os dados deve-se agora organizar toda a informação a fim de preparar a sua análise na etapa seguinte. Esta organização irá certamente facilitar a apresentação dos resultados.

“Nesta etapa há lugar, ainda, à classificação, codificação e seleção dos dados, sendo necessário igualmente reagrupa-los de forma compreensível fim de facilitar a análise e interpretação a ter lugar na fase seguinte.” (Freixo, 2012, p. 245)

“Quando o investigador apresenta os resultados do seu estudo, deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados produzidos nos quadros e figuras.” (Freixo, 2012, p. 245) “Todas as tabelas, quadros e gráficos devem

ser numerados e identificados no que respeita à informação que representam.” (Vilelas, 2009, p. 237)

Segundo Vilelas (2009, p. 237):

Após o tratamento dos dados, convém organizá-los de maneira prática e racional, para um melhor entendimento do fenómeno que se está a estudar. (...) A estatística descritiva pode extrair e apresentar a informação contida nos dados colhidos, apresentando-os de duas formas, utilizando a apresentação através de tabelas-quadros, que descrevam certas características numéricas dos dados, e de representação gráfica, que possibilita uma rápida visão geral do fenómeno estudado.

Seguidamente à entrega dos formulários, este tem que ser analisado e interpretado de forma estatística, para podermos estudar os dados obtidos e conseqüentemente procedermos à análise necessária para podermos dar resposta às questões levantadas.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

Segundo Freixo (2012, p. 205):

A palavra ética tem origem no vocábulo grego, *ethos*, que significa *modo de ser, carácter*. (...) Em filosofia ética significa *o que é bom* para o indivíduo e para a sociedade e o seu estudo contribui para estabelecer a natureza de deveres no relacionamento indivíduo-sociedade.

Para Fortin (2003, p. 114), “A ética (...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Segundo Fortin (2003), os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação, são:

- *Direito à auto-determinação*: Incide no respeito pelas pessoas, segundo a qual qualquer pessoa é capaz de decidir por si mesma, ou seja, a pessoa tem o direito a decidir se pretende ou não participar numa investigação. Tendo em conta este direito, as pessoas foram informadas sobre a importância de participar no estudo e que eram livres de decidir se queriam ou não participar no estudo;

- *Direito à intimidade*: Refere-se ao facto, que cada pessoa é livre de decidir a informação a dar ao participar na investigação. Foi permitido aos inquiridos a liberdade de decidir acerca da informação a dar no estudo;

- *Direito ao anonimato e confidencialidade*: Os resultados obtidos devem ser tratados de maneira a que a identidade dos inquiridos não seja associada às respostas obtidas, nem mesmo pelo investigador do estudo. Desta forma, todos os participantes foram informados que os formulários eram confidenciais e anónimos, sendo que, os dados obtidos foram tratados de maneira a que nenhum dos participantes fosse identificado;

- *Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo*: Corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. No presente estudo não foram previstos quaisquer riscos;

- *Direito a um tratamento justo e equitativo*: refere-se ao direito que a pessoa tem a ser informada sobre o objectivo a natureza e duração da investigação. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo, natureza e duração da investigação.

III. FASE EMPÍRICA

Segundo Freixo (2012, p. 244), é na fase empírica que é colocado em execução o desenho de investigação. O autor ainda especifica que “esta fase inclui a colheita dos dados no terreno com a utilização do meio de recolha de dados previamente elaborado, seguida da organização e do tratamento dos dados.”

Segundo Freixo (2012, p. 244), para o tratamento dos dados “(...) utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à apresentação, interpretação e depois à comunicação dos resultados (...)”

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 472):

A apresentação, a análise e a interpretação dos resultados de uma investigação são etapas distintas no processo de investigação. Na apresentação dos resultados, o investigador dá conta da análise estatística dos dados, realizada por meio de diferentes testes. Presta uma atenção particular aos resultados apresentados.

Este estudo decorreu no contexto de uma Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) - Centro de Saúde de Miranda do Douro, após ter sido concedida autorização formal para sua realização pela aprovação dos Membros da Comissão de Ética e pelo Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste (Anexo VII). Para obter esta autorização foram enviados os seguintes documentos necessários para a sua autorização: o formulário (Anexo II); a declaração de consentimento informado (Anexo III); a declaração da orientadora (Anexo IV); o Pré-projeto (Anexo V) e o pedido de autorização para a realização de um estudo académico (Anexo VI).

A escolha específica deste Centro de Saúde foi motivada pelo facto do Centro de Saúde pertencer à área de residência da investigadora, que facilitou a recolha de dados e as

deslocações ao Centro de Saúde e conhecimento da existência da consulta de hipertensão médica e de enfermagem. A amostra do trabalho de investigação foi constituída por utentes com HTA inscritos no Centro de Saúde de Miranda do Douro, que recorreram ao Centro de Saúde no período de 6 a 31 de maio de 2019 e que aceitaram participar no estudo, perfazendo um total de 100 participantes.

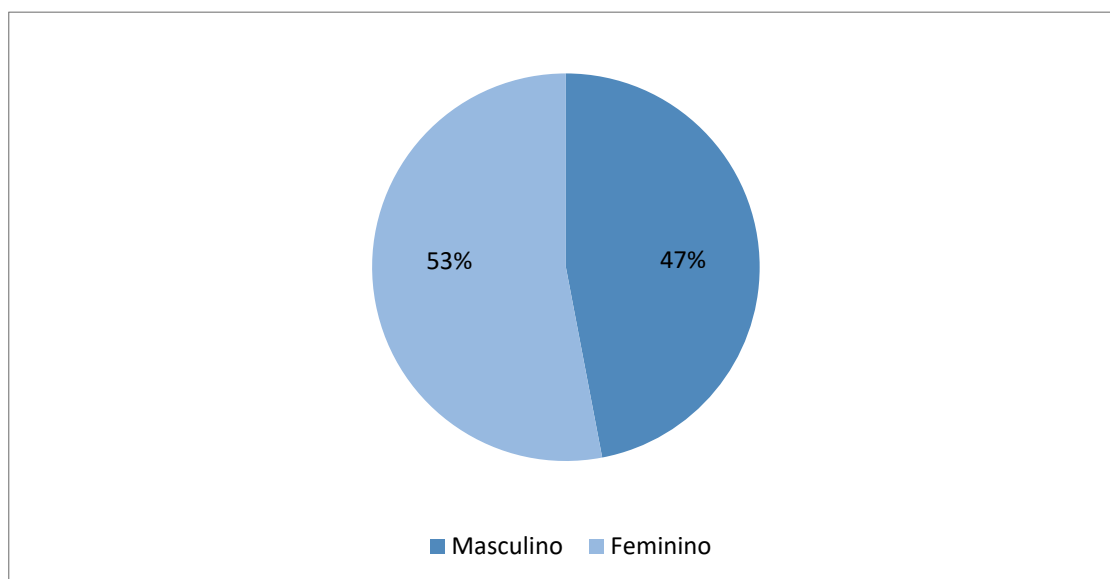
Como critérios de inclusão da amostra foi tido em conta que os utentes teriam de ter idade superior a 16 anos, ser competentes para decidir e aceitarem participar no estudo.

De seguida apresentam-se tabelas e gráficos e alguns comentários acerca dos dados recolhidos conforme as respostas dadas, pelos participantes do estudo, ao formulário. Em primeiro lugar apresentam-se as características sociodemográficas e antecedentes pessoais da amostra, de seguida, apresentam-se as razões de adesão e as razões de não adesão às recomendações para o tratamento da HTA, de seguida, as dificuldades que os inquiridos têm em seguir o tratamento para a HTA e por último as recomendações que lhes são feitas pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao tratamento da HTA.

