

DTBOUTAR 1377

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

DM
GOME/C.1

**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A PERCEÇÃO DE DOENÇA,
ADESÃO TERAPÊUTICA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR NO
CONTROLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

CRISTINA MARIA PIRES RIBEIRO GOMES

LISBOA, 2000

	ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
	Centro de Documentação
Registo: <u>11517</u>	
Data: <u>18/11/03</u>	
Tel.: 21 831 17 50 • bibispa@ispa.pt	

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação do **Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº2 do Artº 5do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

“The reciprocal impacts between the illness, individual development and family functioning continue dynamically in a circular pattern of effects over time.”

J. Patterson, 1994.

“A sensação de doente é um conceito intrinsecamente semântico inseparável da conceptualização que o sujeito doente, a sua família, o grupo social, os que cuidam dele fazem do conceito. As diferentes concepções que emergem desta amálgama criam distintas experiências e comportamentos.”

J.L. Ribeiro, 1999.

“A representação não é portanto um simples reflexo da realidade mas sim uma organização significativa”

Abril, 1994.

Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado, agora apresentada, prende-se com motivações pessoais e profissionais que se começaram a esboçar a partir da observação clínica dos doentes no âmbito da Clínica geral/Medicina familiar e no universo biopsicosocial em que a mesma prática clínica está visceralmente inserida.

Agradeço em primeiro lugar o Prof. José Luis Pais Ribeiro pela oportunidade dispensada em todo o percurso deste mestrado de Psicologia da Saúde desde o contexto teórico das suas aulas, passando pelas suas duas obras escritas respectivamente “A investigação e avaliação em Psicologia da Saúde” e “Psicologia e Saúde” as quais tiveram um valor primordial, e pelo permitir crescer no âmbito deste estudo assim como sedimentar conceitos que irão para sempre abrir novas perspectivas no campo da minha actuação clínica. E futuramente se tal for possível, contando cada vez mais com a sua ajuda.

Em segundo lugar o Prof. Teodoro Briz que orientou os primeiros passos no campo de investigação na minha fase pós graduada após a licenciatura em Medicina o que contribuiu para o interesse em compreender alguns acontecimentos relacionados com a minha prática clínica com olhos de ver para além dessa prática.

À Dra. Isabel Andrade, Directora do Centro de Saúde, pelo parecer favorável na realização desta investigação.

Ao meu coordenador do Projecto alfa, Dr. Carlos Ripado que incentivou este estudo e que muito contribuiu em termos de uma vasta informação que me foi indispensável, o meu sincero agradecimento.

À Prof. Maria João Figueiras que desde o início do trabalho esteve disponível para todo o tipo de apoio, a minha mais profunda gratidão.

Para os colegas do Centro de Saúde que me disponibilizaram os utentes e que me auxiliaram na recolha de dados para este estudo, e que dessa forma contribuíram para a concretização do mesmo, um reconhecido agradecimento.

Aos utentes, agradeço a colaboração fundamental que aceitaram dispensar-me e a sua disponibilidade na realização deste trabalho.

Ao meu marido e á minha família o mais reconhecido obrigado pela tolerância nas muitas horas retiradas ao tempo imprescindível de estar com eles e para eles.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – Psicologia da saúde e medicina familiar	1
1. Psicologia da Saúde e os contextos de Saúde e Doença	1
2. A Psicologia da saúde e a Medicina Familiar - Um encontro necessário	5
CAPITULO II – A hipertensão arterial.....	8
1. A Hipertensão arterial: Aspectos epidemiológicos e clínicos	8
2. A Hipertensão arterial e a realidade portuguesa	11
3. Classificação e o Tratamento de Hipertensão arterial	16
CAPITULOIII – A doença e funcionalidade da família.....	23
1. A Família no contexto da medicina familiar	23
2. A doença crónica e a família	24
3. Ciclo de vida familiar e doença crónica	26
4. Características familiares que afectam a resposta á doença crónica.....	29
5. A família e a sua funcionalidade	32
6. O Casal - aspectos relacionais	35
CAPITULO IV - Representações de doença – modelo de Leventhal.....	41
CAPITULO V - Adesão ao tratamento médico	47
CAPÍTULO VI - Metodologia.....	53
1. Questão de investigação.....	53
2. Objectivos	53
3. Definição de conceitos.....	54
Hipertensão arterial e respectivo controlo	54
Percepção de doença	55
Percepção da Funcionalidade do Casal	57

Adesão terapêutica	57
4. Variáveis	59
5. Participantes.....	61
Critérios de inclusão.....	61
Critérios de exclusão	61
6. Tipo de estudo	61
7. Material.....	62
Desenvolvimento do IPQ e as suas instruções de utilização.....	62
Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiares (Faces II).....	68
Questionário de adesão de Morisky	75
8. Procedimento	76
CAPÍTULO VII - Apresentação e análise de resultados	77
1. Caracterização social	77
2. Aspectos relacionados com a hipertensão	82
3. Análise de resultados do IPQ.....	87
Opiniões dos hipertensos.....	87
IPQ - Subescalas.....	89
Causas da hipertensão	91
4. Resultados do FACES II	92
5. Comparação das percepções de hipertensos e parceiros.....	97
6. Resultados do questionário Morisky	100
CAPÍTULO VIII - Discussão dos resultados.....	102
Bibliografia	109

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Tipo de comportamento dos hipertensos	83
Gráfico 2 - Terapêutica farmacológica	85
Gráfico 3 - Sintomas e hipertensão - doentes controlados	87
Gráfico 4 - Sintomas e hipertensão - doentes não controlados	88
Gráfico 5 - Causas de hipertensão - doentes	91
Gráfico 6 - Causas de hipertensão - Parceiros(as)	92
Gráfico 7 - FACES - Resultados médios do casal	94
Gráfico 8 - FACES - Coesão média dos casais	95
Gráfico 9 - FACES - Adaptabilidade média dos casais	95
Gráfico 10 - FACES - discrepância entre os parceiros(as)	96

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição dos hipertensos por idades	78
Quadro 2 - Distribuição de acordo com o ciclo de vida familiar	79
Quadro 3 - Situação doméstica	79
Quadro 4 - Distribuição de acordo com o Estado Civil	80
Quadro 5 - Distribuição dos hipertensos por nível de instrução	81
Quadro 6 - Situação na profissão	81
Quadro 7 - Hipertensos por profissão	82
Quadro 8 - Distribuição dos hipertensos por classe de peso	84
Quadro 9 - Repercussão da hipertensão	84
Quadro 10 - Mudança de terapêutica	85
Quadro 11 - Outras doenças crónicas associadas á hipertensão	86
Quadro 12 - Tratamento de outras doenças crónicas	86
Quadro 13 - Resultados observados no IPQ - Hipertensos	89
Quadro 14 - Resultados observados no IPQ – Parceiros(as)	90
Quadro 15 - Resultados do Faces	93
Quadro 16 - Resultados do Faces relativamente ao casal	97
Quadro 17 - IPQ – Correlações entre hipertensos e parceiros	98
Quadro 18 – IPQ: Médias por item para cada sub-escala	98
Quadro 19 – FACES: Correlações entre hipertensos e parceiros	99
Quadro 20 – Resultados do questionário Morisky	100

Anexos

- Anexo I** Documento com o consentimento informado do utente
- Anexo II** Questionário médico
- Anexo III** Questionário Illness Perception Questionnaire
- Anexo IV** Questionário FACES II
- Anexo V** Modelo Circumplexo
- Anexo VI** Análise de Fiabilidade - IPQ e FACES II
- Anexo VII** Variáveis do questionário médico - Tabelas de contingência e testes estatísticos Hipertensos controlados e não controlados)
- Anexo VIII** Sub-escalas do IPQ - Testes estatísticos (Hipertensos controlados e não controlados)
- Anexo IX** Dimensões do FACES II - (Hipertensos controlados e não controlados)
- Anexo X** FACES II e IPQ - Análise comparativa das respostas de hipertensos e parceiros/as
- Anexo XI** Adesão terapêutica (Morisky) - Testes estatísticos

Resumo

A hipertensão é um dos mais importantes problemas de saúde pública tendo-se revelado não só a sua elevada prevalência como a dificuldade no controlo dos valores tensionais.

Sendo ainda conhecido que o deficiente controlo dos valores tensionais tem repercussões orgânicas importantes, com reflexos na morbilidade e mortalidade, é fundamental tentar caracterizar as suas determinantes.

Entre estas, o modo como o doente percepciona a doença e a forma como adere ao tratamento médico constituíram duas dimensões avaliadas neste estudo. Por outro lado, tendo em conta que o utente está inserido no seu contexto familiar, nomeadamente o de casal, avaliaram-se ainda os padrões de coesão e adaptabilidade inerentes à funcionalidade do casal

Objectivos: Neste estudo pretendeu-se identificar casais em que um dos cônjuges tem hipertensão arterial e verificar se existem diferenças com significado estatístico no que respeita a percepção de doença hipertensiva, adesão terapêutica e funcionalidade familiar em dois subgrupos, consoante a doença está ou não controlada, numa população de utentes de um Centro de Saúde de Lisboa.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e transversal com uma amostra de 108 hipertensos. As informações dos doentes foram obtidas durante três meses tendo-se utilizado as seguintes escalas de auto-avaliação: *Illness perception Questionnaire* para a percepção de doença, Morisky para a adesão terapêutica e Faces II para a funcionalidade familiar. As/os parceiros dos doentes também responderam as escalas de auto-avaliação nomeadamente *Illness Perception Questionnaire* sobre as suas percepções relativamente á hipertensão do parceiro/a e o Faces II relativamente á percepção da funcionalidade do casal.

Resultados: Quanto às características da amostra do ponto de vista demográfico e social, concluiu-se que o grupo etário dos 60-70 anos é predominante em ambos os sexos tendo predominado o sexo feminino no grupo dos não controlados, contrariamente ao sucedido nos controlados, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao nível de instrução, ao contrário do verificado noutros estudos.

Em relação aos parâmetros de coesão e adaptabilidade não se encontram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos de doentes. Em relação à percepção de doença existem resultados estatisticamente diferentes entre doentes controlados e não controlados nalgumas dimensões do Illness Perception Questionnaire, nomeadamente Duração de doença, Controlo de tratamento e Controlo pessoal. Nos inquéritos realizados aos parceiros verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos *scores* atingidos por parceiros de doentes controlados e não controlados em três dimensões do IPQ que foram Duração da doença, Duração cíclica e Representação emocional. Compararam-se ainda as percepções de hipertensos e respectivas parceiras em dois grupos (controlados e não controlados) e verificou-se haver diferenças significativas nalgumas dimensões nomeadamente Duração cíclica e Representação emocional. Em relação à adesão terapêutica verificou-se haver diferenças significativas entre controlados e não controlados, evidenciando os primeiros maior adesão.

Summary

High blood pressure is one of the major risk factors for coronary heart disease and the most important risk factor for the cerebrovascular diseases; it is reasonable inference that progress in detection, treatment and control of hypertension is necessary .

Poor adherence to long term treatment, both life style modifications and pharmacology therapy have been identified as the major reasons for inadequate control of high blood pressure and increase of hypertension-related morbidity and mortality.

The aim of this study is to explore the value of assessing individual's illness representation in the context of hipertension, controlled and not controlled patients and their partners/spouses.

In the present study measures of marital functioning were used to assess whether dimensions of couple cohesion and adaptability were different in the controlled and not controlled groups, for this particular disease.

Another aim of this study was to evaluate how patients follow their hypertension treatment and see if there was any differences between controlled and not controlled groups.

For this study, illness perception was assessed using Illness Perception Questionnaire and the marital functioning was assessed using Faces II Questionnaire. Morisky Questionnaire was used to measure pharmacological adherence. Participants were 108 patients and their spouses, all of them users of a Primary Health Care Centre, in Lisbon.

The results show statistically significant differences in gender distribution when comparing the two groups of controlled and not controlled patients. Other social and demographic variables as age, education level or professional status apparently have no significant influence in hypertension control.

Concerning marital functioning (couple cohesion and adaptability), there were no significant statistical differences between controlled and not controlled hypertension groups.

In the case of Illness Perception, there were statistically significant differences between controlled and not controlled patients in the dimensions timeline, treatment control and personal control. Spouses showed also significant differences in three dimensions - timeline, cyclical time line and emotional perception. Future research should focus on these differences in order to understand the role of these dimensions of illness perception in hypertension control.

Pharmacological therapy adherence was significantly better in controlled patients, as expected.

Introdução

Nas últimas décadas os avanços do conhecimento científico tornaram possível a sobrevivência a múltiplas situações de doença. Assim nas sociedades industrializadas ao aumento da esperança de vida associa-se um número cada vez maior de indivíduos com doenças crónicas (Rodin & Salovey, 1989).

Giovannini, Bitti e Speltini (1986) consideram como crónicas:

- a) todas as doenças de longa duração;
- b) que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente;
- c) que provocam invalidez em graus variáveis;
- d) devido a causas não reversíveis;
- e) que exigem formas particulares de reeducação;
- f) que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas;
- g) que geralmente exigem aprendizagem de um novo estilo de vida;
- h) que necessitam de controlo periódico, de observação e de controlo regulares;

Ribeiro (1999) salienta que a emergência de uma doença crónica é um acontecimento não normativo que pode constituir um poderoso agente stressor. Como exemplo aponta ainda algumas doenças crónicas, nas quais a hipertensão arterial se insere, em que a necessidade de integrar o controlo da doença nas actividades diárias, as expectativas do que pode acontecer se esse controlo for mal feito, as emoções que provocam, poderão constituir um stressor forte.

O processo de adaptação à doença crónica envolve pois aspectos de ordem física, psicológica e também social. O facto de a hipertensão ser uma doença muitas vezes assintomática obriga o sujeito a ter a capacidade de lidar com a sua própria doença ou seja há que ter em conta as representações que o próprio tem sobre a sua doença, de que resulta um determinado comportamento (Leventhal & Steel, 1984). São sobretudo determinantes psicológicas de cada

indivíduo e também o envolvimento do subsistema onde está inserido a nível da família e da sociedade, que irão necessariamente interagir no maior ou menor sucesso de adaptação do doente cardiovascular a novos estilos de vida que passam por ter uma alimentação equilibrada sem excesso de sal e gorduras, o não fumar ou ainda adoptar estratégias eficazes para lidar com o stress do dia a dia (West & Evans, 1986)

Uma intervenção capaz de produzir modificação efectiva e eficaz, das estratégias de adaptação á doença crónica, nomeadamente á hipertensão, passa geralmente pela compreensão das crenças ou significados que os sujeitos concebem ou constróem sobre os seus processos de saúde e doença. (Leventhal, Nerenz & Steel, 1984)

Partindo da asserção genérica que, para compreender o processo adaptativo perante um diagnóstico de uma doença crónica, é necessário não só ter em conta as dificuldades vividas no plano da realidade mas sobretudo os significados que cada indivíduo concebe acerca dessas dificuldades, há que documentar, nesta perspectiva, os aspectos descritivos das características da doença em causa (factores de risco, importância clinica) (Leventhal & Steel,1984)

Os conceitos teóricos das perspectivas cognitivistas (significados do indivíduo quanto ás causas, capacidade de controle/cura e consequências da doença) são também importantes neste contexto.

Numa primeira fase situar-me-ei no universo da Psicologia da Saúde e da Medicina Familiar já que é neste âmbito que este trabalho de pesquisa faz sentido. Procederei á caracterização da doença e só depois serão abordados os constructos teóricos que definem o enquadramento desta pesquisa.

Nos países desenvolvidos, a tensão arterial elevada é um dos principais problemas de Saúde Pública. Apesar dos critérios para distinguir entre pressão sanguínea normal e elevada

variarem em função da idade, sexo e raça, para um indivíduo adulto consideram-se a título de referência, um conjunto de valores padrão a partir dos quais é possível situar os casos de risco. Na maioria dos indivíduos a causa da hipertensão é desconhecida. Este tipo de hipertensão denomina-se essencial, primária ou idiopática. Por outro lado, atribui-se a designação de hipertensão secundária aos casos em que é possível determinar um factor etiológico definido (alteração endócrina e/ou funcionamento renal). O consumo excessivo de sal e a obesidade são os dois factores que mais associam á ocorrência da hipertensão, (Joint National Committee ,1993)

O facto de a hipertensão ser assintomática coloca dificuldades na adesão dos doentes ao tratamento e daí resultando eventualmente um pior controlo tensional. Pretende-se ainda com este estudo verificar se a disfuncionalidade familiar, nomeadamente no casal, estará associada a pior controlo da doença hipertensiva.