Parte I – Dados Sociodemográficos e Antecedentes Pessoais

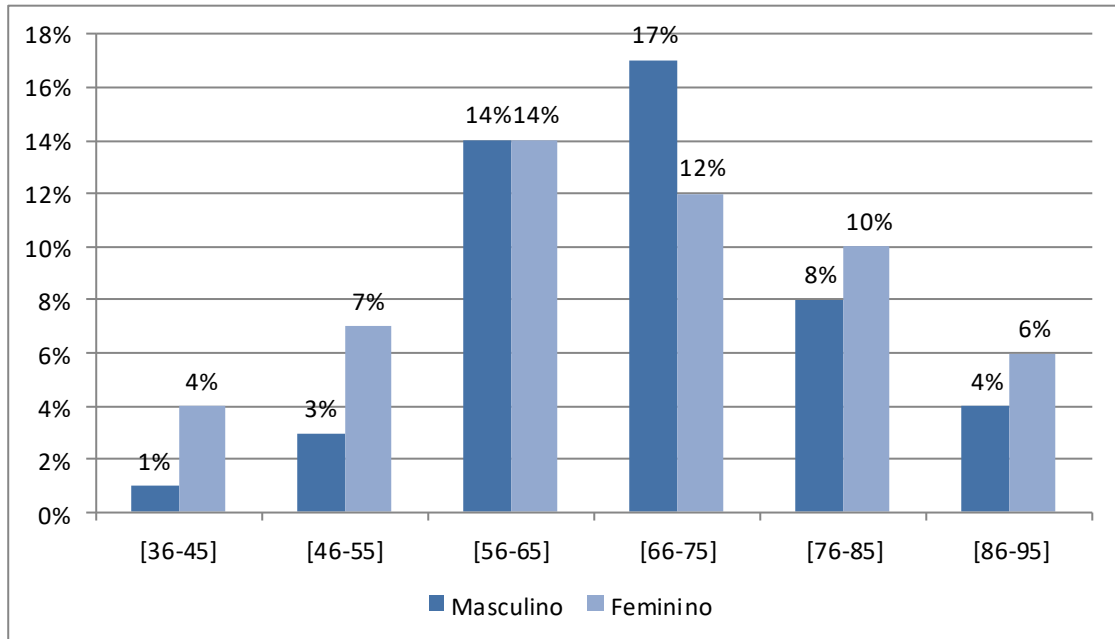
2. Sexo

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo



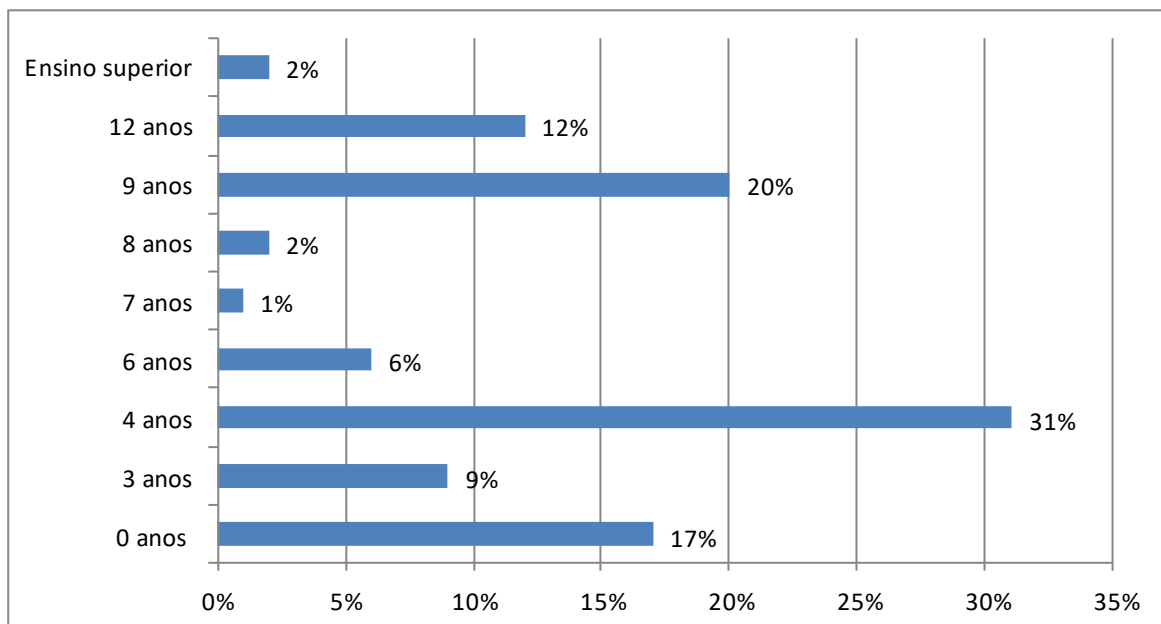
1. Idade

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por grupo etário conforme sexo



3. Habilitações literárias

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por anos de escolaridade



4. Situação Profissional.**Tabela 2** – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por situação profissional

<i>Situação Profissional</i>	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Trabalhador(a) ativo(a)	34	34%
Desempregado(a)	7	7%
Reformado(a)/ Inválido(a)	59	59%
Outra	0	0%
Total	100	100%

5. Profissão (atual ou anterior)**Tabela 3** – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por grupo profissional

Profissão (atual ou anterior)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Agricultor(a)	27	27%
Doméstica	16	16%
Assistente Operacional	11	11%
Motorista	5	5%
Mecânico	4	4%
Padeiro	4	4%
Empregada de limpeza	3	3%
Professor	3	3%
Enfermeiro	1	1%
Guarda Nacional Republicana	1	1%
Assistente Social	1	1%
Outras	24	24%
Total	100	100%

6. Componentes do agregado familiar

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por agregado familiar

<i>Agregado Familiar</i>	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Vive só	18	18%
Vive com o cônjuge / companheiro	55	55%
Vive com a família restrita	21	21%
Vive com a família alargada	4	4%
Vive num lar	2	2%
Outro	0	0%
Total	100	100%

7. Tempo de diagnóstico da doença

Na amostra estudada, o diagnóstico de HTA foi efetuado, em média, há 13,24 anos, a moda registada foi de 15 anos, com um desvio padrão de 7,49 anos. O tempo de conhecimento do diagnóstico da doença oscilou entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 57 anos.

8. História familiar de hipertensão (pai, mãe ou irmãos)

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes por existência de antecedentes familiares de hipertensão

<i>História familiar de hipertensão</i>	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Sim	54	54%
Não	27	27%
Não sabe	19	19%
Total	100	100%

9. Viver com pessoas com hipertensão

Relativamente à variável viver com pessoas com hipertensão, verificámos que a maioria dos inquiridos referiu não viver com pessoas que também tivessem a doença (63% da amostra). Dos 37 participantes que responderam afirmativamente a esta questão, 36, ou seja, 97,30%, referiram que o cônjuge também possuía a doença, o restante 2,70% referiu que era a filha que possuía a doença.

10. Problemas de saúde crónicos

Para além da HTA, 48% dos inquiridos referiu apresentar outras doenças crónicas, que exijam a toma regular de medicação. Dos inquiridos que referiram apresentar outras doenças crónicas, é possível verificar que a patologia associada mais frequente foi a diabetes (45,83% dos casos, 22 pessoas), seguida de patologias cardíacas (20,83% dos casos, 10 pessoas), hipertrofia da próstata (10,41% dos casos, 5 pessoas), hipercolesterolemia (8,33% dos casos), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) (4,16% dos casos), Osteoporose (4,16% dos casos); AVC (2,08% dos casos), entre outras. Dos participantes, aqueles que responderam “Sim”, 10,42% referiu ter mais do que uma patologia associada à HTA. Tais como: diabetes e patologia cardíaca; diabetes e hipertrofia da próstata; diabetes e hipercolesterolemia; diabetes e DPOC; osteoporose e diabetes; entre outras.

11. Número de consultas de hipertensão durante o último ano

Em relação a esta variável, verifica-se que a média de consultas foi de 2,12 consultas no último ano, com um desvio padrão de 0,43, a moda foi de 2 e a mediana de 2 também. O mínimo de consultas anuais foram 1 e o máximo de consultas foi 4 consultas durante o último ano.

12. Periodicidade da monitorização da PA

Na amostra estudada, os participantes monitorizaram em média 18,3 vezes a PA no último ano, a moda registada foi de 12 vezes ao ano, a mediana de 12 vezes, com um desvio padrão de 25,78 vezes. O número mínimo de vezes que os participantes monitorizaram a PA foi de 2 vezes e o máximo de 144 vezes ao ano.

12.1 Local de monitorização da PA

Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa dos participantes quanto ao local de monitorização da PA

Local de monitorização da pressão arterial	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Centro de Saúde	34	34%
Centro de Saúde + Casa	58	58%
Centro de Saúde + farmácia	6	6%
Centro de Saúde + Lar de 3 ^o idade	2	2%
Total	100	100%

Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão**Alimentação****13. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:****Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão à alimentação**

Itens	Nunca 0 dias		Raramente 1-2 dias		Às vezes 3-4 dias		Habitualmente 5-6 dias		Sempre 7 dias		Total	
	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %
13.1 Seguiu uma dieta com pouco sal?	0	0%	8	8%	23	23%	48	48%	21	21%	100	100%
13.2 Acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	93	93%	4	4%	3	3%	0	0%	0	0%	100	100%
13.3 Comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, etc?	9	9%	37	37%	40	40%	11	11%	3	3%	100	100%
13.4 Comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, etc.	53	53%	35	35%	10	10%	2	2%	0	0%	100	100%
13.5 Seguiu uma dieta pobre em gorduras	3	3%	13	13%	32	32%	42	42%	10	10%	100	100%
13.6 Comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas.	10	10%	48	48%	32	32%	8	8%	2	2%	100	100%
13.7 Comeu 5 ou mais peças de fruta e / ou doses de vegetais por dia?	0	0%	6	6%	20	20%	35	35%	39	39%	100	100%

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

Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão à alimentação

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
14.1 Comer dá-lhe prazer.	82	82%	18	18%	100	100%
14.2 Acha que alterar a dieta não vai melhorar a sua saúde.	18	18%	82	82%	100	100%
14.3 Faz refeições fora de casa.	13	13%	87	87%	100	100%
14.4 A comida com pouco sal não fica apetitosa.	47	47%	53	53%	100	100%
14.5 Não é responsável pela confecção dos alimentos, pelo que se limita aos alimentos que lhe dão.	49	49%	51	51%	100	100%
14.6 A dieta recomendada é cara.	4	4%	96	96%	100	100%
14.7 Acha que é difícil alterar a sua forma habitual de cozinhar.	29	29%	71	71%	100	100%
14.8 Cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes.	12	12%	88	88%	100	100%

Exercício físico**15. Durante as últimas quatro semanas:****Tabela 9** – Distribuição absoluta e relativa da razão de adesão ao exercício físico

Itens	Nunca 0 dias		Raramente 1-2 dias		Às vezes 3-4 dias		Habitualmente 5-6 dias		Sempre 7 dias		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %
Quantas vezes por semana faz pelo menos 30 minutos de exercício físico seguido, como caminhar, correr ou andar de bicicleta?	21	21%	23	23%	27	27%	12	12%	17	17%	100	100%

16. Quando não fez exercício físico (ex. caminhar), quais foram as principais razões?**Tabela 10** – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão ao exercício físico

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %
16.1 Não gosta de fazer exercício físico.	18	18%	82	82%	100	100%
16.2 Tem algum problema de saúde que o(a) impede de fazer exercício físico.	41	41%	59	59%	100	100%
16.3 Não tem companhia e não tem motivação para fazer exercício físico sozinho(a).	23	23%	77	77%	100	100%
16.4 Acha que fazer exercício físico não vai melhor a sua saúde.	12	12%	88	88%	100	100%
16.5 Sente-se cansado.	43	43%	57	57%	100	100%

Consumo de Álcool**17. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana:****Tabela 11** – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão ao consumo de álcool

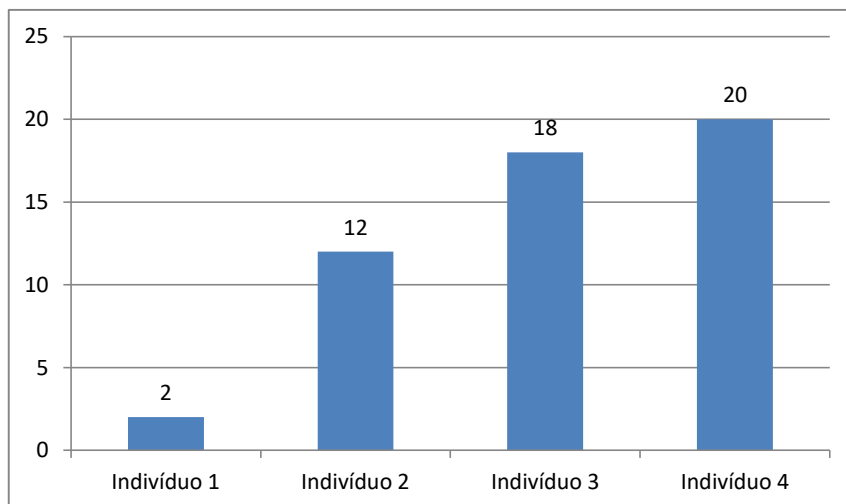
Itens	Nunca 0 dias		Raramente 1-2 dias		Às vezes 3-4 dias		Habitualmente 5-6 dias		Sempre 7 dias		Total	
	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %
17.1 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição?	75	75%	13	13%	1	1%	2	2%	9	9%	100	100%
17.2 Bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por dia?	61	61%	11	11%	9	9%	4	4%	15	15%	100	100%
17.3 Bebeu bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex. cerveja, brandy, bagaço, whisky, etc.)?	82	82%	5	5%	9	9%	3	3%	1	1%	100	100%

18. Quando não seguiu as recomendações do profissional de saúde, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quais foram as principais razões?**Tabela 12** – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão ao consumo de álcool

Itens	Sim		Não		Total	
	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %	f_i	f_{ri} %
18.1 Gosta de beber bebidas alcoólicas?	21	21%	79	79%	100	100%
18.2 Acha que beber menos quantidade de álcool não vai melhorar a sua saúde.	10	10%	90	90%	100	100%
18.3 Acha que o álcool lhe dá mais força.	12	12%	88	88%	100	100%
18.4 Sente necessidade de beber bebidas alcoólicas.	9	9%	91	91%	100	100%
18.5 Faz parte do convívio com os amigos beber bebidas alcoólicas.	18	18%	82	82%	100	100%

Hábitos Tabágicos**Tabela 13** – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão aos hábitos tabágicos

19. É fumador?	<i>f_i</i>	<i>f_{ri} %</i>
Não e nunca fumou regularmente	82	82%
Já foi fumador(a), mas deixou de fumar	14	14%
Sim, mas não fuma todos os dias	1	1%
Sim, regularmente (menos de 11 cigarros/ dia)	1	1%
Sim, regularmente (11 ou mais cigarros/ dia)	2	2%
Total	100	100%

20. Em média, quantos cigarros fuma por dia?**Gráfico 4** – Distribuição dos participantes por número de cigarros que fumam por dia

21. Quando fuma, quais as principais razões?**Tabela 14** – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão aos hábitos tabágicos

Itens	Sim		Não		Total	
	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$
21.1 Gosta de fumar?	4	100%	0	0%	4	100%
21.2 Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde?	1	25%	3	75%	4	100%
21.3 É difícil deixar de fumar?	4	100%	0	0%	4	100%
21.4 Fumar faz parte do convívio com os amigos?	2	50%	2	50%	4	100%

Medicação**22. Toma medicação para baixar a tensão arterial?**

Dos 100 participantes do estudo, quase todos (99 participantes, 99%) estavam a efetuar o tratamento com anti-hipertensivos. O tempo de início do tratamento oscilou entre 1 ano e 35 anos. A média de anos foi de 12,32 anos.

24. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes por semana tomou estes medicamentos conforme lhe foi indicado tomar?**Tabela 15** – Distribuição absoluta e relativa das razões de adesão à medicação

Itens	Nunca 0 dias		Raramente 1-2 dias		Às vezes 3-4 dias		Habitualmente 5-6 dias		Sempre 7 dias		Total	
	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$	f_i	$f_{ri} \%$
Quantas vezes tomou os medicamentos?	4	4,04%	5	5,05%	2	2,02%	11	11,11%	77	77,78%	99	100%

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

Tabela 16 – Distribuição absoluta e relativa das razões de não adesão à medicação

Itens	Sim		Não		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %
25.1 Esquece-se.	47	47,47%	52	52,53%	99	100%
25.2 Pensa que não é necessário tomar todas as vezes (sente-se bem não tomando).	7	7,07%	92	92,93%	99	100%
25.3 Não gosta de tomar comprimidos.	40	40,40%	59	59,60%	99	100%
25.4 Pensa que a medicação não está a dar bons resultados.	4	4,04%	95	95,96%	99	100%
25.5 A medicação provoca-lhe efeitos secundários (sente-se mal).	2	2,02%	97	97,98%	99	100%
25.6 Os medicamentos são muito caros.	24	24,24%	75	75,76%	99	100%
25.7 O horário das tomas é inconveniente.	5	5,05%	94	96,97%	99	100%
25.8 Não gosta de ser dependente de medicamentos.	65	65,66%	34	34,34%	99	100%
25.9 São muitos os medicamentos que tem que tomar.	26	26,26%	73	73,74%	99	100%
25.10 Deixa acabar os medicamentos.	10	10,10%	89	89,90%	99	100%