No capítulo I situa-se a dimensão da Psicologia da Saúde e a Medicina Familiar e os contextos de saúde e doença.

No capítulo II apresenta-se uma caracterização dos aspectos epidemiológicos e clínicos da Hipertensão Arterial e ainda critérios de diagnóstico e tratamento.

O capítulo III é feita uma apreciação teórica sobre os conceitos sistémicos de família e sua funcionalidade e de que forma esse factor pode influir no evoluir de uma doença crónica.

Destacar-se-á o papel do casal neste contexto.

No capítulo IV são apresentados os fundamentos teóricos que sustentam a descrição dos processos cognitivos subjacentes á construção da representação de doença.

No capítulo V abordam-se os aspectos relativos á adesão ao tratamento médico.

No capítulo VI são apresentados os aspectos metodológicos do estudo. São descritos os instrumentos de medida utilizados e os respectivos procedimentos de avaliação.

No capítulo VII temos a apresentação e análise de resultados, seguindo-se o capítulo VIII com a discussão do trabalho.

CAPÍTULO I – Psicologia da saúde e medicina familiar

1. Psicologia da Saúde e os contextos de Saúde e Doença

A compreensão da relação entre comportamento, saúde e doenças é uma dimensão fundamental para a Psicologia da saúde. Kleinman (1979) reconhece que o modelo biomédico não ajuda o clínico a reconhecer e a compreender os sentimentos do doente acerca da sua doença. Com efeito os doentes e as suas famílias tem modelos explicativos relativamente ao sintoma. Segundo Kleinman (1979) estes modelos expressam:

- a) A sua compreensão popular da causa, natureza e decorrer do problema
- b) A avaliação que fazem do seu significado
- c) Os objectivos do tratamento.

Kleinman apresenta um conjunto de problemas relacionados com o sentimento de doença que a seguir se expõe:

- ◆ Problemas relacionados com as diferentes influências psicossociais e culturais nos padrões de sintomas e no decorrer da doença em cada grupo;
- ◆ Problemas relacionados com as crenças e valores que o doente e a sua família tem acerca das causas, da natureza e do significado da doença;
- ◆ Problemas relacionados com a disfunção familiar que tanto pode preceder como seguir o episódio de doença;
- ◆ Problemas relacionados com usuais mudanças persistentes que antecedem a doença no papel e estatuto social;
- ◆ Problemas relacionados com a pressão financeira devido a não poder trabalhar e ao custo do tratamento.

A estratégia de apoio ao mal estar e ao sofrimento deve ter em linha de conta os modelos explicativos do doente e seus familiares de modo a minimizar o mal estar decorrente da doença (Ribeiro, 1999)

Ainda de acordo com Kleinman (1979), há que estar atento a três tipos de questões na abordagem clínica:

- a) Questões acerca da compreensão que o doente e suas famílias têm da sua doença;
- b) Questões acerca da perspectiva do doente acerca do significado da doença;
- c) Questões acerca das expectativas do doente acerca da doença.

A experiência de doença aponta para que as pessoas não só têm crenças acerca da sua doença mas também se sentem mal ou bem de saúde. Estar doente é um estado que resulta das interpretações respeitantes á mudança nos estados corporais.

Relacionados com a saúde podem definir-se alguns comportamentos (Kasl & Cobb,1966)

- ◆ De prevenção da saúde (health behaviour).
- ◆ De procura de solução para a doença (ilness behaviour).
- ◆ De papel de doente, visando recuperação (sick role behaviour).

A determinação dos factores susceptíveis de prever os comportamentos relacionados com a saúde assume muita importância conforme sugere Ogden (1996), ao citar o trabalho de Leventhal e Steel (1984) que propõem a combinação dos seguintes factores:

- ◆ Factores sociais, tais como a aprendizagem, reforço, modelagem e normas sociais.
- ◆ Factores genéticos.
- ◆ Factores emocionais, tais como a ansiedade, o stress, a tensão e o medo.
- ◆ Sintomas percebidos tais como a dor, a fadiga.
- ◆ As crenças do paciente.

◆ As crenças dos profissionais de saúde.

Há que salientar o papel desempenhado pela emoção, virtualmente em todas as realidades da experiência humana realçando alguns aspectos como o facto de os aspectos emocionais estarem penetrantemente envolvidos em dirigir a atenção e em todos os aspectos da percepção, memória e aprendizagem. Por outro lado há que ter em conta a existência de uma relação inerente entre os processos emocionais e os fenómenos psicológicos relevantes para a saúde e o bem estar do indivíduo, através de bases neurofisiológicas e neuroquímicas.

De acordo com Turk e Salovey (1985) as pessoas com doenças crónicas e deterioração física podem enfrentar: a separação da família, dos amigos e de outras fontes de gratificação; perda de papéis chave; rotura de planos para o futuro; diminuição da auto estima, perda de autonomia e controlo; futuro incerto e não prognosticável; emoções perturbadoras tais como a ansiedade e a depressão, ressentimento. Todas as doenças crónicas por estes aspectos resultam em dificuldades emocionais significativas.

Para dar melhor resposta aos desafios e problemáticas levantadas pelos processos de saúde e doença acabados de referir e de forma especial os sugeridos pela doença crónica, julgou-se importante a criação de uma disciplina no campo da Psicologia com aplicação á saúde envolvendo todos os campos da psicologia: o clinico, o desenvolvimentista, o experimental, o fisiológico e o social. Assim nasceu em 1978, a Psicologia da Saúde.

Esta disciplina foi definida por Matarazzo (1980) como o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia com vista á promoção e manutenção da saúde, á prevenção e tratamento da doença e á identificação de correlação entre a etiologia e o diagnóstico de saúde, doença e disfunções com elas relacionadas e á análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde.

As principais características da psicologia da saúde de acordo com Odgen (1996) são apresentadas na forma de resposta a um conjunto de questões:

- Que causa a doença? De acordo com o modelo biopsicosocial da saúde e da doença a psicologia da saúde passa de um simples modelo linear da saúde para a defesa de que a doença pode ser causada pela combinação de factores bio (genéticos, vírus, bactérias e defeitos estruturais), psico (cognições, emoções e comportamentos) e sociais (normas, pressões para a mudança, valores sociais);
- Quem é responsável pela doença? Porque as doenças são consideradas com o resultado da combinação de vários factores, o sujeito é também considerado responsável através do seu comportamento perante a doença;
- Como podem ser tratadas as doenças? Deve ser tratada a pessoa doente e não a doença ou seja não está só em causa a mudança física mas também as mudanças de comportamento, das crenças e das estratégias de confronto e da promoção e adesão terapêuticas;
- Qual a relação entre a saúde e a doença? A saúde e a doença são vistas como um contínuo na qual o sujeito se move de acordo com os seus estados de saúde e doença.

A psicologia da saúde realça o papel dos factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença. Os seus objectivos podem ser os seguintes:

O 1º será compreender, explicar desenvolver e testar a teoria pela avaliação do papel do comportamento na etiologia da doença; Prever comportamentos não saudáveis; Compreender o papel da psicologia na experiência da doença; Avaliar o papel dos aspectos psicológicos no tratamento da doença.

O 2º objectivo da psicologia da saúde é por em prática a teoria, através de:

- Promoção de comportamentos de saúde (visando os comportamentos não saudáveis e as crenças desajustadas);
- Prevenção da doença (pela mudança de comportamentos e crenças antes e durante a doença);
- Treino dos profissionais de saúde na melhoria das suas aptidões de comunicação e na execução das suas intervenções, nomeadamente pela comparação dos seus níveis de representação da doença e dos sintomas com o nível do utente para permitir uma melhor comunicação e maximizar as condições de adesão;
- Ajudar o utente a funcionar bem dentro dos seus níveis ou ascender a um nível superior de representação para melhor resposta a nível de adesão à terapêutica.

2. A Psicologia da saúde e a Medicina Familiar - Um encontro necessário

As novas tendências da Medicina foram sintetizadas por McWhinney (1989) e do seguinte modo:

“... não é possível separar a doença do seu portador, nem a pessoa do ambiente que a rodeia. As tradicionais categorias das doenças continuam a usar-se mas sempre contextualmente. Em todas as doenças existe um componente físico e um mental. Todas elas tem uma causalidade multifactorial, podendo ser útil para fins terapêuticos investir só numa cadeia causal. O papel do médico é não só compreender os aspectos físicos da doença mas também o doente em si mesmo e o significado que ele atribui ao adoecer”

Foi paradoxalmente o êxito da Medicina contemporânea, muito baseado nas tecnologias médicas, que contribuiu para o aparecimento de limitações e de críticas. O seu excesso de objectividade levou que ele se concentrasse muito mais no diagnóstico da doença, descurando

a compreensão do doente. Uma das características do método clínico tradicional é o poder e o domínio que dá ao médico perante o doente.

Mcwhiney e colaboradores propõem o método clínico centrado no doente (Brown,1989; Levenstein, 1986; Mcwhiney,1989) como aquele que, assumindo teoricamente o modelo biopsicosocial, melhor corresponde á realidade da medicina familiar. Segundo estes autores, a medicina familiar tem sido uma das disciplinas onde a reforma do método clínico tem tido mais desenvolvimento, nomeadamente porque a morbilidade encontrada em Medicina Familiar o impõe. De facto, em 25 a 50% das consultas não é possível chegar a um diagnóstico de uma doença classificável. Mesmo nos casos em que é possível um diagnóstico de uma patologia física, é importante conhecer o contexto em que ocorreu a doença para que o seguimento do doente se faça com mais êxito.

A importância da psicologia da Saúde neste contexto decorre da necessidade de complementar esta dimensão mais abrangente, de olhar não a doença mas sim o doente com o apoio do campo da psicologia da saúde num trabalho inter pares em equipas multidisciplinares, na qual os médicos de família deverão estar atentos e permeáveis a esta forma de intervenção em que a abordagem da doença estará intrinsecamente ligada á da experiência da doença.

Ainda segundo Kleinman (1979) existe um conjunto de aspectos a ter em conta que caracterizam o âmbito de intervenção da Psicologia da Saúde como sejam:

1. Recolha sistemática e compreensão dos problemas associados ao sentir-se doente.
2. Permitir ao doente e á família gerar modelos explicativos do contexto da doença na sua expressão clinica.
3. Explicar cuidadosamente sem recorrer a uma linguagem técnica, o modelo explicativo do médico.

4. Comparar os modelos explicativos do doente e do médico e proceder a uma negociação entre esses modelos incluindo, quando necessário, a negociação com a família ou outros membros da equipa.
5. Abordar a família e a rede social fazendo a avaliação do seu estado e funcionamento.
6. Monitorização das falhas de participação do doente assim como a insatisfação com os cuidados de saúde subjacentes a esses problemas.
7. Recorrer ao fornecimento de cuidados, de psicoterapia breve, de treino social, visando alterações de comportamento de doenças crónicas ou do uso excessivo do estatuto de doente.

Importa não sómente a detecção, ajuda e alteração das personalidades desadaptadas á doença mas também apoio e instrução sobre estratégias de coping ou confronto adequados para viver com a doença. Estas estratégias referem-se á obtenção de informação adequada, auto gestão da ansiedade e dos sentimentos de ameaça ou de perda quando estes acompanham a doença, uso de estratégias de defesa psicológica e uso apropriado dos recursos familiares e sociais.

8. Fazer uma avaliação cuidadosa e uso selectivo das práticas das crenças locais acerca da doença essencialmente quando elas podem ter um papel adaptativo para o doente e família.

CAPITULO II – A hipertensão arterial

1. A Hipertensão arterial: Aspectos epidemiológicos e clínicos

A Hipertensão arterial é uma das doenças mais estudadas tanto no domínio das ciências básicas como na epidemiologia e na clínica. Contudo, os avanços que se registaram na abordagem clínica e terapêutica nas últimas décadas não foram suficientes para solucionar o problema da hipertensão. É portanto de se supor que será necessário estudar o comportamento dos hipertensos e adoptar estratégias para melhorar o controlo desta doença crónica na população.

Há que ter em linha de conta que a hipertensão arterial é um problema essencialmente comunitário e que a maioria das situações não carece de cuidados diferenciados e portanto é seguida continuamente em regime ambulatorio nomeadamente a nível da medicina familiar /clínica geral.

A hipertensão, atendendo á sua génese e repercussão, considera-se uma doença social. A causa específica da hipertensão arterial é desconhecida na maioria dos casos, embora a hipertensão idiopática seja uma doença de regulação em que intervém múltiplos mecanismos, sob a influência de factores genéticos (Gutwiler & Keill, 1990). Existe mesmo concordância de que a elevação da pressão arterial é o resultado duma interacção genética-ambiental. A base genética tem como fundamento os valores tensionais dos familiares de hipertensos e na prevalência da hipertensão, coerentes com determinantes genéticos nas populações. Embora o seu modo de transmissão não tenha sido posto em evidência no homem, será muito provavelmente poligénico.

A génese social da HTA fundamenta-se na sua etiologia e patogénese. Existe uma relação próxima entre a pressão arterial e alguns factores do comportamento/estilos de vida de que

fazem parte a dieta (excesso de consumo de sal e na ingestão de calorias, abuso de álcool), a inactividade física, a obesidade e o stress psicossocial, qualquer destes mais prevalente nos grupos de condição sócio-económica mais baixa. (Tyroler, 1990). A repercussão social de qualquer doença e, mais especificamente da HTA, pode ser caracterizada por vários critérios que por sua vez são particularmente importantes em termos de Saúde Pública: Prevalência, gravidade, dificuldades de controlo, cronicidade e custos (Rocha, 1997)

Quanto á **prevalência**, a HTA é um problema que afecta todo mundo apesar de nalgumas comunidades isoladas e primitivas como as terras altas do Chile, da Islândia oriental, de Pukapuka, da Nova Guiné e certas regiões da Ásia não constitua um problema de saúde porque aí a tensão arterial pouco varia ou praticamente não varia em função da idade (OMS, 1978).

Segundo critérios da OMS, a prevalência da hipertensão, isto é a pressão arterial com valores iguais ou superiores a 160/95 mmHg, na população adulta, foi calculada entre 8% a 18% aproximadamente, de acordo com o relatório da OMS de 1978. Estudos da população americana encontraram 15% de hipertensos na população adulta. Se o conceito de adulto corresponder a uma idade a partir dos 18 anos, em Portugal, de acordo com o recenseamento eleitoral de 1979, existiriam em Portugal entre 540. 568 (8%) a 1. 216. 278 hipertensos (18%) (Dias & Imperatori, 1983)

O número de hipertensos varia em função da raça, idade e peso (Weir, 1991) mas ainda de acordo com publicações da OMS, recentemente na população geral, dos 35 aos 64 anos, foram encontradas prevalências da HTA entre 20% e 27%. (WHO, 1993) Sendo difícil de definir uma prevalência com base nos elementos que tem sido publicados, o grupo de estudos de HTA na 1ª reunião de Consensos em Cardiologia, estimou que em Portugal pelo menos

20% dos indivíduos com mais de 40 anos são hipertensos. (Grupo de Estudos de Hipertensão, 1988)

A **gravidade** da HTA pode ser avaliada pelo risco de vida ou incapacidade originada pelas doenças cardiovasculares que provoca. Os seus indicadores são as taxas de mortalidade, em geral mais rigorosas e acessíveis, e as taxas de morbilidade, mais difíceis de quantificar. A HTA afecta toda um conjunto de entidades nosológicas, nomeadamente o Acidente Vascular Cerebral e a cardiopatia isquémica, primeiras causas de morte no nosso país, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crónica e a doença obstrutiva arterial periférica. As dificuldades do controlo tensional estão bem demonstradas na literatura internacional (WHO, 1993) e nacional, sobretudo ao nível de um diagnóstico comunitário (Kannel, 1994) mas também nas consultas de especialidade. (Nogueira & Paz, 1981)

Quanto aos **custos**, em 1989 identificou-se a hipertensão como 4ª causa de internamento (4,4%) e a sua duração média foi de 17,1 dias, depois do AVC, cirrose hepática e tumores malignos. Utilizando outro indicador, os anti-hipertensores com 11, 4%, foram o subgrupo farmaco-terapêutico com o segundo maior encargo financeiro do Serviço Nacional de Saúde, idêntico aos anti-reumáticos e outros anti-inflamatórios (11,5%) e superior aos antibióticos (DEPS, 1995). O custo da HTA, deve ser avaliado não só pela onerosidade do tratamento nas áreas de prevenção primária secundária e terciária, mas também pelo reflexos económicos, resultantes de incapacidades temporárias (absentismo), definitivas (invalidez), anos de vida perdidos, reformas antecipadas, baixas, indemnizações e seguros.

A nível dos cuidados de Saúde Primários como primeira linha dos cuidados de Saúde, para além da identificação dos casos, deveriam ser definidos critérios de prevenção, de diagnóstico e de atitudes terapêuticas dando ainda atenção a outros aspectos da problemática da

hipertensão que passa pelos **factores de controlo / não controlo da doença**, e de risco do aparecimento e agravamento da doença.

2. A Hipertensão arterial e a realidade portuguesa

No início dos anos 70, a hipertensão arterial passou a ser uma área de investigação no nosso país, primeiro na perspectiva clínica de diagnóstico e tratamento e depois relativamente aos aspectos epidemiológicos.

Fernando Pádua com Pereira Miguel (1974), apresentaram os primeiros resultados de inquéritos epidemiológicos realizadas em amostras populacionais seleccionadas aleatoriamente. Neste trabalho foi testada a hipótese de relação directa entre a hipertensão e a ocorrência de AVC avaliada pela taxa de mortalidade. A prevalência de HTA nos primeiros estudos realizados na população adulta portuguesa foi estimada entre 25% no sexo masculino e 30% no sexo feminino. (Miguel, 1982).

Os dados referentes ao Programa de Controlo da HTA da Direcção geral de saúde de Cuidados de Saúde Primários, com base nos ficheiros dos utentes dos Centros de Saúde revelou, em 1991, prevalências de HTA entre 5, 6% e 15, 3% e, em 1992, entre 6, 9% e 15, 9%.

Os factores de risco de hipertensão estão identificados em vários estudos e nestes incluem-se a história familiar, o aumento ponderal e/ou obesidade, a ingestão de álcool e o consumo de sal (Forte & Miguel, 1989). Em Portugal esta problemática também foi avaliada mas faltam estudos longitudinais para aumentar este tipo de conhecimento. **Foi confirmada associação entre a pressão arterial, a corpulência, o consumo de álcool e do sal.**

Os sintomas da hipertensão mais referidos na literatura, em regime ambulatorio são as cefaleias e as tonturas ou vertigens, (Ayman & Pratt, 1931) Embora estas queixas não sejam

específicas dos hipertensos, a sua presença pode ser orientadora na detecção da HTA apesar das limitações na sua valorização, apontadas há muitos anos na literatura internacional. Com efeito, se nas séries de Ayman e Pratt as cefaleias foram referidas por 72% dos hipertensos, a sua frequência foi idêntica á encontrada em psiconeuróticos com a pressão arterial normal.

Na experiência de Stewart (1953) as queixas coincidem muito com o grau de conhecimento da doença, já que é pouco provável que um doente a quem se disse ter HTA permaneça assintomática.

As taxas de mortalidade atribuídas á doença hipertensiva são baixas, em geral menos de 2% da mortalidade total ou pouco mais (3%). No entanto, a mortalidade causada pelas doenças cerebrovasculares é das mais elevadas do mundo e as estatísticas têm revelado que o AVC lidera as causas de morte em Portugal. Por outro lado se há outras causas de AVC que não só a HTA, cerca de metade dos AVC ocorrem em doentes hipertensos. Assim apesar da evolução favorável na década de 80 com reduções de 24 a 25 % nas taxas de mortalidade estas ainda continuam elevadas.

O controlo da HTA é dos principais objectivos que se pretendem alcançar em relação a todos os hipertensos, embora os níveis desejados possam variar, caso a caso, de acordo com as patologias associadas e a idade.

Além disso, numa consulta quer ao nível hospitalar quer ao nível dos Centros de Saúde, deverá haver métodos apropriados de registos e um modo fácil preferencialmente informatizado de gerir os dados de ficheiro para que esta informação seja conseguida de um modo fácil e exequível.

Nos primeiros estudos epidemiológicos e por limitações que concernem com os aspectos de registo, 50% dos hipertensos eram desconhecidos, 55% dos conhecidos não se tratavam e só 10% dos tratados estavam controlados. Para modificar esta situação foram criados os

programas de controlo de HTA na comunidade e posto em funcionamento o registo de hipertensos (Miguel,1982).. Em 1991 foram conhecidos outros dados de 34 Centros de Saúde em 13 distritos do País com elevadas percentagens de hipertensos controlados (68%) confirmados em 1992 (68, 8%) mas que apenas incluíram os utentes utilizadores (DGS,1991). Estes indicadores reflectem uma evolução favorável do controlo tensional mas não reflectem o que se passa na totalidade dos residentes, o que pode justificar os números baixos descritos em regra nos estudos populacionais realizados por amostragem aleatória.

Como se sabe qualquer abordagem diagnostica pressupõe a definição operacional do que se pretende identificar, sendo o diagnóstico o processo de identificar os indivíduos com determinada doença.

O teste diagnóstico da HTA, a medição da pressão arterial pelo esfigmomanómetro de mercúrio, é um método relativamente simples, aplicável e é o que se utiliza por sistema, até á data, nos serviços de saúde. Todavia, a variação da pressão arterial e da própria medição atribuída aos observadores, mesmo com as condições standardizadas de observação e de treino recomendadas pela OMS, dificultam a identificação dos hipertensos. A dificuldade é minorada se o diagnóstico se basear em mais do que uma observação, de preferência estabelecido acima de três determinações. Mesmo assim aconselha-se a repetir as medições da pressão arterial periodicamente porque se conhece a elevada frequência da “HTA da bata branca”, que pode atingir os 25%, o fenómeno da regressão para a média ou mesmo a remissão da HTA.

O critério da HTA, com base nas medições casuais, tem dado origem a alguma controvérsia, de que George Pickering (1991) foi um importante teórico. Com efeito apesar de a evolução ter sido no sentido de baixar a linha divisória, sempre arbitrária, entre normotensão e hipertensão, desde valores tão altos como 180/110 até valores de 120/80, o artifício mantém-

se porque não é possível dar um número absoluto como limite superior do normal num indivíduo. O critério da OMS definindo como hipertenso o que apresenta valores de pressão arterial sistólica/diastólica iguais ou superiores a 160/95 tem sido o adoptado. Os indivíduos com valores compreendidos entre 140/90 e 160/95 serão definidos como hipertensos limites, marginais ou lábeis. **Novas indicações de critérios de diagnóstico foram propostas, conforme se explicitará adiante, mas no presente estudo vamos utilizar ainda esta classificação.**

O empenhamento das Organizações de Saúde nacionais e internacionais, em particular a OMS, e dos médicos, no tratamento da HTA, tem-se mantido com o mesmo objectivo: melhorar a qualidade dos cuidados dos doentes e o controlo da hipertensão, individualmente e na comunidade. A palavra **controlo**, tanto para clínicos como epidemiologistas pode ter um significado mais ou menos amplo. **Esta expressão pretende designar a vigilância clínica e as medidas terapêuticas que conduzam á normalização de qualquer desvio da saúde, como por exemplo a elevação da pressão arterial.**

Com tudo o que foi referido e nomeadamente pela sua prevalência e gravidade, criaram-se por isso programas para melhorar os registos, a vigilância e tratamento dos hipertensos, em termos gerais, programas de educação para a saúde, adoptadas medidas de prevenção e tratamento não farmacológico e desenvolvida a linha de investigação dos anti-hipertensores. Apesar disso os resultados obtidos na década de 80, mesmo após o emprego de anti-hipertensores de terceira geração, ainda não eram totalmente satisfatórios.

Presentemente, e apesar da disponibilidade de meios de tratamento adequados já que a industria farmacêutica nos últimos 40 anos tem investigado e permitido o acesso a numerosas e eficazes substancias anti-hipertensoras, uma elevada proporção de hipertensos detectados ainda não tem vigilância e /ou tratamento regular. Em qualquer programa para controlar a

hipertensão o primeiro passo é identificar os hipertensos e depois orientar o tratamento e assegurar um seguimento regular.

Dentro da complexidade do controlo da hipertensão, vários indicadores podem ser utilizados, mas os mais empregues, no sentido positivo, têm sido a proporção da população que tem conhecimento da pressão arterial e a percentagem dos hipertensos que se tratam e que estão controlados.

O controlo da HTA não pode todavia ser avaliado simplesmente pelo número de hipertensos medicados e com valores tensionais abaixo de determinadas medições, variáveis de acordo com a idade, patologia associada, complicações e factores de risco co-existentes.

As atitudes e conhecimentos dos médicos, a utilização de medidas anti-hipertensivas e a participação do doente são elementos imprescindíveis em qualquer programa de controlo tensional. No entanto se os dois primeiros têm sido investigados, a literatura relativamente às características do doente que mais adere á vigilância médica ou que apesar disso não está controlada é mais rara, muito embora seja habitual o melhor comportamento do sexo feminino (Tibblin, 1969).

Na perspectiva de identificar outros factores determinantes do controlo tensional poderá ser importante estabelecer um diagnóstico de situação que inclua a análise dos hipertensos, medicados ou não, segundo a gravidade e em relação a outras características que passam por aspectos que tenham que ver para além do sexo, idade, massa corporal, dieta, exercício físico, doenças associadas.

Importa ainda entrar em linha de conta com uma dimensão que é o próprio doente e a estrutura sistémica onde se insere desde a família, o bairro e outros contextos sócio demográficos. Ou seja, se os factores biológicos são importantes o mesmo se poderá dizer dos

factores psicossociais nomeadamente os que advém do ambiente familiar assim como do trabalho.

Assim sabe-se que, no que respeita á hipertensão arterial, para além do factor genético é de facto no ambiente (familiar e laboral) que se desenvolvem atitudes e comportamentos que condicionam ou desencadeiam o aparecimento da hipertensão arterial e suas complicações. De facto tem-se atribuído especificamente a uma série de factores ambientais ou psicossociais o desenvolvimento da hipertensão arterial entre os quais se contam o elevado consumo de sal, a obesidade, o abuso de álcool o tabagismo e o stress (Clara, 1990).

3. Classificação e o Tratamento de Hipertensão arterial

Para a maioria dos casos de hipertensão arterial (95%) a etiopatogenia é ainda desconhecida, sendo por isso designada por hipertensão essencial ou primária, e nos restantes 5% por hipertensão secundária, em que a hipertensão é atribuível a uma causa identificável que pode ser de natureza variável desde iatrogenia renal, endocrinológica e outras afecções orgânicas (Genest & Kuchel, 1977).

Apesar dos critérios para distinguir entre pressão sanguínea normal e elevada variarem em função da idade, sexo e raça e numa tentativa de encontrar uma definição precisa de hipertensão arterial, a WHO - World Health Organization (1978) classificava na população três grupos de indivíduos, em função dos níveis tensionais, em normotensos, "borderline" e hipertensos.

Normotensos – Indivíduos com uma pressão arterial sistólica (máxima) igual ou inferior a 140mmHg e uma pressão diastólica (mínima) igual ou inferior a 90 mmHg

Borderline - Indivíduos com uma pressão arterial sistólica variável entre 140 e 159mmHg e uma pressão diastólica variável entre 90 e 95mmHg

Hipertensos - Indivíduos com uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 160 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica igual ou superior a 95 mmHg

Em relação á gravidade a hipertensão era designada de ligeira, moderada, grave ou severa.

Na hipertensão ligeira a tensão diastólica encontra-se entre 94 e 105 mmHg; moderada quando a diastólica se encontra entre 104 e 115 mmHg e grave quando é superior a 114 mmHg

A relação contínua entre o nível de pressão arterial, o risco de doença cardiovascular e a natureza arbitrária da definição de hipertensão contribuíram para a variação das definições estabelecidas por diversas autoridades internacionais, particularmente pelo Joint National Committee, nos EUA (Joint National Committee, the fifth report e the six report – JNVC, V e VI, 1993) e o Comité de Orientações da OMS - SIH, 1993). De modo a facilitar e fornecer aconselhamento mais consistente, o Comité de Orientações da OMS–SIH concordou em adoptar em principio a definição e classificação apresentadas pela JNC VI. Esta nova definição estabelece os limites inferiores da hipertensão em 140 mmHg para a sistólica e 90 mmHg para a diastólica, o mesmo que os limites inferiores do “subgrupo borderline”. As novas orientações dão ênfase a que a decisão de reduzir a pressão elevada num dado doente não se baseie apenas no nível de pressão arterial, mas também na avaliação do risco cardiovascular total desse indivíduo.

A hipertensão é portanto definida após a nova revisão, como uma pressão arterial sistólica de 140 mmHg superior e/ou pressão arterial diastólica de 90 mmHg ou superior em indivíduos que não estejam medicados com agentes anti-hipertensores. É apresentada em quadro a classificação dos níveis de HTA. Os termos grau 1, 2 e 3 substituíram os termos estágio 1, 2 e 3. Os termos ligeira, moderada e acentuada (grave ou severa), usada em versões anteriores

das Orientações da OMS, corresponderão aos graus 1, 2 e 3 respectivamente. O termo hipertensão limiar, amplamente empregue, passa a ser um subgrupo dentro da hipertensão de grau 1. Deve sublinhar-se que o termo hipertensão ligeira não implica um prognóstico uniformemente benigno, utilizando-se simplesmente em contraste com elevações mais acentuadas da pressão arterial. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica de um doente se situam em diferentes categorias, deve prevalecer a mais elevada.

Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal – alta	130-139	85-89
Hipertensão de grau 1 (ligeira)	140-159	90-99
Subgrupo limiar	140-149	90-94
Hipertensão de grau 2 (moderada)	160-179	100-109
Hipertensão de grau 3 (acentuada)	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	≤ 90
Subgrupo limiar	140-149	≤ 90

Adaptado OMS - SIH (1999) –Organização Mundial de Saúde. Sociedade Internacional de Hipertensão

O objectivo primário do **tratamento** do doente hipertenso consiste em reduzir ao máximo o risco total de morbilidade e mortalidade cardiovasculares. A importância da estratificação de doentes em termos de risco cardiovascular é muito útil para determinar o limiar de início de uma terapêutica com anti-hipertensores, como também estabelecer a pressão arterial alvo a atingir e a intensidade com que este objectivo deve ser atingido. Após esta primeira abordagem, elabora-se um plano terapêutico que deve ter em conta as dimensões relacionadas com o **estilo de vida** e com a terapêutica farmacológica

Quanto às medidas relacionadas com o **estilo de vida** (ou **tratamentos não farmacológicos**) são utilizadas para:

- ◆ Diminuir a pressão arterial num doente.
- ◆ Reduzir a necessidade dos fármacos hipertensores e maximizar a sua eficácia.
- ◆ Para controlar outros factores de risco presentes.
- ◆ Para a prevenção primária da hipertensão e patologia cardiovasculares associadas nas populações.

Em relação aos estilos de vida as medidas que devem ser consideradas nos doentes e que possam ser aplicadas são a cessação do tabagismo, a redução do peso, a redução do consumo excessivo do álcool, a redução da ingestão de sal e aumento da actividade física.