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

Tabela 17 – Distribuição absoluta e relativa das dificuldades de adesão ao regime terapêutico

Itens	Sim		Não		Não Aplicável		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %
26.1 Alimentação	23	23%	77	77%	0	0%	100	100%
26.2 Exercício físico	44	44%	56	56%	0	0%	100	100%
26.3 Medicação	4	4%	95	95%	1	1%	100	100%
26.4 Diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas	4	4%	39	39%	57	57%	100	100%
26.5 Suspensão do hábito de fumar	4	4%	0	0%	96	96%	100	100%

Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão**27. Como parte do tratamento da hipertensão foi-lhe recomendado por algum profissional de saúde (Enfermeiro, Médico ou outro):****Tabela 18** – Distribuição absoluta e relativa das recomendações dos profissionais de saúde

Itens	Sim		Não		Não Aplicável		Total	
	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> %
27.1 Seguir uma dieta com pouco sal?	100	100%	0	0%	0	0%	100	100%
27.2 Seguir uma dieta pobre em gorduras?	100	100%	0	0%	0	0%	100	100%
27.3 Comer frutos e vegetais?	100	100%	0	0%	0	0%	100	100%
27.4 Fazer exercício físico regularmente?	100	100%	0	0%	0	0%	100	100%
27.5 Tomar a medicação prescrita?	99	99%	0	0%	1	1%	100	100%
27.6 Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas?	40	40%	0	0%	60	60%	100	100%
27.7 Deixar de fumar?	4	4%	0	0%	96	96%	100	100%

2. Discussão dos resultados

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009, p. 492):

O processo de investigação finaliza-se com a difusão dos resultados. Os resultados da investigação não têm sentido se não forem comunicados a outras pessoas. Para os difundir, o investigador elabora um relatório de investigação que toma a forma de uma publicação, de uma apresentação oral ou em cartaz, (...).

Nesta parte do projeto de investigação, pretende-se discutir os resultados obtidos da investigação, que foram expostos anteriormente, comparando estes resultados com os resultados de outro trabalho científico, quando possível. Para discutir o trabalho de investigação realizado, tem-se como ponto de partida as perguntas de investigação que nos orientaram no decorrer do estudo. De maneira a ordenar a discussão dos dados obtidos, inicia-se com uma discussão das características sociodemográficas e antecedentes pessoais e familiares dos inquiridos, de seguida discutir quais as razões de adesão e de não adesão ao regime terapêutico, seguindo-se as dificuldades que os inquiridos têm em seguir o regime terapêutico e por último discutir os ensinamentos que são feitos aos inquiridos pelos profissionais de saúde.

Características Sociodemográficas e antecedentes familiares e pessoais

No que diz respeito ao género, verifica-se o predomínio do sexo feminino (53% da amostra), este valor está em concordância com o estudo realizado por Sousa (2005), em que a amostra é constituída por 66,67% pessoas do sexo feminino (verifica-se o predomínio também do sexo feminino). Em relação à variável idade, esta foi dividida em 6 intervalos de classe de 9 em 9 anos a partir dos 36 anos até aos 95 anos. A idade mínima dos participantes em estudo foi de 40 anos, enquanto a idade máxima foi de 93 anos. O grupo etário mais representado foi dos 66 aos 75 anos, correspondendo a 29% da amostra, segue-se o grupo dos 56 aos 65 anos com 28%, o grupo dos 76 aos 85 anos com 18%, o grupo dos 46 aos 55 anos e dos 86 aos 95 anos com 10% cada e o grupo dos 36 aos 45 anos com 5% da amostra, sendo o grupo com menor número de participante. Comparativamente com o estudo conduzido por Sousa (2005), verifica-se que o grupo etário mais representado era o dos 65 aos 75 anos, que acontece neste estudo também.

Relativamente aos anos de escolaridade, do total dos inquiridos, 31% frequentou apenas o 4º ano de ensino escolar, seguindo-se 20% da amostra que frequentou o 9º ano, 12% frequentou o 12º ano, 2% frequentou o ensino superior e de salientar que 17% da amostra é analfabeta.

Relativamente à situação profissional, 59% da amostra referiu estar reformado(a)/ inválido(a), pode-se associar este parâmetro, ao facto de maior parte da amostra ter

idades iguais ou superiores a 66 anos (idade de início da reforma), contudo, verifica-se que 34% encontra-se a trabalhar no ativo e 7% estão desempregados. No que diz respeito à Profissão (atual ou anterior), 27% da amostra trabalha na agricultura, enquanto 16% são domésticas, 10% são assistentes operacionais, 3% são professores, 1% é enfermeiro, entre outras.

Relativamente ao agregado familiar, pode-se constatar que mais de metade dos inquiridos referiu viver acompanhado. De facto, 55% dos participantes referiram viver com o cônjuge ou companheiro, 21% com a família restrita, 4% com a família alargada e 2% num lar, de realçar que 18% dos participantes referiu viver só.

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, este oscilou entre 1 e 57 anos, sendo que a média de tempo de diagnóstico da doença foram 13,24 anos. Associa-se o facto do tempo de diagnóstico da doença ser bastante alto com a variável idade, já que mais de metade da amostra tem acima de 56 anos.

No que diz respeito aos antecedentes familiares de hipertensão, mais de metade dos inquiridos (54%) referiu ter antecedentes familiares desta doença, valor semelhante ao estudo realizado por Sousa (2005), em que a história familiar positiva verifica-se em 47,22% da amostra. No entanto, 27% referiram não ter história familiar de hipertensão e 19% referiu não saber, pode associar-se esta percentagem ao facto da maioria dos participantes ter idade avançada pelo que os seus pais não teriam tanta facilidade de recorrer aos cuidados de saúde.

Mais de metade dos inquiridos referiu não viver com pessoas com HTA. Este aspeto relaciona-se com o estudo de Sousa (2005), em que “(...) a maioria dos participantes não vive com pessoas que apresentem a doença (...)”, de referir que dos 37% que responderam afirmativamente, quase todos referiram ser o cônjuge.

Relativamente aos problemas de saúde crónicos para além da HTA, 48 inquiridos referiram possuir outras patologias, tendo-se verificado que a doença que mais predominava era a Diabetes (45,83%), 20,83% dos inquiridos também apresentavam patologia cardíaca, 10,41% apresentavam hipertrofia da próstata, entre outras.

Relativamente ao número de consultas de HTA que os utentes hipertensos realizaram, variou de 1 a 4 consultas anuais, sendo que a média de consultas foi de 2,12 consultas.

Contrariamente ao estudo de Sousa (2005) em que a amostra recorreu muitas vezes ao Centro de Saúde para consultas de HTA, pelo que a autora sugere que seja “(...) preocupação com a situação clínica ou, por outro lado, ausência de controlo da doença. (...)”.

No que diz respeito ao número de vezes que a amostra monitorizou a PA, esta variou de 2 a 144 vezes ao ano, sendo a média de monitorizações 18,3 vezes. Alguns indivíduos monitorizavam a PA só nas vezes que iam à consulta, enquanto outros tinham aparelho de ver a tensão arterial ou teriam facilidade de a monitorizar noutro local. O local destas monitorizações de PA foram todas no Centro de Saúde, contudo alguns inquiridos da amostra referiram que para além da monitorização ser no Centro de Saúde, também foi em casa, na farmácia e no Lar de 3ª idade, tendo os locais “Centro de Saúde + Casa” os locais onde era monitorizada a HTA mais frequentemente (58% dos inquiridos escolheram esta opção de resposta).

Razões de adesão aos hábitos alimentares

Quanto à adesão a hábitos alimentares saudáveis, verifica-se que dos participantes no estudo, 21% seguiu sempre “uma dieta com pouco sal” nos últimos 7 dias, enquanto 48% respondeu habitualmente.

Relativamente a “acrescentar sal aos alimentos à mesa”, 93% dos participantes não o fez em nenhum dia, dos restantes 4% e 3%, raramente e às vezes o fizeram, respetivamente.

Referente a “Comer azeitonas, peixes salgados, ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados” 40% dos inquiridos comeu às vezes este tipo de comida, pelo que se verifica que os inquiridos aderem a este tipo de comidas.

A “comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)”, não faz parte da alimentação diária dos participantes do estudo, visto que, mais de metade dos inquiridos, 53% referiu nunca ter comido esse tipo de comida na última semana e 35% referiram raramente.

A percentagem de participantes que referiu seguir sempre “uma dieta pobre em gorduras”, foi de 10%, enquanto 42% referiram seguir habitualmente. Quanto à ingestão de “alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos”, 48% fê-lo raramente. A partir dos dados obtidos, verifica-se que alimentos ricos em gorduras fazem parte da alimentação dos inquiridos.

Em relação ao consumo de “5 ou mais peças de fruta e / ou doses de vegetais por dia”, verifica-se que 39% sempre o fez. Este valor deve-se ao facto de uma grande percentagem dos inquiridos trabalhar na agricultura, pelo que têm facilidade em adquirir estes alimentos.

Quanto à adesão de hábitos alimentares saudáveis, verifica-se que houve menor adesão na restrição de “azeitonas, peixes salgados, ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados” e na redução do consumo de gorduras. Comparativamente com Sousa (2005), verifica-se que estes aspetos também são razões de menor adesão aos hábitos alimentares saudáveis, no estudo da investigadora, contudo também verificou que havia défice no consumo de frutas e vegetais, coisa que não é relevante no presente estudo, associa-se ao facto de 27% da amostra trabalhar na agricultura, pelo que têm facilidade em produzir e colher estes alimentos, enquanto no estudo conduzido por Sousa (2005), como foi aplicado numa cidade, os indivíduos podem não ter tanta facilidade em adquirir estes alimentos, visto que, têm de os comprar.

Razões de não adesão às recomendações sobre hábitos alimentares

Dos 100 inquiridos, 82% deles referiram que “comer dá-lhe prazer”, contudo 82% referiram que se alterar a forma como come irá melhorar a saúde. Em relação à quantidade de sal na comida, 53% responderam que a comida com pouco sal também sabe bem, contudo quase metade da amostra referiu que não é tão boa como aquela que tem um pouco mais de sal. Relativamente às “refeições fora de casa”, só 13% referiu que fazia. 51% da amostra referiu ser responsável pela confeção dos alimentos, sendo que 71% refere não ser difícil alterar a forma como cozinha e só 12% refere que “cozinha para muitas pessoas e não quer fazer comidas diferentes”. Quase a totalidade da amostra (96%) referiu que a dieta recomenda não é cara. As principais razões que

levam os inquiridos a não aderirem às recomendações sobre os hábitos alimentares são o prazer de comer, o gostar de comidas com sal e o facto de não ser o próprio a cozinhar.

Razões de adesão ao exercício físico

Relativamente a fazer “pelo menos 30 minutos de exercício físico seguido” verifica-se que 83% dos inquiridos não praticou exercício físico diário, sendo que, destes, 21% dos inquiridos nunca o fez durante a última semana, enquanto 23% o fez raramente, 27% às vezes, 12% habitualmente e só 17% da amostra o fez sempre. O facto de uma grande percentagem de inquiridos fazer pouco exercício físico pode dever-se ao facto da média de idades ser alta e também à presença de outras patologias associadas, que podem explicar este resultado. Pode-se comparar este resultado com o estudo de Sousa (2005), em que existe baixa adesão ao exercício físico. De salientar que das recomendações terapêuticas expostas, o exercício físico é o tratamento que os participantes mais dificuldade têm em aderir.

Razões de não adesão ao exercício físico

Relativamente às razões pelas quais os inquiridos não praticam exercício físico, verifica-se que 88% reconheceu que se fizer exercício físico regularmente vão melhorar a saúde, sendo que também se verifica que 82% dos inquiridos gostam de fazer exercício físico, por outro lado, verifica-se que 41% da amostra “tem algum problema de saúde que impede de fazer exercício físico”, principalmente problemas osteoarticulares que podem dificultar a realização de atividade física, sendo que, 43% refere sentir-se cansado e 23% da amostra referiu não ter companhia e motivação para fazer exercício físico.

A partir dos dados apresentados, verifica-se que o cansaço e os problemas de saúde, são as razões mais mencionadas pelos participantes do estudo à não adesão ao exercício físico. No estudo realizado por Sousa (2005), a razão mais referida de não adesão à actividade física foi a falta de companhia.

Razões de adesão à restrição do consumo de álcool

No que concerne a esta variável, 75% dos inquiridos refere que nunca “bebeu mais do que um copo de vinho ou uma cerveja por refeição” e 9% fá-lo sempre. Quanto ao consumo de mais do que uma bebida alcoólica por dia, 61% referiu nunca o fazer, enquanto 15% referiu faze-lo sempre. É importante referir que 82% dos inquiridos nunca ingeriu “bebidas alcoólicas fora das principais refeições (ex. cerveja, brandy, bagaço, whisky, etc.)”, e 9% referiu faze-lo às vezes.

Razões de não adesão à restrição do consumo de álcool

Verifica-se que 90% dos inquiridos referem que se consumirem menos bebidas alcoólicas a saúde melhora, por outro lado 21% dos inquiridos refere gostar de bebidas alcoólicas, e 12% da amostra referiu “que o álcool lhe dá força”, 9% referiram que sentem necessidade de bebidas alcoólicas e 18% referiram que faz parte do convívio beber álcool com amigos.

A partir dos dados recolhidos, verifica-se que as principais razões de não adesão à restrição do consumo de álcool são o prazer de beber bebidas alcoólicas e beber com companhia.

Razões de adesão à abstenção do uso do tabaco

As pessoas fumadoras na amostra foram 4, o que corresponde a 4% da amostra, dentro destes, a média de cigarros por dia é de 13 cigarros, com desvio padrão de 8,08. O consumo mínimo foi de 2 cigarros e o máximo de 20 cigarros.

Razões de não adesão à abstenção do uso do tabaco

Quanto aos hábitos tabágicos, 3 dos 4 participantes que são fumadores referem que se deixarem de fumar a saúde vai melhorar, contudo todos os participantes referem que a razão pela qual não aderem à abstenção do tabaco é o prazer de fumar e a dificuldade

em deixar de fumar e 50% dos inquiridos fumadores referem que “fumar faz parte do convívio com os amigos”, enquanto a outra metade refere o contrário. Pode-se verificar que as principais razões para não adesão à abstenção do uso do tabaco são o prazer de fumar e a dificuldade em deixar de fumar.

Razões de adesão à medicação

Dos 100 participantes do estudo, 99 (99%) responderam que se encontravam a efetuar o tratamento com medicação anti-hipertensiva. O tempo de início de tratamento oscilou entre 1 anos e 35 anos, a média de anos foi de 12,32 anos e o desvio padrão de 7,25.

Relativamente à frequência com que os inquiridos tomaram a medicação, verifica-se que 77% sempre o fez e 4% nunca tomou a medicação. Este resultado vai de em conta ao estudo realizado por Sousa (2005), em que 78,9% dos participantes referiu tomar a medicação conforme recomendada.

A partir dos dados, pode-se verificar que a medicação é o parâmetro do regime terapêutico da HTA que os utentes mais aderem.

Segundo Sousa (2005), “ (...) uma razão provável para a adesão à medicação ser elevada, (...), poderá estar relacionada com crenças dos doentes, nomeadamente com uma maior valorização da medicação no tratamento da doença, em detrimento dos estilos de vida.”

Relativamente à questão colocada no formulário sobre “o nome do medicamento” que tomava para a HTA, esta não foi objeto de estudo no presente trabalho de investigação. Contudo, é importante referir que aquando do preenchimento dos formulários por parte dos inquiridos, muitos utentes não sabiam o nome dos medicamentos que tomavam para o controlo da HTA, meramente referiam as cores das letras do nome do medicamento, a cor e o tamanho do comprimido (ex. pequeninos, redondos, ...), ou só pronunciavam as primeiras letras do nome do medicamento, e alguns como iam à consulta médica de hipertensão arterial, levavam a caixa dos medicamentos para pedir prescrição desses mesmos. Este acontecimento ocorreu também com o estudo realizado por Sousa (2005).

Razões de não adesão à medicação

Dos 99 inquiridos que estavam a fazer medicação anti-hipertensiva, 47,47% referiram que quando não tomaram a medicação, foi por esquecimento, 7,07% pensa que “não é necessário tomar todas as vezes”, 40,40% “não gosta de tomar comprimidos”, 4,04% pensa que “a medicação não está a dar bons resultados”, 2,02% refere que “a medicação provoca-lhe efeitos secundários”, 24,04% refere que “os medicamentos são muito caros”, 5,05% refere que “o horário das tomas é inconveniente”, mais de metade da amostra (65,66%), “não gosta de ser dependentes de medicamentos”, 26,26% refere que “são muitos os medicamentos que tem que tomar” e 10,10% referiu deixar acabar os medicamentos.