O tabagismo

Deixar de fumar é a medida de estilo de vida isolada mais eficaz para a prevenção quer das doenças cardiovasculares quer das doença não cardiovasculares nos indivíduos hipertensos. (Silagy, Mant, Fowler & Lodge, 1994)

O peso

A gordura corporal excessiva influencia os níveis de pressão arterial e é um factor predisponente mais importante para a hipertensão (Stamler, 1991). Uma redução de cerca de 5kg reduz a pressão arterial numa vasta proporção de sujeitos hipertensos com um excesso de peso superior a 10 %, sendo ainda potenciados pela prática de exercício físico (Reid, Dart, Dwar & Jennings, 1994), pela moderação da ingestão de álcool em bebedores pesados (Puddey, Beilin & Rakic, 1992) e pela redução da ingestão de sódio em indivíduos hipertensos mais idosos (Whelton, Appel, Espeland, Aplegate & Kostis, 1998)

Consumo de álcool

Apesar da evidência que um consumo de álcool de cerca de 3 bebidas standard por dia pode baixar o risco de doença crónica, existe uma relação linear entre o consumo de álcool, os níveis de pressão e a prevalência da hipertensão nas populações (Puddey, 1997). Desta forma os doentes hipertensos que bebem álcool devem ser aconselhados a limitar o seu consumo para não mais de 20 a 30g de etanol por dia para os homens e não mais de 10 a 20g de etanol por dia para as mulheres.

Ingestão de sal

Estudos epidemiológicos sugerem que a ingestão de sal contribui para a elevação da pressão arterial e para uma prevalência da hipertensão. O efeito parece ser potenciado por uma baixa ingestão de alimentos ricos em potássio. Ensaios aleatórios controlados em doentes hipertensos indicam que uma redução da ingestão de sódio de 80-100 mmol dia em relação a uma ingestão diária de 180mmol reduz a pressão arterial em cerca de 4-6 mmhg.(Cutler, Follman & Alexander, 1997).

Aumento da actividade física

Os doentes sedentários devem ser aconselhados a praticar regularmente a actividade física moderada tal como marcha e natação durante 30 e 45 minutos, 3-4 vezes por semana. Esta actividade física moderada pode baixar a pressão arterial sistólica em cerca de 4-8 mmHg (Fagard, 1995).

Factores psicológicos e stress

Os factores relacionados com a personalidade e o stress estão associados á adopção de padrões de estilos vida pouco saudáveis que se relacionam com a hipertensão e a doença cardiovascular (Beilin, 1995). Neste sentido, ajudar os indivíduos a lidar com o stress pode

ter um impacto importante na sua pressão arterial e na adesão às medicações anti-hipertensoras.

As terapêuticas não farmacológicas incluem terapias de relaxamento e biofeedback (McIntyre, 1994). Entre as técnicas mais usadas no tratamento da hipertensão encontra-se o relaxamento muscular progressivo, relaxamento assistido por biofeedback, relaxamento psicológico. O biofeedback é um processo pelo qual o sujeito hipertenso recebe informações acerca dos seus processos fisiológicos internos, como sejam a tensão muscular, a condução eléctrica da pele, frequência cardíaca e pressão arterial, com o objectivo de influenciar voluntariamente essas respostas fisiológicas. O biofeedback da pressão arterial, sistólica e diastólica, a electromiografia, o biofeedback térmico e a condutância eléctrica da pele são os tipos de biofeedback mais utilizados no tratamento da hipertensão (McIntyre, 1994)

Fundamentos do Tratamento Farmacológico da Hipertensão

As seis principais classes farmacológicas usadas para diminuir a pressão arterial são: diuréticos, bloqueadores beta, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da ECA, antagonistas da angiotensina II e Bloqueadores adrenergicos alfa.

Todas as classes de fármacos disponíveis são adequadas para iniciar a terapêutica anti-hipertensora mas a escolha dos fármacos será influenciada por vários factores nos quais se incluem:

- ◆ Factores sócio económicos que determinam a possibilidade de o doente manter continuamente a terapêutica ou abandoná-la;
- ◆ Perfil do risco cardiovascular de cada doente;
- ◆ A presença de lesões dos órgãos alvo, de doença cardiovascular clinica, doença renal ou diabetes;

- ◆ A presença de outras patologias subjacentes que podem interferir com o uso da medicação anti-hipertensora;
- ◆ A variação da resposta do doente aos fármacos de cada classe;
- ◆ A possibilidade de interacção com fármacos usados nos doentes com outras patologias;
- ◆ O peso das confirmação da redução do risco cardiovascular da Classe farmacológica escolhida para esse doente;

Portanto todos estes factores orientam o contexto de tratamento farmacológico de acordo com as características do doente (OMS,1999).

CAPITULO III – A doença e funcionalidade da família

1. A Família no contexto da medicina familiar

Na medicina familiar o foco de observação é a pessoa observada em contexto familiar ou seja trata-se de uma abordagem individual centrada na família (Rebelo, 1991). O padrão de morbilidade que surge numa consulta de medicina familiar, não sendo idêntico é muito semelhante ao padrão existente na comunidade (Mc Whinney, 1989). Isso significa uma alta incidência de doenças agudas e de curta duração, muitas delas transitórias e auto-limitadas, uma alta prevalência de doenças crónicas e também uma alta prevalência de problemas de comportamento. Os doentes não apresentam queixas físicas e de comportamento per si, mas sim queixas que são muitas vezes o resultado de uma complexa mistura de elementos físicos, psicológicos e sociais. Deste modo o médico de família deverá assumir como modelo médico de actuação o modelo biopsicosocial de Engel (1980) já que não é possível separar conceptualmente a doença do seu portador nem a pessoa do ambiente que a rodeia. Todas as doenças têm uma causalidade multifactorial de forma que o papel do médico é não só compreender os aspectos físicos da doença mas também quer o doente em si mesmo quer o significado que ele atribui ao adoecer num contexto sistémico.

Uma premissa básica do modelo biopsicosocial é de que os vários subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitário etc.) interagem uns com os outros de forma que interferem na saúde e na doença. A experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus membros e mostra ainda que em cuidados primários de saúde é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. Num artigo de revisão (Rebelo, 1993) refere a alta prevalência dos problemas psicossociais no conteúdo

da prática do médico de família. Neste texto tentaremos pois examinar algumas pesquisas e estudos que se debruçam sobre a temática do impacto familiar na saúde.

Existem actualmente diversos estudos que apontam para a importância que a família tem na saúde e bem estar do indivíduo. Três importantes áreas de pesquisa confirmam a importância da família na área de saúde e doença nomeadamente a influência do stress familiar, a influência da família nos factores de risco cardiovasculares e na prevenção da doença cardíaca e o impacto da funcionalidade familiar no decurso da doença crónica (McDaniel & Seaburn, 1990)

A teoria familiar sistémica oferece um modo sofisticado de analisar e trabalhar com processos circulares de interacção, triângulos, limites e crenças no sistema complexo que envolve o utente, a família e os técnicos de saúde.

As abordagens de intervenção desenvolvidas com estes utentes integram preocupações sobre a saúde e a doença num contexto sistémico que podem ser adaptadas e expandidas por técnicos com diferentes competências nomeadamente enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais numa interacção multidisciplinar.

2. A doença crónica e a família

O diagnóstico de uma doença crónica origina um estado de crise que pode ter períodos agudos de agravamento com descompensação ou de interacção com a doença, significativa para as famílias. O paciente e a família geralmente não estão preparados para as mudanças físicas, para os períodos alternados de estabilidade e crise e incerteza sobre o processo evolutivo da doença. A doença crónica exige novos modos de enfrentar mudanças nas auto percepções e definições do utente e da família, em relação ao problema de saúde e aos períodos extensos de adaptação.

O utente com a doença crónica percebe múltiplas perdas, incluindo a saúde física e funcionalidade, perda de papéis e de responsabilidades. As famílias também vivenciam perdas, já que se tendem a considerar-se diferentes, ou seja, definindo-se como uma família diferente das famílias ditas “normais e saudáveis”. No caso da **hipertensão** apesar de ser uma doença crónica decorre de uma forma dita silenciosa não existindo na sua evolução um percurso clínico que se adequa na prática a este contexto teórico a não ser numa fase da doença em que ocorram lesões de órgãos alvo com complicações clínicas, nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais, a doença coronária, a insuficiência cardíaca e doença renal.

A hipertensão arterial, se não for controlada, constitui um importante factor de risco para estas situações clínicas que podem ser letais, mas que, se não o forem, levam a situações também elas de natureza crónica muito mais incapacitantes, que provocam invalidez em graus variáveis e que exigem formas particulares de reeducação; tem sido nestes contextos clínicos que se tem investigado em relação à família e doença crónica. Desta forma a tentativa de compreensão da doença crónica hipertensiva à luz das explicações e dos modelos teóricos interpretativos do impacto da família na doença crónica atenua-se e nem sempre é ajustada.

O tipo de atendimento frequentemente resulta num relacionamento contínuo entre o paciente e pelo menos um médico, caracterizado por Doherty (1988) como um “relacionamento crónico”. As incertezas e complexidades da doença crónica exigem que as famílias interajam não só com um técnico mas com múltiplos técnicos e que os sistemas de saúde se devam articular com as famílias de modo a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e família. Uma vez que as famílias e sistemas de saúde compartilham a responsabilidade pelo atendimento, é possível encontrar muitas oportunidades para avaliação dos conflitos sobre papéis, sistemas de crenças e expectativas de atendimento.

Por exemplo, Peter Steinglass e Mary Horan (1988) identificam várias teorias que vêem as famílias como recursos ou como déficits:

- ◆ No modelo de recurso, o funcionamento familiar e o apoio social positivo são um recurso positivo ou redutor da gravidade da doença;
- ◆ No modelo de déficit, exemplificado pelo modelo da família psicossomática, o stress familiar e padrões de interação são vistos como exacerbando a doença e impedindo a melhoria dos cuidados.

O risco do modelo de déficit é que de acordo com algumas considerações sobre o assunto analisadas no livro “Psychosomatic Families” de Salvador Minuchin, Bernice Rosmane e Lester Baker (1978), esse facto é atribuído às características de fusão, rigidez e fraca resolução dos conflitos que ocorrem na maioria das famílias com doença crónica..

3. Ciclo de vida familiar e doença crónica

A doença crónica pode ocorrer em todos os estágios do ciclo de vida familiar. Para diferenciar ainda mais as respostas familiares, John Rolland (1987) sugeriu que se deve estar atento á interação entre a doença e os ciclos de vida do indivíduo e da família.

O trabalho de Rolland é relativo a três gerações de uma família oscilando ao longo do tempo entre períodos de aproximação e afastamento familiar. O modelo de espiral mostra como durante os períodos de aproximação, as forças centrípetas das famílias pressionam as gerações umas de encontro ás outras. Durante os períodos de separação, as famílias são descritas como se forças centrífugas pressionassem os membros e gerações no sentido do afastamento.

Rolland sugeriu que a doença crónica geralmente exerce uma força centrípeta sobre as famílias. Se uma doença surge durante o período de força centrífuga, tal como adultos jovens

saindo de casa, a doença pode evitar que cumpram a tarefa familiar de afastamento dos pais; se o aparecimento da doença coincide com um período de força centrípeta tal como a fase de filhos pequenos, pode prolongar este período de aproximação.

Apresentou um modelo de classificação da doença crónica que tem como base a interacção entre a doença e a família, onde organiza grupos de doenças que partilham exigências semelhantes perante os doentes e as suas famílias. Assim existem três importantes dimensões que são:

1. O tipo psicossocial de uma doença com quatro características: o modo de aparecimento, o tipo de evolução, o resultado e grau de incapacidade que provoca no doente.
2. A historia natural da doença com três períodos: o período de crise, o período crónico e o período terminal.
3. A dimensão da família com três componentes: a fase de ciclo de vida, o padrão de funcionamento familiar e o sistema de valores e crenças existem no seu meio em relação á saúde e doença.

Este modo de classificar a doença contrapõe o modo clássico que se fundamenta em critérios exclusivamente biológicos onde a decisão diagnostica e o plano terapêutico são as únicas vertentes a ter em conta.

A hipertensão arterial controlada, no que diz respeito á tipologia psicossocial, seria uma doença crónica não fatal de percurso constante, não incapacitante e de evolução gradual.

É obvio que se estiver descontrolada o percurso não será tão constante mas evoluirá de uma forma episódica e com surtos de agravamento com crises hipertensivas que apesar de não incapacitante se poderá tornar mais aguda. Estes aspectos tornam-se particularmente importantes no redimensionar de alguns conceitos que o doente e elementos da família

poderão ter em relação a algumas dimensões da doença, nomeadamente duração da doença e seu percurso, controlo pessoal da doença ou controlo do tratamento.

Peggy Penn (1983) verificou que as famílias podem-se tornar estáticas como resposta á doença, quando “o tempo de evolução parece parar e o sistema torna-se dominado pelo tempo de recuperação do paciente”. Penn descreveu uma forma particular de “interacção unificadora” que ajuda a família a manter a forma familiar existente e evitar as mudanças de ciclo de vida que normalmente ocorreriam. As coligações familiares que, por exemplo, eram apropriados a uma determinada fase do ciclo familiar tornam-se fixas ou paralisam inibindo ainda mais o desenvolvimento e a mudança.

Sandra Gonzalez, Peter Glass e David Reiss (1989) que estudaram famílias com doenças crónicas também concordam que as necessidades familiares normativas estão subordinadas ás necessidades da família em função do membro enfermo desta. Outras necessidades da família podem ser negligenciadas, o que resulta em frustração, ressentimento e fraca comunicação.

O Ciclo vital familiar (Modelo de Duvall)

No modelo de Duvall (1977) é feita a identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital. Duvall considera a presença de crianças e a idade de evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação. O médico de família, uma vez que conhece a estrutura familiar, deve estar capaz de identificar a fase de ciclo de vida e de classificá-la de acordo com a etapa em que se encontra. Em cada etapa do ciclo de vida se detectam patologias determinadas com a idade, actividades e papeis que desempenham os seus membros. Uma mesma doença diagnosticada em diferentes etapas de desenvolvimento tem distintas implicações no que respeita á abordagem dos aspectos

físicos, emocionais e sociais. As etapas finais do ciclo de vida tem como denominador comum a produção de perdas tanto no referente ao número de membros como de funções e papéis.

4. Características familiares que afectam a resposta á doença crónica

Ao lidar com utentes e respectivas famílias com doença crónica há que estar atento aos padrões familiares que parecem melhorar ou manter diferentes padrões de comportamento. A maioria das famílias que lida com o stress de uma doença crónica desenvolve coligações e exclusões emocionais dentro da família em resposta aos cuidados com a doença (Gonzalez, Steinglass & Reiss, 1989). Essas coligações são interpretadas como superprotecção familiar, uma característica negativa que pode levar a menor autonomia pessoal e maior incapacidade do paciente. Contudo, as pesquisas apoiam o consenso de que algum grau de superprotecção é necessário para os cuidados com os membros doentes da família (Gillis, 1984).

Outros teóricos da área de família acreditam que a tolerância á incerteza ou ambiguidade é uma característica importante para a adaptação bem sucedida á doença crónica (Kleinman, 1988). A capacidade para tolerar a incerteza pode ser semelhante á dimensão de adaptabilidade do modelo circunflexo de funcionamento familiar de David Olson, Douglas Sprenkle e Candice Russel (1979). Esses investigadores prevêem que níveis moderados de adaptabilidade são mais funcionais para o controlo de situações stressantes. As famílias precisam de ser suficientemente flexíveis para aceitarem a incerteza mas de ser também organizadas para obterem informações e saberem lidar com o seu ambiente. Contudo, Sandra Gonzalez, Peter Steinglass e David Reiss (1989) afirmam que os padrões familiares formulados em resposta ás exigências da doença crónica em geral são rigidamente adoptados.

Portanto há que intervir a nível dos padrões de resposta á doença e ao nível da capacidade dos membros da família de tolerarem a incerteza e considerarem mudanças nas suas interacções.