As principais razões para os participantes não aderirem à terapêutica anti-hipertensiva, foram o desgostar de ser dependentes de medicamentos, o esquecimento e o não gostar de comprimidos. Segundo o estudo realizado por Sousa (2005), as razões que foram mais apontadas pelos participantes como razão de não adesão à medicação foram a falta de possibilidades económicas, que comparativamente com este estudo, só 24,24% da amostra referiu que “os medicamentos são muito caros” e a ideia de achar “que não é necessário tomar todas vezes os medicamentos”, em que no presente estudo, só 7,07% o referiu.

Dificuldades sentidas no seguimento do tratamento

Ao analisar as dificuldades sentidas no seguimento do tratamento, verifica-se que todos os participantes fumadores do estudo referiram dificuldade em deixar de fumar, em relação ao exercício físico, 44% referiram ter dificuldade em praticar exercício físico, em relação ao cumprimento de uma alimentação saudável, 23% referiram ter dificuldade neste aspeto, 4% dos inquiridos que tomavam medicação referiram ter dificuldade em cumprir este aspeto e 4% referiu ter dificuldade em diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas.

A partir dos dados, verifica-se que a maior dificuldade dos participantes em seguir o regime terapêutico, é a prática de exercício físico, seguindo-se a alimentação saudável e

a toma de medicação, a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e a suspensão de fumar a dificuldade é a mesma.

Ensinos feitos aos utentes hipertensos pelos profissionais de saúde

Da análise dos dados todos os participantes da amostra foram informados pelos profissionais de saúde acerca dos cuidados a ter com a doença, no que diz respeito a: “seguir uma dieta com pouco sal”; “seguir uma dieta pobre em gorduras”; “comer frutos e vegetais”; “fazer exercício físico regularmente”; “tomar a medicação prescrita”; “diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas”; “deixar de fumar”.

3. Principais conclusões do estudo

Após a análise e discussão dos dados, apresenta-se de forma resumida as principais conclusões do estudo.

Relativamente à questão enunciada anteriormente sobre “Quais as características da amostra?”, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, predominam indivíduos com idades compreendidas entre os 66 e 75 anos, nível de instrução baixo, estando maior parte deles reformados/ inválidos, vivendo a maior parte deles acompanhados.

Em relação à questão “Qual a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial?”, conclui-se que todos os participantes do estudo foram informados pelos profissionais de saúde acerca dos cuidados a ter com a HTA no que concerne ao regime terapêutico.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos participantes no cumprimento do regime terapêutico, a prática regular de exercício físico, seguir um regime alimentar saudável, a toma correta da medicação e a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, são por ordem decrescente as maiores dificuldades sentidas pelos participantes no cumprimento

do regime terapêutico. Todos os fumadores referiram ter dificuldade em deixar de fumar.

Relativamente à questão “Quais as razões que contribuem para a adesão e não adesão ao cumprimento do regime terapêutico nos utentes com hipertensão arterial?”, verifica-se o seguinte.

No que diz respeito às razões de não adesão ao regime terapêutico, estes estão relacionados: com o prazer de comer, consumir álcool e tabaco; com o cansaço de praticar actividade física e não gostarem de ser dependentes de medicamentos.

Quanto às razões de não adesão ao regime terapêutico, no que diz respeito à alimentação, esta parece estar mais ligada à satisfação e prazer de comer comidas mais salgadas e que tenham mais gordura, e também facto de não ser responsável pela confecção de comida. Comparativamente com o estudo realizado por Sousa (2005), as razões de não adesão à alimentação, direccionam-se ao prazer de comer, por fazer “refeições fora de casa”, pelo facto de “a comida com sal não é apetitosa” e por não acreditar nos benefícios da mudança de hábitos alimentares”.

No que diz respeito ao exercício físico, este é o item do regime terapêutico dos hipertensos que menos aderem, sendo que as razões para esta não adesão são o cansaço e os problemas de saúde que impedem a realização do mesmo. Comparativamente com o estudo realizado por Sousa (2005), que ter um problema de saúde também é uma das razões principais para a não adesão ao exercício físico.

Quanto às razões de não adesão à cessação do consumo de álcool e de cessação tabágica, estes estão ligados também ao prazer e ao convívio com amigos aquando do seu consumo. No estudo realizado por Sousa (2005), no que concerne ao prazer de fumar e beber a principal razão para a não adesão também é o prazer.

Acerca do cumprimento da medicação prescrita, as razões de maior não adesão a este tratamento para a HTA, relacionam-se com o facto de desgostarem serem dependentes de medicamentos e o esquecimento de os tomar, sendo que no estudo de Sousa (2005), as razões de não adesão a esta variável referem-se ao custo dos medicamentos e ao facto de acharem que “não é necessário tomar todas as vezes” os medicamentos.

Quanto à adesão ao regime terapêutico, os utentes inquiridos mostraram que aderem mais às recomendações sobre o não consumo do tabaco, a toma da medicação, o não consumo de bebidas alcoólicas, às recomendações sobre hábitos alimentares saudáveis e à prática de exercício físico.

CONCLUSÃO

No presente trabalho de investigação, começa-se por delinear a área temática escolhida, com interesse para a enfermagem e o porquê da sua escolha, apresentar as questões de investigação, definir hipertensão arterial e outros aspetos importantes, de seguida, enunciar as escolhas metodológicas e por último apresentar e discutir os resultados obtidos.

A decisão de tratar o tema Hipertensão Arterial, surgiu ao longo do curso Licenciatura em Enfermagem, por se tratar de um tema tão recorrente e determinante nas vidas das pessoas que sofrem desta doença.

A hipertensão consiste num problema de saúde pública, devido a ser uma doença crónica e assintomática, como tal, de difícil diagnóstico e tratamento tardio, causando graves consequências e um elevado número de mortes.

Desde muito cedo, todas as pessoas quer sejam quer não sejam hipertensas devem adotar estilos de vida saudáveis para prevenir o aparecimento e o avançar da doença. No que toca às pessoas que têm HTA, os ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde devem compreender, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de exercício físico, a toma correta dos medicamentos e o não consumo de substâncias nocivas.

A mudança de comportamentos pode ser bastante difícil principalmente para doenças como a HTA que não causam sintomas, o que pode levar à negligência da pessoa no que toca às mudanças de hábitos de vida saudáveis.

É muito importante a informação que é transmitida aos utentes pelos profissionais de saúde, tais como, o saber lidar com a HTA, conhecer as doenças que a hipertensão arterial pode causar, a importância da adesão ao regime terapêutico, são todas ferramentas para sensibilizar a pessoa hipertensa em como lidar com a doença.

Seguir o regime terapêutico mais correto nem sempre é fácil, as pessoas podem entrar em negação com ele, visto que, é necessário deixar hábitos que lhe davam satisfação e prazer fazê-los. Como tal os enfermeiros e restantes profissionais de saúde têm de compreender quais são estas barreiras que impossibilitam as pessoas de adquirirem

comportamentos de adesão face à doença, para tentar atingir objetivos, evitando problemas futuros.

Os resultados deste estudo vão de encontro ao estudo realizado pela autora do formulário, no que diz respeito à prática regular de exercício físico e à alimentação saudável, que são dois componentes que devem ser melhor refletidos pelos utentes com hipertensão para que passem a ser razões de adesão ao longo das suas vidas.

A elaboração deste trabalho, contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional, ao nível de conhecimentos acerca de pesquisa e investigação científica, que podem ser úteis futuramente e ao nível de conhecimentos da doença fomentando estilos de vida saudáveis.

Relativamente aos limites do estudo, é de referir o tempo de demora de resposta por parte da comissão de ética, bem como, a investigação ter coincidido com o Estágio de Integração à Vida Profissional, sendo que os dois necessitavam de tempo investido para a sua realização. Por último, referir a inexperiência da investigadora, visto que, se trata da primeira vez que realiza um trabalho científico.

Em relação aos objetivos gerais e específicos, definidos no final da fase Conceptual, conseguiu-se cumprir os objetivos propostos. Relativamente às questões de investigação enunciadas, considera-se que os dados obtidos através do formulário conseguiram dar resposta às questões enunciadas.