A aparente rigidez da interacção familiar pode ser mantida, em parte pelo isolamento da família ao lidar com a doença. As famílias geralmente não falam entre si sobre as suas preocupações em relação á doença (Gonzalez, Steinglass, & Reiss, 1989). Mesmo quando as famílias estão isoladas de outras famílias é um pressuposto terapêutico o facto de os membros da família serem melhor sucedidos no seu desempenho quando podem falar uns com os outros sobre as suas necessidades e os seus desejos (Baker, 1987)

Embora a maioria das famílias concorde que o stress familiar aumenta quando um membro tem uma doença crónica, as famílias gostam de sentir que são capazes de lidar com esse problema. Os membros da família frequentemente têm bastante consciência dos seus sentimentos de desapontamento, raiva, culpa e ressentimento mas vivenciam esses sentimentos como inaceitáveis por causa da condição de saúde do paciente. O médico de família é um elemento primordial na abordagem desta problemática em utentes e familiares com doença crónica já que interage com o utente e o seu contexto familiar e deve estar atento desde o primeiro momento a estas necessidades familiares; desde o início e na sua equipa de saúde deve ter possibilidade de lidar com técnicos, nomeadamente psicólogos, os quais, em interacção com o médico, poderão desbloquear algumas dificuldades do utente e famílias a lidar com a evolução da doença crónica.

A maioria das famílias que lidam com doença crónica relatam experiências negativas com pelo menos uma parte do sistema de atendimento actual e podem estar renitentes em ceder espaço para mais actividades relacionadas com a doença, em referências fora da instituição com novos elementos exteriores ao sistema próximo da saúde que conhece. Ao

invés, se na própria equipa de saúde o psicólogo da saúde estiver presente, este elemento será intrínseco ao sistema e estará mais próximo em todas as vertentes da problemática do utente, da família e da interacção que o médico de família desenvolve com eles.

A maioria dos doentes crónicos por definição não são curáveis. Como em toda a intervenção terapêutica e particularmente devido á natureza da doença crónica, a adequada comunicação do médico de família nomeadamente com os psicólogos é fundamental durante todo o período de intervenção e tratamento para que possa resultar um investimento eficaz e eficiente no que diz respeito a melhoria no contexto da doença.

Sendo óbvia a importância que a doença crónica tem no presente, quer em termos sociais quer para qualquer sistema de saúde, onde se inclui o seu reflexo no trabalho do médico de família, será necessário abordar a influência recíproca existente entre o doente portador de doença crónica e a sua família. Sobre este assunto os maiores contributos têm vindo de disciplinas como a epidemiologia clínica, a sociologia médica, a terapia familiar e a psicologia. É pois importante aprofundar as razões que justificam a influência dos factores familiares no estado de saúde do indivíduo, em particular o papel dos acontecimentos de vida, da funcionalidade da família e do suporte social na saúde e na doença e abordar a influência que a doença crónica tem na família (Rebelo, 1996).

Por outro lado a família pode influenciar certos comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico, o tabagismo, a adesão a terapêutica ou o uso dos serviços de saúde. Campbell (1990) refere que embora a via comportamental actue de um modo mais indirecto e menos imediato, tem uma influência mais poderosa na alteração do estado de saúde como foi comprovado em pacientes cardíacos. Também se sabe que no indivíduo com predisposição para o desenvolvimento de doença cardíaca são mais importantes factores de comportamento

como a dieta, o tabagismo e a adesão às terapêuticas que factores emocionais ou de tipo de personalidade.

5. A família e a sua funcionalidade

Existem muitas definições de família, o que se justifica pela complexidade do conceito em si mesmo e também pelos diferentes sistemas tipológicos usados para o efeito e fundamentados em disciplinas diferentes (Agostinho & Rebelo, 1988). A família definida como um sistema é um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações em continua interacção com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificada (Sampaio & Gameiro, 1985).

De acordo com Sampaio (1988) a família funcional é um sistema aberto, em continua interacção com o exterior, dotado de regras próprias. Considera-se que a família disfuncional, ou que actua segundo padrões disfuncionais, aquela que não conseguindo cumprir as suas tarefas básicas contribui para o aparecimento de sintomas de distress entre os seus membros. Nos últimos anos tem sido realizada muita investigação sobre a influência da família na doença crónica e em particular sobre a função familiar e o seu controle. McDaniel, Campbell e Seaburn (1990) revêm os estudos mais relevantes contando-se entre eles os que se debruçam sobre a asma (Liebman & Minuchin, 1974) ; o cancro (Horne & Picard, 1979; Duszynski, Thomas & Shafer, 1979) e a diabetes (Baker, Minuchim & Todd, 1975; Anderson & Auslander, 1980).

Os trabalhos sobre diabetes são importantes pois os seus resultados confirmam de uma forma consistente a relação que existe entre factores familiares e o controlo da doença (Rebelo, 1992)

Minuchin ainda classificou as famílias de psicossomáticas porque o seu tipo de funcionamento tinha consequências nas doenças dos filhos e caracterizou-as em termos de estrutura como sendo aglutinadas, existir superprotecção, serem rígidas e evitarem os conflitos. Este modelo de família psicossomática - que encara a família como agente patogénico - tem sido ultimamente criticada quer por razões metodológicas - dificuldade de operacionalizar o conceito de família psicossomática, dimensão reduzida das amostras, falta de grupos de controlo e insuficiente tratamento estatístico dos dados (Campbell, 1986; Coyne & Anderson, 1988), falta de sustentação teórica do modelo (Kog, Vandereicken & Vertommem, 1985). Em geral os estudos relacionam disfunção familiar e deficiente controlo da diabetes mas não existe a certeza se a disfunção é causa ou efeito.

Campbell (1986) tira importantes conclusões:

- ◆ O estado civil e o suporte dado pelo cônjuge são os dois mais potentes factores que influenciam a taxa de mortalidade em geral e a doença cardiovascular em particular. O suporte da família, especialmente do cônjuge, tem um efeito protector embora não seja específico para nenhuma doença.
- ◆ No doente hipertenso o envolvimento da família especialmente do cônjuge no plano terapêutico tem uma repercussão considerável na baixa taxa de mortalidade, pelo aumento da adesão terapêutica anti-hipertensiva e á dieta.
- ◆ Só em estudo transversais foi obtida uma correlação positiva entre o suporte familiar e adesão a regimes terapêuticos. Em obesos o envolvimento de elementos da família no seu plano terapêutico ajudou a que eles perdessem peso.

- ◆ Os pacientes deprimidos são muito sensíveis a críticas dos seus familiares e a sua alta frequência está associada a recaídas. O conflito conjugal acompanha com frequência a depressão e pode influenciar o seu tratamento.
- ◆ As famílias dos alcoólicos tem padrões de relação muito variáveis dependendo do paciente se encontrar numa ou noutra fase da doença.

Genericamente, os estudos sobre a influência da família no paciente portador de doença crónica sugerem que a disfunção familiar está associada a um controlo insuficiente e a uma evolução desfavorável (Campbell, 1990).

6. O Casal - aspectos relacionais

Quando existe uma doença, a expressão dos seus sintomas parece variar em função da qualidade conjugal. Tal tem sido verificado sobretudo nas doenças crónicas. (Griffin 1993; Walsh, 1991).

No que concerne á relação conjugal na revisão da literatura existem diversas dimensões que retratam essa mesma relação e que passam pela “qualidade conjugal, ajustamento conjugal, funcionalidade conjugal e satisfação conjugal

Quanto á funcionalidade conjugal, Olson, Portner e Lavey (1985), efectuou estudos nas várias etapas do ciclo de vida e analisa duas dimensões familiares que considera centrais e que já foram referidos, que são a coesão familiar, que diz respeito á proximidade emocional entre os membros, e a adaptabilidade que diz respeito á flexibilidade e capacidade de mudança na família.

Olson, no mesmo estudo, encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres e também entre diferentes etapas em relação á dimensão da coesão. Verificou que as mulheres tendem a perceber a família como mais coesa do que os maridos em todas as etapas do ciclo de vida á excepção da etapa correspondente á saída de casa dos filhos onde as diferenças não são significativas.

A coesão familiar parece ser maior na primeira etapa do ciclo de vida, diminuir bastante com a adolescência e a saída dos filhos e voltar a aumentar nas etapas de ninho vazio e de envelhecimento. Na dimensão adaptabilidade, os resultados não são muito diferentes. As mulheres referem níveis mais elevados de adaptabilidade do que os cônjuges excepto na etapa correspondente á saída de casa onde as diferenças não são significativas. A adaptabilidade

parece também decrescer progressivamente até atingir níveis mínimos nas etapas dos filhos adolescentes e da saída dos filhos da casa, voltando depois a aumentar.

Olson investigou também o desenvolvimento da satisfação conjugal e familiar ao longo do ciclo de vida. Verificou que o seu estudo confirmava outros estudos recentes feitos sobre o tema os quais indicam que a satisfação conjugal e familiar tende a desenhar uma curva em U, ou seja um nível mais elevado nas primeiras etapas do casamento, um decréscimo progressivo até á saída da casa dos filhos e um aumento nas etapas posteriores. Vários estudos parecem indicar um declínio da funcionalidade da relação conjugal e da satisfação conjugal nas etapas correspondentes ao nascimento e crescimento dos filhos (Bradbury, 1992).

No entanto há poucos estudos longitudinais que incluam um grupo comparativo de não pais, o que torna difícil perceber se o declínio se deve á presença dos filhos ou aos anos de conjugalidade. White e Booth (1985) verificaram que os casais com filhos e casais sem filhos apresentam um declínio semelhante ao longo do tempo quanto á qualidade e á satisfação conjugal. As maiores diferenças entre os dois grupos situaram-se nas actividades conjuntas, apresentando os casais com filhos um maior declínio na frequência de actividades que envolve o casal. Vários estudos tem confirmado que casais com filhos comunicam menos verbalmente, que o conteúdo das comunicações incide mais nos filhos do que neles próprios e que há menos intimidade conjugal. Os filhos podem ainda contribuir para diminuir a qualidade da relação conjugal se não existir acordo entre o casal quanto aos valores e atitudes educativas. Outra potencial fonte de conflito ocasionada pela presença dos filhos é a quantidade de tarefas domésticas acrescentadas e a divisão entre os cônjuges (Bradbury, 1992).

Concluindo, seja pela presença dos filhos ou pelo passar dos anos, ou por ambos os factores, o que parece ser evidente da investigação é que existe uma diminuição da funcionalidade

conjugal e da satisfação conjugal nos anos correspondentes ao nascimento e crescimento dos filhos ou nos primeiros dez anos de vida de relação e um aumento dessa qualidade e satisfação após a saída dos filhos ou nos quinze anos seguintes (Bradbury, 1992).

Howard Markman tem sido um dos autores que mais se tem dedicado a esta temática dado que na sua interpretação a qualidade da comunicação do casal e a capacidade para lidar com os conflitos são óptimos preditores de um bom relacionamento do casal (Markman, 1986, 1989 e 1992). Todos os casais experimentam dificuldades que têm que ser resolvidas para que a relação possa ser sentida como satisfatória. Estes problemas prendem-se com diferenças individuais, diferenças entre as famílias de origem, diferenças nas necessidades de proximidade ou distância (independência), com questões relativas às várias etapas do ciclo de vida e à transição entre elas.

Quando a doença crónica surge no contexto familiar, alguns aspectos particulares a nível da relação de casal, que passa por aspectos estruturais e emocionais, têm que ser tidos em conta. Assim aspectos como a avaliação do tipo de problema, papel de doente-cuidador, aspectos cognitivos, o género, o tipo de crenças e o ciclo de vida devem ser tidos em conta.

Como outra qualquer mudança na vida o aparecimento da doença oferece a oportunidade para o crescimento da relação ou a sua deterioração. A existência de uma doença faz necessariamente alterar as fronteiras da relação do casal.

Alguns atributos da intimidade do casal são relevantes em situações em que o casal enfrenta o problema da doença. Wynne e Wynne (1986) consideram a intimidade do casal em termos de um conjunto de processos nas quais os parceiros se expõe de forma comunicacional verbal e não verbal aceitando que o outro o entenda. Bowen (1978) e Lerner (1989) sugerem que esta intimidade requer que cada elemento do casal seja capaz de manter a autonomia do outro,

com fronteiras claras e precisas e que simultaneamente seja capaz de trazer o “self” para a relação. Weingarten (1991) notou que cada elemento do casal precisa de temporariamente entrar em áreas de interesse ou preocupação do outro e participar na criação de significados juntos ou seja partilhados.

A investigação sobre relação do casal já demonstrou que os processos de comunicação são cruciais na facilitação de uma boa funcionalidade do casal (Epstein, Bishop, Ryan e Keitner, 1993; Jacobson e Holtzworth, 1986; Noller e Fitzpatrick, 1988; Olson, Russel e Sprenkle, 1989).

Perante uma doença crónica modificam-se necessariamente os padrões de comunicação; é necessária nomeadamente uma forma sensitiva, aberta e directa no discursos que permita abordar um conjunto de aspectos relativos á doença. O nível relacional do casal antes da identificação da doença são importantes em termos de funcionalidade mas nem sempre suficientes para a manutenção dessa mesma funcionalidade perante o lidar com a doença. A identificação das dificuldades sentidas pelos cônjuges em relação ao problema, o estabelecimento claro das fronteiras da doença e o reequilíbrio das relações são pertinentes para um melhor sucesso relacional.

Aspectos importantes a abordar passam pela percepção da doença e as exigências psicossociais ao longo do tempo e do evoluir da doença, crenças sobre quem e o que causou a doença e o que pode afectar o seu curso, prioridades pessoais e relacionais, o papel de doente e de cuidador. A comunicação pode estar bloqueada na tentativa de explorar a nova condição, devido a receio de poder magoar o parceiro ou fazer piorar a situação.

Um grande risco existe se a sua relação fica totalmente dominada pela doença crónica Esta experiência passa pela noção que nada voltará ser como dantes. É óbvio que esta situação é vivenciada essencialmente em doenças crónicas invalidantes, em que o viver com a doença

traz significados negativos. Quando isto acontece todo o discurso é carregado de declínio e perda. As desordens crónicas tem uma tendência insidiosa de se tornar fortemente envolventes mesmo nas relações de casal mais funcionais, e os casais necessitam de esclarecimento acerca dos períodos mais conturbados da doença. Assim, tendo em conta as necessidades psicossociais do problema, a exploração precoce com o casal sobre os seus padrões usuais de comunicação e relação permite prever o aconselhamento e educação.

O papel de cuidador no contexto da doença crónica faz necessariamente rever funções, papéis e fronteiras que serão tão mais significativas quanto mais incapacitante for a doença crónica. Aconselhamento e educação sobre as necessidades físicas e psicossociais da doença devem ser previstas desde uma fase precoce da mesma de forma a clarificar o tipo e a temporalidade dos cuidados. No caso da doença hipertensiva, pelas características desta doença crónica essencialmente assintomática, o investimento no cuidador nomeadamente no parceiro do doente situa-se na envolvimento do controlo de factores de risco da doença. Assim, o aconselhamento em relação a padrões comportamentais nomeadamente o tipo de alimentação (ingestão de sal), o controlo do peso e a actividade física são fundamentais. A eficácia das mudanças de estilo de vida passam por objectivos específicos alcançáveis, que sejam sensíveis aos aspectos culturais do casal, que sejam sintonizáveis com o quotidiano dos mesmos e que possam ser monitorizados e adaptados de acordo com as necessidades e com o evoluir da doença.

O Médico de família, no contexto da abordagem da problemática do casal perante a doença, terá que providenciar educação, prevenção, suporte e desafio para o casal. Educação passa também por ensinar os casais a lidar com o stress face á doença, mecanismos de coping ou confronto face á doença e ajudando a comunicar um com o outro. Prevenção refere-se ao papel fundamental do médico de família em providenciar ajuda antecipada antes que algum

problema adaptacional ocorra. Suporte refere-se ao esforço de ajudar os casais emocionalmente e do ponto de vista terapêutico através de fases mais difíceis como pode ocorrer durante o piorar da doença ou outro tipo de limitação psicossocial que a própria doença obrigue. Todas estas dimensões, apesar de estarem no universo de actuação do médico de família, beneficiariam de um apoio estruturado de um técnico de saúde com competências específicas para a abordagem. É nesta dimensão que o psicólogo da saúde poderá ser indispensável nomeadamente na intervenção com o indivíduo doente e o parceiro que passarão a ser considerados como elementos activos e decisivos no processo de doença, utilizando para o efeito técnicas de intervenção em que a dinâmica relacional será tida em conta.

CAPITULO IV - Representações de doença – modelo de Leventhal

No âmbito da psicologia da Saúde, a investigação e a compreensão acerca dos significados ou interpretações que as pessoas elaboram acerca dos seus processos de saúde e doença, constitui um domínio do conhecimento que permite ultrapassar a simples realidade dos sintomas e comportamentos observáveis. Por outras palavras, o campo da investigação situa-se no significado de saúde e doença tal como é experimentado pelo indivíduo.

A cognição sobre a doença (ilness cognition) que acompanha cada experiência de doença pressupõe que inclua:

- 1 - Uma auto-focagem nas sensações corporais e estados emocionais.
- 2 - Um reconhecimento destas sensações ou estados como sintomas.
- 3 - A atribuição dos sintomas a causas físicas ou psicossociais - interpretação dos sintomas (Robbins & Kirmaer, 1986).

Leventhal e Meyer (1980) advogam o estudo das representações da doença como uma estratégia para a compreensão das complexidades do comportamento de doente e do confronto com a doença (mecanismos de coping). E, á semelhança de Bishop (1991), consideram que no indivíduo existem estruturas cognitivas que são fonte de significados para a sua experiência de doença. Nessas estruturas cognitivas existem protótipos de doença que são padrões racionais estáveis e organizados de conhecimentos acerca de certos tipos de estímulos recuperados da memória em relação aos quais a pessoa compara os seus sintomas físicos. Estes sintomas são posteriormente interpretados por comparação com o estado corrente da memória de outros padrões de certas doenças.

O conteúdo e a estrutura das representações da doença têm um efeito directo na forma como as pessoas reagem/respondem. Por seu lado as reacções emocionais podem influenciar

profundamente a representação de uma doença e conseqüentemente o processo de confronto (coping).

Existe pois um modelo auto regulador de senso comum da doença, que é formada por dois sistemas independentes de processamento da informação, um deles criando a representação psicologicamente objectiva da representação da ameaça da saúde e outro psicologicamente subjectivo ou sistema de processamento emocional os quais criam estados de sentimento, os procedimentos de confronto e as regras de avaliação para o manejo da emoção.

Realçam-se as seguintes características do modelo de auto-regulação (Leventhal,1992):

- 1) A produção do comportamento é o resultado do sistema interactivo de componentes múltiplos.
- 2) A interpretação ou o processamento do estímulo origina representações multiatribuídas, tanto das ameaças da saúde como dos tratamentos.
- 3) Os atributos ou dimensões da representação definem objectivos ou valores de referência para a regulação comportamental.
- 4) A avaliação dos resultados do confronto envolve a observação do desvio entre os vários valores de referência e os resultados percebidos. Essa observação ou processo de verificação origina as avaliações da adequação das acções específicas, a avaliação da auto-competência na execução destas acções, a precisão da representação e a avaliação de vários factores incluindo as características do eu e do sistema de apoio.
- 5) O sistema de processamento opera em estádios. O primeiro cria a definição do problema e a emoção que o acompanha (o medo, ansiedade e depressão), o segundo envolve o desenvolvimento e a execução dos planos de resposta de confronto (coping) com o problema e com a emoção. Este estágio de confronto impulsionado pela representação, i. e, a definição do problema, estabelece os objectivos do confronto. O

terceiro é de avaliação para determinar se a resposta de confronto moveu o indivíduo para objectivos cada vez mais próximos dos especificados pela representação. O sistema é recursivo, i.e. cada acontecimento adaptativo altera as estruturas subjacentes á memória e assim muda os acontecimentos adaptativos subsequentes.

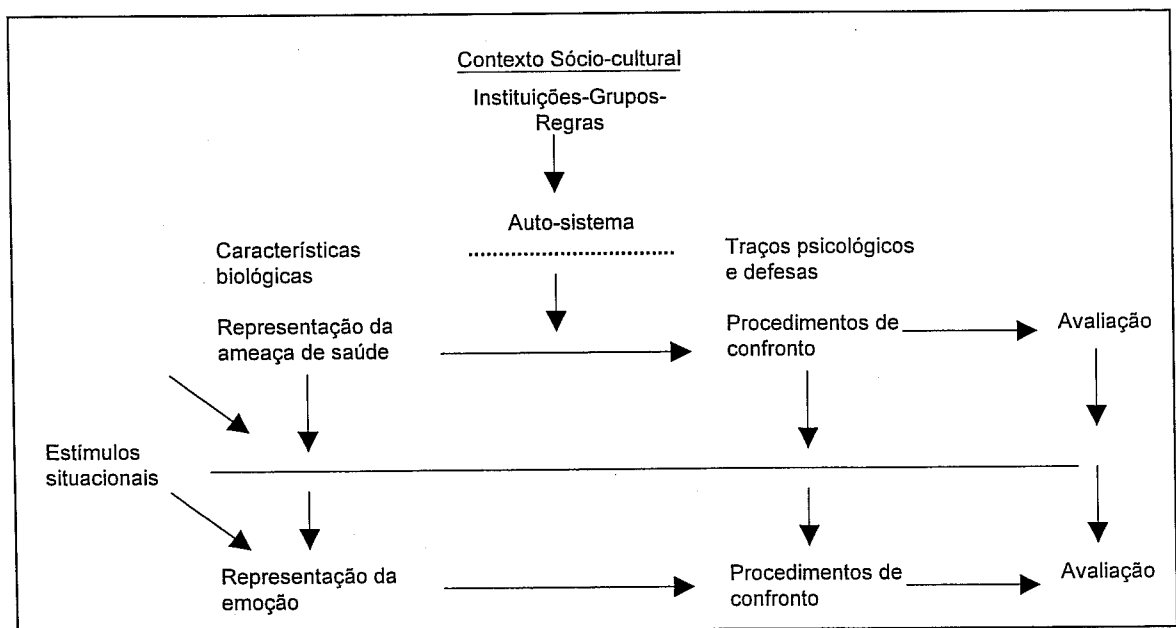
- 6) O sistema de processamento é hierarquicamente organizado. Funciona a níveis concretos e abstractos. Os incidentes comportamentais (ex. confrontar com uma dor de cabeça) envolvem tanto características concretas como características abstractas da representação, confronto e avaliação. O aspecto hierárquico cria a possibilidade de consistência e/ ou inconsistência entre os níveis abstractos e concretos.

De acordo com este modelo, os estímulos internos e externos geram uma representação multi-atribuída com base na percepção subjectiva do problema somático e da emoção, o que orienta os procedimentos de confronto e da avaliação dos resultados. As representações dos procedimentos de confronto e das regras da avaliação como alvos de auto regulação são afectadas pelas características da própria pessoa e do contexto social. Os autores estabeleceram a hipótese de que nos processos activos subjacentes á construção dos estágios (representação, procedimentos de confronto, avaliação e confronto) tanto os aspectos objectivos como os emocionais do modelo envolvem a integração das entradas de informação correntes com pelo menos dois tipos de estrutura da memória, com registos paralelos em cada um dos estágios.

Um processamento esquemático (ex. memória dos episódios de doença) desempenha um papel importante na elicitação das reacções emocionais e dos sintomas. Um processamento conceptual ou proposicional (uma memória acerca dos episódios de doença) que classifica tanto os estados emocionais como os de doença., interpreta-os e atribui-lhes um significado.

Leventhal (1992), refere que para se compreender como as pessoas se adaptam e manejam as ameaças específicas de saúde, é necessário definir qual o conteúdo das representações ou a substância dos procedimentos, do confronto e das avaliações e descrever os processos envolvidos na construção e actualização das representações de doença como ameaças à saúde e a forma como os acontecimentos se desenvolvem ao longo do tempo.

Modelo de auto regulação (Leventhal, 1992)



No respeitante ao conteúdo das representações aqueles autores sugerem cinco dimensões, baseados nos seus estudos e no de outros investigadores Ogden (1996), que a seguir se definem (Leventhal & Meyer, 1980; Ogden, 1996).

1. Identidade - designação atribuída à doença e os sintomas que a acompanham.
2. Duração - noção do tempo e de existência da doença e do seu curso. Nesta dimensão foram identificados três tipos de representação de doença: *a)* aguda - o tipo mais frequente em que a doença é vista como qualquer coisa que depois de tratada desaparece; *b)* crónica i.e. a doença é vista como uma condição que requer tratamento a

longo prazo; c) cíclica ou recorrente, i.e. a doença é vista como uma condição que vai e vem requerendo tratamento numa base periódica;

3. Consequências - percepções do paciente dos efeitos possíveis da doença na sua vida de natureza física, social ou económica, e que podem permanentes ou circunstanciais.;
4. Causas antecedentes - Factores percebidos como responsáveis pela doença. As causas podem ser biológicas (i. e vírus ou lesão) ou psicossociais (i. e stress ou comportamentos relacionados com a saúde) Existem diferentes modelos causais de doença.
5. Potencial para cura e/ou controlo: os pacientes acreditam que a sua doença pode ser tratada e curada e que é possível exercer controlo sobre a mesma.

As dimensões da representação da doença acabadas de referir dão forma aos procedimentos de confronto (coping) e de controlo da doença e tem um papel crítico na avaliação dos resultados.

Quanto ao desenvolvimento temporal do sistema auto regulador, Leventhal (1992) afirma que os incidentes estão em constante mudança. As sensações somáticas produzidas pela doença podem aumentar, diminuir ou repetir-se ao longo do tempo. Em conjunto com nova informação da comunicação social, dos amigos e dos profissionais de saúde, a representação, os processos de confronto e de avaliação, correctos ou não correctos, estão em constante actualização e afectam os comportamentos de saúde.

Leventhal e Meyer (1980), nomeadamente com doentes com hipertensão verificaram que, em relação á dimensão identidade, estes tinham alguma dificuldade em conceptualizar esta doença por ser assintomática. Apesar disso, 88% dos doentes com hipertensão referiram que havia alguns sintomas que em termos de percepção lhes permitia prever quando é que a poderia existir uma subida tensional. Por outro lado, os doentes podem conceber o modelo temporal

da doença de três formas diferentes: aguda, cíclica ou crónica. Os doentes que tem um modelo agudo de perceber a doença hipertensiva, ou seja com uma temporalidade curta, tem mais tendência de parar o tratamento que os doentes com uma concepção cíclica ou crónica do modelo da doença..

Pode-se pois verificar com Leventhal (1992) que a experiência do passado e os mitos sociais podem interferir e ser importante no processo interpretativo e originar sistemas auto-reguladores que são falsos e auto-suficientes porque são confirmados por experiências distorcidas. Sistemas inválidos podem ser mantidos e falham em fornecer meios de suporte válidos aos sintomas, visto que o feed-back corporal é ambíguo e pouco consistente. O modelo do senso comum da doença permite a integração de diversos factores a nível individual do sistema social, acomodando facilmente as variáveis específicas a domínios particulares, como por exemplo as representações (ex. identidade, explicações causais, consequências percebidas e procedimentos de coping), em relação a uma doença ou a um comportamento de risco. Existem diferenças nas representações e nos procedimentos concebidos pelos indivíduos quando pertencem a culturas diferentes, desempenham papéis sociais diferentes na mesma cultura (médico e doente) e nos confrontos individuais com diferentes doenças.

CAPITULO V - Adesão ao tratamento médico

Após três séculos de progresso que reduziram as taxas de morbidade e de mortalidade através do desenvolvimento das ciências da saúde, o aparecimento a nível da medicina de meios de diagnóstico mais sofisticados e de recursos ao nível de tratamentos reflectiram-se numa mudança de prioridade dos cuidados de saúde.

Os padrões de doença passaram a ter um carácter crónico e degenerativo em que o comportamento e os estilos de vida desempenham um papel proeminente (Matarazo, 1984). Nestes casos os tratamentos pressupõem a participação activa e o envolvimento do doente, visto que são prolongados com a tónica no controlo e não necessariamente na cura., incidindo tanto nos factores psicológicos e sociais, como nos físicos (Corney, 1991). Devido aos avanços acentuados no campo dos cuidados de saúde, viver com doenças que se podem prevenir ou sofrer de condições tratáveis são considerados por diversos investigadores como resultados potenciais tangíveis da não adesão às recomendações médicas (Burgoon, 1996; e Stoeckle, 1995).

A adesão do paciente aos esquemas terapêuticos prescritos é essencial para o tratamento de doenças tal como a adopção de comportamentos adequados, nos quais se incluem os estilos de vida, para evitar a doença ou melhorar as condições de saúde.

Leventhal e Cameron (1987) referem que os estudos acerca da adesão se têm apoiado numa das cinco orientações técnicas principais:

- a) Modelo biomédico - modelo reducionista em que o doente deverá cumprir uma prescrição médica e em que o não cumprimento é unilateralmente avaliado em função das características de personalidade do doente.

- b) Abordagem comunicacional - Neste contexto toda a adesão é focalizada na qualidade da transmissão da mensagem, na compreensão e nas próprias características da recepção que constituiriam o substrato da aceitação e da própria acção de adesão.
- c) Comportamento operante e teoria da aprendizagem social - É dada essencialmente importância aos estímulos da qual decorre o comportamento e á automatização após sucessivas repetições.
- d) Crença racional - É de realçar neste modelo o pensamento lógico e objectivo que determina o comportamento humano e que leva, perante a noção de risco ou benefícios, á alteração desses mesmos comportamentos.
- e) Teoria dos sistemas - Nestes modelos existe um envolvimento do indivíduo que depende das representações cognitivas que o mesmo tem em relação ao seu estado e que seriam fundamentais para qualquer processo de adesão.

Kristeller e Rodin (1984) consideram a existência de determinados estádios cujo desenvolvimento pressuporia a adopção de fases de cada um dos modelos anteriores.

Estádio 1 - Concordância (compliance) Período em que o paciente inicialmente concorda e segue a prescrição clínica e em que o paciente precisa de explorar a sua doença ou o seu problema de saúde com o médico. Este estádio é caracterizado pelo grau necessário de confiança no diagnóstico e tratamento sugerido. O diagnóstico não implica simples aquiescência do paciente mas uma concordância completa com as recomendações do médico, o que implica muita informação respeitante á doença ou problemas específicos do tratamento, bem como a consideração das expectativas, crenças e atitudes do paciente.

Estádio 2 - Adesão (adherence) - O paciente continua o tratamento com que concordou com uma vigilância limitada mesmo quando se confronta com situações conflituais que limitam o

seguimento do tratamento. O paciente tem capacidade de exercer o seu auto controlo de forma a auto regular o seu comportamento de saúde. Uma tarefa importante é a avaliação e a melhoria das expectativas de auto-eficácia em relação às situações ameaçadoras ou geradoras de obstáculos. Os esforços do provedor de saúde são no sentido de:

- ◆ integrar o tratamento no estilo de vida do utente através da negociação;
- ◆ ajudar o utente a interiorizar os comportamentos necessários ao tratamento;
- ◆ ajudar o utente a antecipar eventuais recaídas preparando estratégias de confronto de alternativas.

Estádio 3 - Manutenção (maintenance) Refere-se ao facto de o utente continuar a implementar o comportamento de melhoria de saúde sem vigilância incorporando-o no seu estilo de vida. O objectivo será portanto transformar os comportamentos em hábitos fortes que resistem á ameaça.

Outros autores advogam a utilização de outras palavras, nomeadamente cooperação em vez de compliance ou adesão. A abordagem de o paciente e o médico trabalharem juntos poderia ser mais eficaz para o tratamento do paciente (Friedman e Di Matteo, 1989).

Uma das formas de perceber melhor a adesão é analisar as formas, condições e razões da não adesão. Cerca de 50% dos utentes com hipertensão falham no seguimento das recomendações médicas e mais de 50% abandonam os cuidados de saúde ao fim de um ano (Turk & Meichenbaun, 1991). Leventhal e Meyer (1980) advogam o estudo das representações da doença como uma estratégia para a compreensão das complexidades do comportamento de doente e do confronto com a doença.

Um factor descrito na literatura como responsável de não adesão é a falta de convergência entre o modelo de doença do paciente e a do médico. De acordo com Leventhal (1992), a

adesão ao tratamento parece ser alta quando ambos médico e doente partilham da mesma representação de doença, os mesmos critérios de resultados e concordam com o mesmo procedimento terapêutico. O trabalho com doentes hipertensos sugeriu que o modelo que o doente tem de doença influenciou a sua adesão ao tratamento. Verificaram que os utentes desenvolvem uma representação de hipertensão que inclui sintomas que eles são capazes de monitorizar.