Relativamente às sugestões de investigação, é deveras importante a investigação na área da hipertensão arterial, no que diz respeito às razões de adesão ao regime terapêutico de modo a que os profissionais de saúde e de modo particular os Enfermeiros possam encontrar as melhores e mais eficazes estratégias para que os utentes que sofrem desta doença possam ter maior facilidade em aderir aos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ciribelli, M. C. (2003). *Como Elaborar Uma Dissertação de Mestrado Através Da Pesquisa Científica*. Rio de Janeiro. Viveiros de Castro Editora, p. 88.

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 (CIPE ®)*. Ordem dos Enfermeiros, p. 34.

Correia, A. M. R. e Mesquita, A. (2014). *Mestrados & Doutoramentos: Estratégias para a Elaboração de Trabalhos Científicos: o Desafio da Excelência*. 2ª Edição. Porto. Vida Económica, pp. 14-215.

Costa, P. e Ramôa, A. (2018). Lesão renal em doentes com hipertensão arterial: estudo em cuidados de saúde primários na região de Braga. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34, pp. 242-6.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra. Almedina.

DGS. (2004). *Diagnóstico Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

DGS. (2018). Hipertensão Arterial. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/08/hipertensao-arterial/>>. [Consultado em 27/07/2019].

Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Loures, Lusociência, 3ª Edição, pp. 48-253.

Fortin, M. F., Côté, J. e Filion F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta, pp. 4-492.

Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas*. 4ª Edição. Lisboa, Instituto Piaget, pp. 185-245.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2019). Hipertensão. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>>. [Consultado em 20/05/2019].

Helito, A. S. e Kauffman, P. (2007). *Saúde: Entendendo as Doenças, A Enciclopédia Médica da Família*. São Paulo. Nobel.

Hoepfner, C. e Franco, S. C. (2009). Inércia Clínica e Controle da Hipertensão Arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Santa Catarina. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 95(2), pp. 223-229.

Jacomini, C. Z. e Hannouche, R. Z. (2001). Retinopatia Hipertensiva. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8 (7), pp. 321-327.

Langowski, A. R., Koerich, A. e Trompczynski, J. (2018). *Linha Guia de Hipertensão*. 2ª Edição. Curitiba, SESA, pp. 38-42). ISBN 978-85-66800-16-6.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo, Atlas, 5ª Edição, p. 219.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa. Ministério da Saúde, p.16. ISBN: 978-989-99480-1-3.

Oliveira, E. R. e Ferreira P. (2014). *Métodos de Investigação: Da Interrogação à Descoberta Científica*. Vida Económica. Porto, p. 42.

Pierin, A. M. G. (2004). *Hipertensão Arterial: Uma proposta para o cuidar*. 1ª Edição. São Paulo, Editora Manole, p. 291.

Portal do Serviço Nacional de Saúde. (2018). Dia Mundial da Hipertensão. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/17/dia-mundial-da-hipertensao-2/>>. [Consultado em 30/05/2019].

Santos, Z. M. S. A. *et alii.* (2005). Adesão do Cliente Hipertenso ao Tratamento: Análise com Abordagem Interdisciplinar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), pp. 332-340.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2017). Conheça melhor a hipertensão. Qual é o risco de vir a ter hta? [Em linha]. Disponível em <https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/91>. [Consultado em 30/05/2019].

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2017). Conheça Melhor a Hipertensão. Hipertensão Arterial (HTA): O que é? [Em linha]. Disponível em <https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89#top>. [Consultado em 11/06/2019].

Sousa, I. M. C. (2005). *A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.

Vilelas, J. (2009). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 45-237.

WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Switzerland, World Health Organization. ISBN 92 4 154599 2.

ANEXOS

Anexo I

Pedido e autorização para utilização do instrumento de colheita de dados



Ana Vitoria Martins Fernandes <31357@ufp.edu.pt>
para inescruz ▾

sábado, 1/12/2018, 23:51 ☆ ↩ ⋮

Exma. Sra. Professora Inês Maria da Cruz Sousa,

O meu nome é Ana Vitória Martins Fernandes, sou aluna do 4º ano de Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

No âmbito da licenciatura, estou a desenvolver a minha monografia sobre a temática “A Adesão dos Utentes hipertensos à medicação”, sob orientação da Professora Amélia José Monteiro.

Neste estudo tenho como objetivo geral avaliar os fatores que levam as pessoas a não aderirem à medicação prescrita.

Sou natural de Miranda do Douro e gostaria de realizar o meu trabalho junto dos utentes com hipertensão que frequentam o Centro de Saúde de Miranda do Douro, localidade onde resido.

Na pesquisa que realizei sobre o tema, pude ler a sua tese de Mestrado e creio que o questionário que aplicou poderia adequar-se ao meu trabalho.

Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação do questionário incluído na sua dissertação de mestrado: “A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos”, no meu de projeto de graduação.

Agradeço a sua melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Vitória Martins Fernandes



Inês Cruz <inescruz@esenf.pt>
para eu ▾

domingo, 2/12/2018, 22:35

Cara Estudante Ana Vitória Martins Fernandes,

Congratulo-a pela escolha do tema para a monografia que é extremamente atual e caro à Enfermagem.

Tem a minha autorização para a utilização do instrumento de recolha de dados por mim desenvolvido no âmbito do Mestrado.

Se possível, gostaria de ter acesso aos resultados do seu trabalho, uma vez que continua a ser uma área do meu interesse.

Sucesso para a concretização do trabalho,

Melhores cumprimentos,

Inês Cruz, MScN, RN

Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 PORTO

Telefone: +351 225 073 500

Correio eletrónico: inescruz@esenf.pt

Web: <http://portal.esenf.pt>



Anexo II
Formulário

Formulário

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:

Trabalhador(a) ativo(a)	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)/ Inválido (a)	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>
5. Profissão (actual ou anterior): _____
6. Componentes do agregado familiar:

Vive só	<input type="checkbox"/>
Vive com o cônjuge/ companheiro(a)	<input type="checkbox"/>
Vive com a família restrita (pai, mãe, filhos)	<input type="checkbox"/>
Vive com família alargada	<input type="checkbox"/>
Vive num lar	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>
7. Há quantos anos sabe que é hipertenso?
8. O pai, a mãe ou os irmãos são (eram) hipertensos?

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------
9. Algumas das pessoas com quem vive sofre de hipertensão?

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	9.1. Qual? _____
------------------------------	------------------------------	------------------
10. Para além da hipertensão, sofre de alguma doença crónica para a qual necessite de tomar medicação regularmente e/ ou alterar o seu estilo de vida?

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	10.1. Qual? _____
------------------------------	------------------------------	-------------------

11. No último ano, quantas vezes foi à consulta de hipertensão (médica ou de enfermagem)?

12. No último ano, quantas vezes mediu a tensão arterial? (por mês/ por ano)

12.1 Onde costuma medir a tensão arterial?

Centro de saúde

Casa

Casa + centro de saúde

Outro

Parte II – Adesão às recomendações para o tratamento da hipertensão

Alimentação

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

	Nunca 0 dias	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, paio, 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	Não
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 não fica apetitosa.		
14.5 Não é responsável pela confecção 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 Outra. Qual?		

Exercício Físico

15. Durante as últimas quatro semanas:

	Nunca 0 dias	Raramente 1-2 dias	Às vezes 3-4 dias	Habitualmente 5-6 dias	Sempre 7 dias
Quantas vezes por semana faz pelo menos 30 minutos 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	Não
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?		

Consumo de Álcool

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

	Nunca 0 dias	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 não seguiu as recomendações do profissional de saúde, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, quais foram as principais razões?

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

Hábitos Tabágicos

19. É fumador?

- Não e nunca fumou regularmente.
- Já foi fumador(a), mas deixou de fumar.
- Sim, mas não fuma todos os dias.
- Sim, regularmente (menos de 11 cigarros/ dia)
- Sim, regularmente (11 ou mais cigarros/ dia)

20. Em média, quantos cigarros fuma por dia?

21. Quando fuma, quais as principais razões?

	Sim	Não
21.1 Gosta de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2 Acha que deixar de fumar não vai melhorar a sua saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3 É difícil deixar de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4 Fumar faz parte do convívio com os amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5 Outra. Qual?		