As discrepâncias entre utentes e médicos encontraram-se em duas áreas. A representação de hipertensão difere nos seguintes aspectos:

- 1) As do utentes incluem sintomas e as dos médicos não necessariamente;
- 2) O significado de tratamento também difere porque para os utentes um tratamento bem sucedido significava melhoria nos sintomas enquanto para os médicos se traduzia pela descida da pressão arterial (Meyer, 1985).

Desta forma, os médicos estavam a pedir ao utente para fazerem um tratamento que não teria muito sentido para eles pelo facto de não ter grande efeito no que o utente sentia. Os utentes tem mais tendência a seguir recomendações médicas quando existe uma relação percebida pelo utente entre o tratamento e o sintoma.

Outro aspecto importante destas representações é o papel das expectativas temporais relacionadas com a doença. Por exemplo, o componente temporal da representação de doença parece ter uma relação com a adesão ao tratamento. No caso da hipertensão os utentes que tem um modelo agudo desta doença paravam mais depressa o tratamento no espaço de seis meses ao contrário dos que tinham a noção de um tipo de doença com características de cronicidade.

Turk e Meichenbaun (1991), numa listagem após revisão da literatura, seleccionaram quatro grandes grupos com diferentes factores para a adesão que estão relacionadas com variáveis do paciente, variáveis da doença, variáveis do tratamento, e variáveis da relação (interacção entre o paciente e o fornecedor de cuidados).

Há que diferenciar a não adesão involuntária, da não adesão voluntária, em que na primeira o doente compreende o regime de tratamento mas tem limitações no seu cumprimento devido, por exemplo, a lapsos de memória enquanto no segundo caso possuem conhecimento do regime mas têm dúvidas ou simplesmente não estão de acordo com ele.

A não adesão é um problema que pode ocorrer em todas as idades apesar de nalguns estudos se referir alguma probabilidade de ocorrer entre idosos pelo facto de nesta população ter algumas características que proporcionam esse facto, como sejam doença crónica, a poli-medicação, o isolamento social e a confusão mental (Scwhartz, Wang, Zeitz & Goss, 1962).

Turk e Meichenbaun (1991), na lista de acções proposta para melhorar a adesão do doente, para além de alguns aspectos que melhoram directamente a percepção do doente face á prescrição salienta ainda o envolvimento do cónjuge ou outro próximo do doente.

A terapêutica farmacológica é actualmente a base da maioria das intervenções médicas que visam o controlo da hipertensão. Deste modo, se a prescrição for adequada os benefícios da terapêutica instituída dependerão provavelmente do cumprimento da posologia recomendada (Urquart, 1995). No entanto, a não adesão ao tratamento farmacológico é comum; quando o médico institui uma terapêutica alguns doentes optam por não tomar ou não os tomar como foi indicado, enquanto outros suspendem a terapêutica logo que se sentem melhor ou ainda por sentirem sintomas que associam a efeitos adversos dos medicamentos consumidos. Muitos autores apontam a baixa adesão como a razão principal para o fracasso da terapêutica

anti-hipertensiva (Ried, 1985; Sharkness e Snow 1992). Na verdade, estima-se que mais de 40% dos indivíduos abandonam o tratamento no primeiro ano e, dos restantes, cerca de 40% não aderem ao regime terapêutico (Morisky, 1986).

Muitas são as razões apontadas para a fraca adesão á terapêutica anti-hipertensiva. Entre elas são de salientar a duração do tratamento, a complexidade do regime terapêutico, os efeitos secundários dos anti-hipertensores, a concepção de saúde dos doentes, o carácter assintomática da doença e o não reconhecimento da importância do mesmo. Por sua vez, a adesão ao regime prescrito aumenta com a compreensão da gravidade da doença, eficácia do tratamento disponível e comodidade da prescrição.

Da literatura, com Kruse, Rampmaier e Weber (1991), sabe-se que a adesão global do doente á terapêutica varia com a duração do tratamento. Nos doentes com sintomatologia escassa verifica-se redução posterior da adesão ao longo do tempo com o aparecimento de efeitos secundários atribuíveis á medicação, com o número de fármacos e frequências de tomas diárias e conseqüente memorização, com a dificuldade em compreender a doença bem como na importância da toma da medicação para a evolução da mesma e ainda com o perfil comportamental do próprio doente, havendo doentes que apresentam maior aderência antes e depois das visitas médicas.

CAPÍTULO VI - Metodologia

1. Questão de investigação

A questão de investigação neste estudo é :

Será que a percepção que o doente e o conjugue têm da doença hipertensiva do primeiro, a percepção que ambos têm da funcionalidade do casal e o nível de adesão terapeutica do doente têm importancia no controlo da hipertensão arterial ?

2. Objectivos

O estudo tem como objectivos:

1. Verificar qual é a percepção de doença dos doentes hipertensos e verificar se existem diferenças neste contexto entre doentes controlados e não controlados.
2. Verificar qual a percepção de doença que o cônjuge tem sobre a doença do seu parceiro e se existem diferenças entre essa percepção em cônjuges de doentes controlados e não controlados.
3. Verificar a percepção da funcionalidade do casal por parte de cada elemento do casal e perceber como este facto varia consoante se trata de casais com o doente controlado ou não controlado.
4. Verificar se existem diferenças a nível da adesão terapêutica entre doentes controlados e não controlados.

3. Definição de conceitos

Hipertensão arterial e respectivo controlo

Medição de Pressão arterial - Obedece aos critérios estabelecidos no Programa de Controlo de Hipertensão arterial da DGCSP e de acordo com os critérios da OMS (1993).

1. Hipertenso é todo o indivíduo cujas tensões arteriais medidas pelo menos três vezes em ocasiões diferentes e obedecendo a critérios definidos como metodologia correcta, excedem sistematicamente o valor arbitrário de 160/95 mmHg
2. Hipertenso em tratamento é todo o hipertenso seguido no Centro de Saúde que tenha ido á consulta pelo menos uma vez no ano.
3. Hipertenso controlado é todo o hipertenso seguido no Centro de Saúde a quem, no ultimo contacto regular, tenha sido medida TA igual ou inferior a 160/95 mmHg
4. Hipertenso não controlado é todo o hipertenso que não tenha valores tensionais dentro dos valores estabelecidos em 3 ou que não tenha uma consulta registada nos últimos seis meses.

Determinação da pressão arterial

A pressão arterial deve determinar-se com o paciente sentado e utilizando um esfigmomanómetro de mercúrio ou outro dispositivo não invasivo. A exactidão dos aparelhos que não são de mercúrio devem ser aferidos em comparação com valores obtidos com um esfigmomanómetro de mercúrio. Uma vez que o uso médico do mercúrio será provavelmente restringido gradualmente em todo o mundo, a calibragem e exactidão de aparelhos sem mercúrio tornar-se-á cada vez mais importante. Ao determinar a pressão arterial deve-se ter especial cuidado com os seguintes aspectos:

- ◆ Deixar que o paciente permaneça sentado durante uns minutos, num lugar tranquilo antes de se iniciar a determinação
- ◆ Utilizar uma braçadeira padrão de um tamanho 12-13cm por 35 cm ou uma braçadeira maior para braços adiposos
- ◆ Utilizar a fase 5 dos ruídos de Korotkoff para a determinação da pressão diastólica
- ◆ Determinar a tensão arterial em ambos os braços se existem indícios de doença vascular periférica
- ◆ Determinar a pressão arterial em posição de pé nos indivíduos idosos, nos doentes diabéticos e nas situações clínicas em que é frequente a hipotensão ortostática

Percepção de doença

Percepção de doença corresponde ao que os doentes pensam sobre a sua doença. As componentes que estão subjacentes á representação cognitiva de doença são as seguintes (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984):

Identidade - Percepção sobre o que é a doença,

Causa - Percepção sobre a etiologia da doença,

Duração aguda ou crónica - Percepção sobre o tipo de evolução da doença,

Consequências da doença - Percepção sobre efeitos esperados e resultados da doença

Controle pessoal - Percepção sobre os comportamentos do indivíduo no controlo da doença

Controlo do tratamento - Percepção sobre a importância do tratamento no controlo da doença

Coerência da doença- Percepção do doente sobre o sentido que a doença tem para o próprio

Duração cíclica - Percepção da caracter periódico e por surtos da doença

Representação emocional - Percepção dos sentimentos do doente perante a doença

A base teórica que melhor fundamenta este constructo e que constitui a base deste trabalho é o modelo de auto regulação de Leventhal (1992) que propuseram que a percepção de doença é baseada em determinados componentes que por sua vez determinam modelos de coping ou confronto com a doença (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984)

Os autores defendem que cada paciente tem o seu próprio conceito de identidade, causa, tempo, e consequências da sua doença o que o leva a perceber de determinada forma a sua doença.

Apesar de os componentes da representação de doença serem distintos no sentido de que podem ter efeitos específicos no coping ou confronto com a doença, os resultados não são necessariamente independentes. Isto é deverão haver ligações entre a identidade e consequências ou entre representações de causas e controle das doenças. Estas representações decorrem desde o início da doença e tipicamente muda com a sua progressão, com as crises agudas e com as respostas medicamentosas. Leventhal propôs que estas representações reflectem a resposta cognitiva do paciente ao sintoma e á doença e que as respostas emocionais são processadas em paralelo á representação da doença (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).

Percepção da Funcionalidade do Casal

O conceito de sistema familiar é explicado não só como a soma das partes mas inclui a interacção dessas partes. Desta forma não podemos verdadeiramente compreender uma das partes sem ter em conta a sua relação com as outras.

Taylor (1990) verificou que na doença crónica os doentes que referem boas relações com outros elementos da família estão mais positivamente ajustados á sua doença do que os doentes em que a situação familiar é pior. Em relação aos padrões de relações familiares e a doença, a dimensão de padrões de coesão familiar podem estar implicados (Olson, 1983)

A Percepção da funcionalidade será a percepção do nível de relacionamento do casal e é medida por duas componentes importantes da função familiar que são a adaptabilidade e coesão.

Adaptabilidade - Capacidade do casal modificar as suas estruturas de poder, papéis e regras de relacionamento em resposta a situações causadoras de stress, sejam elas conjunturais ou resultantes da evolução da família.

Coesão - Ligação emocional que os membros do casal tem entre si.

Adesão terapêutica

Sackett e Haynes (1976) definiram este conceito como “a extensão em que o comportamento da pessoa em termos de *tomar a medicação*, seguir uma dieta ou executar as mudanças de estilo de vida, coincide com a prescrição clinica “ ; num segundo tempo substituíram a designação “prescrição clinica” por “recomendação médica ou de saúde”. De facto é particularmente difícil encontrar uma palavra simples que abranja as interacções complexas

do médico com a resposta da família e do utente, com o rigor do tratamento, com a capacidade de comunicação do médico e com a experiência subjectiva do paciente.

A adesão ao regime médico continua a constituir um problema importante na abordagem dos utentes com hipertensão arterial a quem se propôs um plano terapêutico e modificações no estilo de vida.

Muitos autores apontam a baixa adesão como a razão principal para o fracasso da terapêutica anti-hipertensiva (Ried, 1985; Sharkness & Snow, 1992). Na verdade estima-se que mais de 40% dos indivíduos com pressão arterial alta abandonam o tratamento no primeiro ano, e dos restantes, cerca de 40% não aderem adequadamente ao regime terapêutico. (Morisky, 1986).

O modelo das crenças de saúde (health belief model) sugere que os doentes são mais aderentes quando acreditam que: a) a hipertensão é um problema grave b) as complicações da hipertensão podem afectá-los c) a terapêutica é benéfica; d) os benefícios sobrepõem-se ás barreiras e aos problemas inerentes ao cumprimento da terapêutica (Ried, 1985).

Desde 1984 vários estudos foram feitos utilizando mais de 200 variáveis para identificar as principais determinantes dos comportamentos de adesão. As maiores categorias investigadas incluem factores de doença, características dos pacientes, regime terapêutico, e relação médico doente. As categorias que encontraram correlações com maior significado estatístico são as referentes a relação médico doente e aspectos psicossociais e sociológicos do utente. A adesão ao regime médico é o mais significativo problema clinico na gestão dos doentes com hipertensão essencial. O objectivo de conseguir adesão á recomendação médica nos hipertensos é a de conseguir o controlo da hipertensão e assim reduzir o risco da morbilidade e mortalidade cardiovascular.

4. Variáveis

Quanto às variáveis deste estudo vou defini-las separando-as em dois grupos que serão nomeadamente as variáveis principais e as variáveis de controlo.

As variáveis principais são:

Hipertensão arterial- corresponde a uma situação clínica caracterizada pela elevação permanente da tensão arterial em condições basais

Hipertensão controlada

Hipertensão não controlada

Percepção de doença: Identidade, causa, tempo de duração da doença, consequência da doença, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional

Percepção da funcionalidade do casal: adaptabilidade e coesão do casal

Variáveis de controlo

Idade - Idade cronológica na ocasião da consulta expressa em anos completos

Sexo - Sexo social operacionalizado em masculino ou feminino

Nível de instrução - Habilitações literárias sendo definidas as seguintes classes: Básico, Secundário ou Superior

Estado civil – Situação marital expressa nas seguintes hipóteses possíveis: casado, casado em segundas núpcias após viuvez, casado em segundas núpcias após divórcio, união de facto.

Profissão - Ocupação laboral principal definida em cinco classes

Situação na profissão - Foram definidas seis classes : 1.actividade em tempo completo

2. actividade em tempo parcial; 3.desempregado; 4. reformado; 5.estudante ; 6.doméstica.

Tempo de duração da relação conjugal actual - Tempo expresso em anos de manutenção da relação.

Composição do agregado familiar – Número de elementos que vivem no mesmo espaço físico.

Ciclo de Vida familiar - Em seis itens as quais se estabelece correspondência com as fases de ciclo de vida de Duvall (que são oito) distribuídas do seguinte modo:

1 - Fase I de Duvall

4 - Fase V de Duvall

2 - Fase II de Duvall

5 - Fase VI de Duvall

3 - Fase III e IV de Duvall

6 - Fase VII e VIII de Duvall

Comportamentos - Oito perguntas fechadas de resposta dicotómica sobre tabaco, álcool, café, auto-medicação, exercício físico, utilização de férias no ano anterior, ingestão de carne e ingestão de vegetais na semana anterior

Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (Peso/altura²)

Tempo de doença hipertensiva - Tempo de duração da hipertensão desde o diagnóstico.

Tempo de utilização terapêutica –Tempo decorrido desde introdução de terapêutica anti-hipertensiva.

Terapêutica actual - Terapêutica que decorre á data do estudo.

Mudança terapêutica por efeitos adversos - Se existiu ou não desde o início da terapêutica efeitos que fossem impossibilitar a utilização da mesma.

Existência de doenças crónicas associadas - Existência de outras patologias crónicas.

Existência de outra terapêutica crónica associada - Existência de medicação para as outras patologias crónicas identificadas.

Estas variáveis fazem parte de um questionário de preenchimento por parte do médico de cada utente que tem por base a informação relativa a esse doente.

5. Participantes

Definimos como população em estudo, os utentes inscritos nas listas dos médicos de família e que são utilizadores do Centro de Saúde Sete Rios, extensão S Domingos de Benfica (Projecto alfa). A amostra de conveniência foi constituída por 108 utentes com diagnóstico de hipertensão arterial.

Responderam aos questionários no Centro de saúde durante os meses de Março, Abril e Maio de 1999, os utentes e respectivos cônjuges. Os instrumentos de auto avaliação foram preenchidos durante a permanência no Centro de Saúde e devolvidos antes de deixarem as suas instalações de modo a não haver extravios, o que certamente ocorreria caso os mesmos pudessem ser levados para o exterior e entregues posteriormente.

Critérios de inclusão

Foram incluídos os utentes com idade igual ou superior a 40 anos de ambos os sexos e respectivos cônjuges.