Medicação

22. Toma medicação para baixar a tensão arterial?

Sim Não

22.1 Se sim, há quanto tempo a iniciou? (meses/ anos)

23. Qual o nome dos medicamentos que lhe foram receitados para baixar a tensão arterial?

Nome do Medicamento	Quantas vezes por dia o médico lhe disse para os tomar?	Quantos comprimidos de cada vez?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

	Sim	Não
25.1 Esquece-se.		
25.2 Pensa que não é necessário tomar todas as vezes (sente-se bem não tomando).		
25.3 Não gosta de tomar comprimidos.		
25.4 Pensa que a medicação não está a dar bons resultados.		
25.5 A medicação provoca-lhe efeitos secundários (sente-se mal).		
25.6 Os medicamentos são muito caros.		
25.7 O horário das tomas é inconveniente.		
25.8 Não gosta de ser dependente de medicamentos.		
25.9 São muitos os medicamentos que tem que tomar.		
25.10 Deixa acabar os medicamentos.		
25.11 Outra. Qual?		

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

	Sim	Não	Não aplicável
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			

Parte III – Recomendações para o tratamento da hipertensão

27. Como parte do tratamento da hipertensão foi-lhe recomendado por algum profissional de saúde (Enfermeiro, Médico ou outro):

	Sim	Não	Não Aplicável
27.1 Seguir uma dieta com pouco sal?			
27.2 Seguir uma dieta pobre em gorduras?			
27.3 Comer frutos e vegetais?			
27.4 Fazer exercício físico regularmente?			
27.5 Tomar a medicação prescrita?			
27.6 Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas?			
27.7 Deixar de fumar?			

Anexo III

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo IV

Declaração da Orientadora

Declaração do orientador

Maria Amélia José Monteiro, orientadora da aluna da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Ana Vitória Martins Fernandes nº 31357, declara ter conhecimento do conteúdo do projeto de investigação apresentado com o título "Adesão dos doentes com hipertensão ao regime terapêutico", e estar de acordo com os procedimentos propostos para a sua realização.

Mais declara que se compromete a orientar e supervisionar a aluna de modo a que todos os procedimentos ético-legais sejam respeitados.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 11 de janeiro de 2019

Assinatura

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Amélia José Monteiro". The signature is written in a cursive style and is positioned to the right of the word "Assinatura".

Declaração do orientador

Maria Amélia José Monteiro, orientadora da aluna da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Ana Vitória Martins Fernandes nº 31357, declara ter conhecimento do conteúdo do projeto de investigação apresentado com o título "Adesão dos doentes com hipertensão ao regime terapêutico", e estar de acordo com os procedimentos propostos para a sua realização.

Mais declara que se compromete a orientar e supervisionar a aluna de modo a que todos os procedimentos ético-legais sejam respeitados.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 11 de janeiro de 2019

Assinatura

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Amélia José Monteiro', written in a cursive style.

Anexo V
Pré-Projeto

Ana Vitória Martins Fernandes

Pré-Projeto

“Adesão dos Utentes com Hipertensão ao Regime Terapêutico”

Universidade Fernando pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, Janeiro de 2019

1. Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é o aumento da pressão arterial acima dos valores considerados normais. (CUF, 2017)

Segundo DGS (2004), considera-se hipertensão arterial quando: tensão arterial sistólica ≥ 140 mg/dL e a tensão arterial diastólica ≥ 90 mg/dL.

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias durante a sua circulação. A hipertensão arterial ocorre quando o coração, ao bombear sangue, exerce uma força excessiva contra a parede das artérias. (CUF, 2017)

A deteção precoce da HTA, a correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objetivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo desejável que, sempre que possível, sejam efectuadas campanhas de rastreio, devidamente enquadradas no planeamento e realidades regionais e locais, bem como campanhas de sensibilização da população. (DGS, 2004)

De entre as causas de Hipertensão Arterial, 90% estão relacionadas com os estilos de vida: obesidade, consumo de sal em excesso, tabaco, consumo de álcool e café, entre outros. (CUF, 2017)

2. Objetivo do estudo

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 219), o objectivo geral do trabalho, está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo projeto.

Com a minha pesquisa pretendo identificar quais são as razões de adesão dos utentes com hipertensão ao regime terapêutico.

Os objetivos específicos, apresentam carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares. (Marconi e Lakatos, 2003, p. 219)

Como tal, os meus objectivos específicos para o trabalho de investigação, passarão por:

- Identificar as características da amostra;
- Identificar a informação transmitida ao doente pelos profissionais de saúde relativamente às recomendações para o controlo da hipertensão arterial;
- Identificar razões, que contribuam para a adesão e não adesão ao cumprimento do regime terapêutico nos utentes com HTA.

3. Metodologia

Este projeto, terá uma metodologia quantitativa que serão distribuídos questionários, com respetivo Consentimento Informado, no Centro de Saúde para os utentes hipertensos inscritos preencherem voluntariamente.

Este trabalho destina-se aos utentes hipertensos, inscritos no centro de saúde de Miranda do Douro. Escolhi este centro de saúde, por ser da minha área de residência, como também, por ser um concelho em que a sua população tem grande risco de adquirir hipertensão, devido aos hábitos alimentares à alimentação que tem presente grande quantidade de sal, como os enchidos.

4. Conclusão

No decorrer do presente pré-projeto, fiz uma abordagem à hipertensão arterial, descrevi o meu objetivo geral e objetivos específicos para o trabalho e fiz uma abordagem acerca da metodologia do trabalho científico.

A hipertensão é um problema de saúde pública. Para além de ser uma doença crónica, o seu tratamento não é feito somente com o recurso a medicamentos (anti-hipertensores), mas sim, também com uma prática de estilos de vida saudáveis.

Os profissionais de saúde são os recursos mais fiáveis para informação acerca dos estilos de vida saudáveis para a prevenção da doença e promoção da saúde.

Como tal, o utente hipertenso é aconselhado pelo profissional de saúde a seguir um estilo de vida saudável para controlar a hipertensão arterial, como: ter uma alimentação saudável, reduzindo o consumo excessivo de sal nos alimentos; optar pelo não consumo de tabaco e álcool; praticar exercício físico regularmente; tomar os fármacos anti-hipertensores prescritos pelo médico; entre outros.

Com este estudo pretendo perceber quais os fatores que levam as pessoas hipertensas a não seguir um estilo de vida saudável de modo a controlar a hipertensão, bem como sensibilizar as pessoas para a importância do controlo da mesma.

5. Bibliografia

- CUF. (2017). *Hipertensão Arterial*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/hipertensao-arterial>> [Consultado em 29/12/2018].
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Lisboa, DGS
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Edição. São Paulo, Atlas, p. 219.
- Universidade Fernando Pessoa. (2018). *Guia orientador da elaboração de trabalhos científicos*. Porto;

Anexo VI

Pedido de autorização para a realização de um estudo acadêmico

Ex.mo(s) Senhor (s)

Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Eu, Ana Vitória Martins Fernandes, aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar, no âmbito da minha licenciatura, um projecto de graduação com o título “A Adesão dos Utentes Hipertensos ao Regime Terapêutico”.

O estudo tem como objetivo geral perceber quais os fatores que levam os utentes hipertensos a não aderirem ao regime terapêutico.

Para a realização do estudo necessito aplicar um questionário aos utentes hipertensos, inscritos no Centro de Saúde de Miranda do Douro, localidade onde resido.

Venho por este meio solicitar a V. Ex^a a necessária autorização na qualidade de dirigente da instituição.

Os dados recolhidos através dos questionários terão utilidade meramente académica, são confidenciais e em momento algum os participantes serão identificados.

A todos os inquiridos será explicado o objetivo do estudo e entregue uma folha de consentimento informado, para que possam decidir livremente acerca da sua participação.

Porto, 08 de Dezembro de 2018

Pede deferimento,

Atenciosamente,

(Ana Vitória Martins Fernandes)

Anexo VI

Autorização da Comissão de Ética da ULSNE para a aplicação do questionário

PARECER Nº. 33/2019

Reunião CA 26.04.2019
quarta-feira, na reunião
do parecer da Comissão de
Ética

(sobre o estudo "Adesão dos Utentes com Hipertensão ao Regime Terapêutico")

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

A Comissão de Ética (CE) da ULSNE, em reunião de 03/04/2019, iniciou o Processo nº. 33/2019, com base no pedido de uma aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa.

Objetivo principal do estudo:

- Perceber quais os fatores, que levam os utentes com hipertensão a aderirem ao regime terapêutico.

Face ao exposto, a CE delibera:

- Desde que, os utentes com idade superior a 16 anos e competentes para decidir, e não se importem de participar, nada a opor do ponto de vista ético.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Liseta Gonçalves, Enfª. Carla Grande, Dr. Marcelino Silva e Dra. Ângela Aragão
Presente ainda para secretariar a reunião: Assunção Esteves