Critérios de exclusão

Foram excluídos utentes que fossem analfabetos, com atraso psicomotor, demências, estados de intoxicação aguda de substâncias e que não entendessem ou não falassem português.

6. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal com comparações internas e com o estabelecimento de algumas correlações entre as variáveis definidas.

7. Material

Os Instrumentos de que utilizamos tem sido já utilizado anteriormente em outros estudos e serão o **Illness Perception Questionnaire**, o **Faces II** e **Questionário de adesão de Morisky**.

O **Illness Perception Questionnaire** (IPQ) diz respeito a representações cognitivas de doença e é constituído por subescalas que estão subjacentes á representação cognitiva de doença. Estas subescalas correspondem como já foi anteriormente referido ás dimensões identidade, causas, duração aguda/crónica da doença, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional da doença.

Estas componentes são avaliadas por um conjunto de afirmações com cinco hipóteses de resposta cada. O questionário de percepção de doença (Illness Perception Questionnaire) pode ser utilizado de um modo flexível em vários contextos de doença. Fez-se um estudo piloto com uma amostra de doentes com doença hipertensiva após a sua aplicação ter sido autorizada e os doentes darem o seu consentimento para o mesmo. Este instrumento inclui como já se referiu sete subescalas com resposta tipo Likert cuja consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach.

Desenvolvimento do IPQ e as suas instruções de utilização

John Weinman e o seu grupo de trabalho da primeira versão da escala fez a aplicação para sete grupos de doenças que constitui a base das propriedades psicométricas da escala IPQ. As doenças foram respectivamente doentes com status pós-enfarte, síndrome de fadiga crónica, diabetes, artrite reumatóide, hemodiálise renal, asma e dor crónica. Quanto a resultados as propriedades que foram avaliadas foram fidelidade, a validade concorrente e validade discriminante e preditiva das escalas obtendo-se resultados favoráveis em cada avaliação em função do que a escala pretende medir.

Actualmente o investigador John Weinman apresentou uma nova versão do questionário a que acrescentou um conjunto de novas subescalas que são a duração aguda ou crónica e a cíclica, coerência da doença, e representação emocional da doença. O autor encontra-se nesta fase a aferir esta nova versão do questionário pelo que ainda não dispomos de resultados relativos a esta análise para um conjunto de condições clínicas ou doenças de modo semelhante ao avaliado para a versão anterior.

Estas componentes são avaliadas por um conjunto de afirmações com cinco hipóteses de resposta que varia entre cinco posições que são discorda plenamente, discorda, não concorda, nem discorda, concorda e concorda plenamente. Para a componente identidade a classificação é sim/não. Existe uma pergunta aberta em que o utente deve discriminar três causas da sua doença por ordem de importância.

Em relação á cotação do questionário, a escala identidade é cotada através da soma dos "scores" dos sintomas considerados pelos sujeitos. O valor total pode variar entre 0 e 14 para cada categoria da identidade. Todas as outras escalas são cotadas de 1 a 5. Após invertidos os itens correspondentes e definidos pelo autor, o score final de cada subescala é obtido através da soma de todos os itens que constituem essa escala, dividido pelo número de itens.

Para a escala das causas não é apropriado somar os itens porque cada um representa uma crença numa atribuição causal específica. Em algumas situações pode ser apropriado agrupar ou combinar itens de acordo com os propósitos da investigação em curso.

Tradução dos itens do questionário

"A natureza dos instrumentos de avaliação deste tipo de constructos, baseados não em medidas fisiológicas universais e comuns a todas as pessoas, mas em elementos culturais, subjectivos e específicos de cada cultura e de cada povo, impõe que, antes de serem utilizados

na nova cultura, sejam submetidos a um processo de adaptação. Este é em certa medida um processo de reconstrução em que os passos dados são semelhantes aos da construção". (Ribeiro & Leal, 1997).

Este instrumento de medida foi construído para utilização na língua inglesa. A tradução de um qualquer instrumento constitui o primeiro passo para o seu tratamento. Para este efeito procedeu-se em simultâneo a várias traduções o que incluiu discussão com pessoas cuja língua materna foram a da escala e a conservação de todas as versões resultantes da tradução de um item que pareça pertinente. Após tradução, foi feita a avaliação dos itens por um especialista para saber se cada item media o constructo que se pretende medir; se havia outra forma mais simples de apresentar o item; se o formato dos itens era o mais adequado.

Mesmo após a tradução alguns princípios gerais foram considerados na formulação de itens de forma a garantir algumas propriedades á medida.

A formulação deve ser objectiva e simples pois a complexidade retira clareza ao item, introduzindo ambiguidades desnecessárias e não controladas na sua posterior compreensão pelos sujeitos. Os itens têm ainda que ser relevantes e que ter em conta a amplitude do domínio que se pretende avaliar. Há que ter atenção á clareza do item e a sua inteligibilidade devendo adoptar-se por norma frases curtas ou expressões simples, o que o torna adequado mesmo para os estratos culturais mais baixos da população a que se destina. Na fase da reflexão falada os problemas com a clareza dos itens são geralmente verbalizados pelos sujeitos sendo portanto detectados.

Reflexão falada e passagem do questionário

Na aplicação do questionário atendeu-se ás condições físicas e ambientais em que a mesma decorreu tendo as mesmas sido constantes em termos de condições de iluminação, a

inexistência de ruídos ou espaços de interrupção, a sala de aplicação e o período do dia em que o questionário foi aplicado. Por outro lado aspectos como estados fisiológicos específicos como sejam estados de fadiga, hipoglicemia, sono e situações de ocorrência clínica aguda assim como a motivação para a realização do questionário, ansiedade face ao mesmo, as expectativas de fracasso e de sucesso no preenchimento e ainda a predisposição para respostas ao acaso são dimensões que estiveram presentes no universo do investigador.

Após o trabalho de tradução iniciou-se o processo de análise. Vários estudos exploratórios qualitativos e quantitativos podem ser conduzidos nesta fase produzindo-se reformulações, acrescentos e retiradas sucessivas de alguns itens ou parâmetros a observar.

Incluem-se aqui as análises para apreciar o conteúdo e a forma dos itens nomeadamente a sua clareza, compreensão e adequação aos objectivos da prova. O uso do método da reflexão falada ou *thinking aloud* tem sido aconselhado junto de sujeitos próximos de futuros destinatários da prova. Este método consiste na aplicação individual da prova e no registo de todas as verbalizações dos sujeitos. Estes inquiridos devem comunicar as suas impressões em relação a cada item, a forma como o abordam e realizam, os processos utilizados e as facilidades e dificuldades que encontram.

Neste caso concreto procedeu-se a aplicação do questionário IPQ a um grupo de 16 doentes hipertensos de um Centro de Saúde que acederam colaborar no respectivo preenchimento e que para tal deram o seu consentimento informado. A cada utente foi entregue o questionário para auto preenchimento.

Ouviu-se a opinião de cada utente relativamente ao questionário. Verificou-se que os utentes aderiram muito bem ao seu preenchimento apesar de três utentes o acharem um pouco extenso. Em relação ao questionário de uma forma global acharam-no bem construído com

uma linguagem acessível e compreensível não tendo suscitado dúvidas na sua compreensão. Em relação à escala de Likert houve utentes que acharam que os parâmetros discordo e discordo plenamente da escala eram demasiado próximos o que em dois utentes tornou difícil nalgumas perguntas a opção mais adequada. Da apresentação gráfica, os utentes de um modo geral acharam-na adequada e aceitável tendo havido uma boa adesão ao mesmo. Em relação às questões formuladas de forma negativa nalguns casos verificou-se por parte de alguns utentes alguma dificuldade de entendimento. O tempo médio de preenchimento foi de cerca de 10 minutos.

Propriedades métricas - Consistência interna

Dois grandes tipos de propriedades métricas são a Fidelidade e Validade. A Validade refere-se à precisão da medição, isto é garante que se mede o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido. A Fidelidade tem a ver com o grau de exactidão dos resultados obtidos de tal modo que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado encontrado deve ser idêntico. A Fidelidade tem duas vertentes habitualmente designadas por estabilidade, significando que o questionário avalia o mesmo se aplicado aos mesmos sujeitos em momentos diferentes, e a consistência interna, que remete para a coerência nas respostas aos itens do questionário.

Após ter avaliado a consistência interna das escalas e ter verificado resultados pouco favoráveis nalgumas delas (nomeadamente controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença e duração cíclica) com valores inferiores ao limiar 0,6 foi feita a discussão do problema com os autores e não se incluíram algumas questões no cálculo dos resultados das subescalas. Depois desta revisão o questionário passou de cinquenta questões para trinta e oito, ficando as subescalas organizadas como se mostra no quadro seguinte,

juntamente com os resultados da avaliação da consistência interna (coeficiente Alfa de Cronbach).

Questões	Subescalas	Coeficiente Alfa de Cronbach	
		Hipertensos	Parceiros
1-5 e 18	Duração aguda e crónica	0.71	0.64
6-11	Consequências da doença	0.78	0.71
12-17	Controlo pessoal	0.63	0.58*
19-23	Controlo tratamento	0.55	0.62*
24-28	Coerência da doença	0.73	0.61*
29-32	Duração cíclica	0.68	0.69
33-38	Representação emocional	0.84	0.73

Considera-se que uma escala tem uma consistência interna aceitável quando os resultados deste coeficiente são superiores a 0,6. Nas subescalas Controlo pessoal, Controlo de Tratamento e Coerência da doença (valores assinalados com *) os valores do Cronbach-Alfa ficaram, numa primeira iteração, bastante abaixo daquele limiar. Os resultados apresentados acima foram obtidos depois de terem sido retiradas questões das escalas Controlo pessoal e Controlo de Tratamento (2 questões) e Coerência da doença (1) nos questionários aos parceiros, e na escala Controlo de tratamento (1) nos questionários aos hipertensos. Estas questões foram retiradas por revelarem níveis de correlação muito baixos entre os scores de cada questão e os scores globais da escala.

Apesar deste ajustamento continuaram a verificar-se valores da consistência interna inferiores a 0,6 no Controlo Pessoal (Parceiros) e Controlo de Tratamento (Hipertensos) tendo-se no entanto decidido continuar o estudo por ser de natureza essencialmente exploratória.

Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiares (Faces II)

A funcionalidade da família vai ser medida através do questionário do **FACES II**, constituído por perguntas de resposta fechada que caracteriza duas componentes importantes da função familiar:

Adaptabilidade - capacidade de uma família modificar as suas estruturas de poder, papéis e regras de relacionamento em resposta a situações causadoras de stress sejam elas conjunturais ou resultantes da evolução da família.

Coesão - ligação emocional que os membros da família têm entre si.

A avaliação é conduzida por um questionário individual. Este questionário é constituído por 30 itens dos quais 16 tem a ver com a avaliação da Coesão e 14 com a Adaptabilidade. Cada questão tem cinco respostas possíveis, valorizadas numa escala de 1 a 5, a partir da qual se calcula o resultado final obtido para cada uma das duas dimensões em estudo.

Estas dimensões podem ser graficamente representadas no chamado Modelo Circumplexo, em que se definem quatro níveis de Coesão e quatro níveis de Adaptabilidade, em função dos resultados possíveis de serem obtidos no já referido questionário. Este modelo assume o aspecto gráfico de uma matriz (4 linhas x 4 colunas) com uma das dimensões representada em linha e outra em coluna.

Com o FACES II as famílias são classificadas em quatro tipos gerais: as famílias extremas, as famílias meio termo, moderadamente equilibradas e famílias equilibradas. As quatro categorias da Coesão são: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. Para a dimensão adaptabilidade são: rígida, estruturada, flexível e muito flexível.

Estes instrumentos ainda não estão validados em Portugal pelo que se procedeu a prévia adaptação com tradução dos mesmos e discussão por especialistas que dominam

simultaneamente os idiomas e os constructos. Fez-se depois a passagem dos mesmos a um grupo de utentes do Centro antes do estudo se efectuar, de forma a poder avaliar alguns aspectos relativos á sua aplicabilidade, o que passa pela análise da distribuição das respostas por item e tratamento psicométrico dos itens.

O Faces II é a segunda versão da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* de David H. Olson, Joyce Portner e Richerd Bell. Trata-se de um questionário individual, de auto-avaliação do funcionamento familiar (ou do casal), permitindo a classificação das famílias (ou casais) no Modelo Circumplexo (MC) desenvolvido pelos mesmos autores no final da década de 70.

É em 1978 que surge o instrumento Faces original com a finalidade de medir a coesão e a adaptabilidade familiares. Estas são duas das três dimensões da vida familiar que estruturam este modelo de avaliação familiar (ou de casal). A Comunicação é a terceira, considerada periférica relativamente ás outras duas e como tal não representada no modelo, sendo exclusivamente utilizada na versão clinica da escala.

A relação entre a Comunicação e o funcionamento familiar é linear: quanto mais elevado for o nível de comunicação melhor é o funcionamento familiar (Walsh & Anderson,1988). Neste contexto deveremos citar o trabalho pioneiro de Daniel Sampaio, na década de 80 que na sua Dissertação de Doutoramento utilizou a versão clinica da Faces (Sampaio, 1994).

Após o nascimento da primeira versão da Faces construiu-se uma escala mais simples e curta, que pudesse ser utilizada por sujeitos a partir dos doze anos de idade e adultos de baixo nível de literacia. Estes objectivos foram conseguidos e, simultaneamente a fidelidade, validade e confiança da escala tem sido reforçadas assim como tem aumentado a independência entre coesão e adaptabilidade (FacesII)

O FACES II é constituída por 30 itens, pertencendo 16 á dimensão coesão e os restantes 14 á dimensão adaptabilidade. A distribuição da totalidade dos itens é feita pelos 8 conceitos relacionados com coesão e os seis relacionados com a adaptabilidade.

A medição da satisfação dos elementos da família, nomeadamente do casal, nas dimensões da coesão e da adaptabilidade torna possível obter um quadro compreensivo do casal. A discrepância família percebida versus Família ideal para cada membro da família (neste caso do casal) permite obter a medida indirecta da satisfação familiar com o sistema familiar. O conceito de família ideal permite entender qual a direcção e a importância da mudança cada membro da família que gostaria de atingir.

No nosso estudo utilizámos a versão portuguesa da FACES II, que foi aferida através de um estudo piloto com uma amostra de doentes e respectivas parceiras, após a aplicação do mesmo ter sido autorizada pelos doentes e ter-se avaliado algumas propriedades métricas do mesmo. Nesta escala tipo Lykert foi avaliada a consistência interna através do Alfa de Cronbach, com os resultados evidenciados no quadro seguinte.

Escala	Coeficiente Cronbach-Alpha	
	Hipertensos	Parceiros
Coesão	0,88	0,86
Adaptabilidade	0,80	0,75

Não optámos pela versão Faces III, mais recente, por indicação dos próprios autores. Olson (1992) recomendam que, para trabalhos de investigação, se use a segunda versão enquanto a Faces IV não estiver disponível.

A Faces II é fácil de administrar e de avaliar e pede-se aos sujeitos que, para cada uma das 30 afirmações, decidam com que frequência esse comportamento ocorre na família. Ao estilo Likert, a escala vai de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre).

Com o Faces II as famílias são classificadas em quatro tipos gerais: as famílias extremas, as famílias meio termo, moderadamente equilibradas e famílias equilibradas.

As quatro categorias da Coesão são: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. Para a dimensão adaptabilidade são: rígida, estruturada, flexível e muito flexível.

Se os resultados individuais forem relativamente semelhantes, os resultados médios de uma família ou de um casal fornecem-nos uma imagem razoavelmente precisa da posição da família ou do casal no MC. Se existir desacordo importante entre os vários elementos, os resultados médios revelam tendência a distorcer os resultados individuais. É por isso que para além dos resultados médios se devem obter resultados de discrepância entre os resultados individuais.

Face á tendência dos resultados médios iludirem quanto á localização dos resultados na área central do MC, Olson e colaboradores aconselham que se distingam as famílias e/ou casais que legitimamente pertencem á área central porque os resultados individuais também aí se encontram, das famílias e/ou casais cujos resultados individuais não se localizam nessa área. Nessa linha de pensamento, aconselham que se analisem todas as famílias e casais dos tipos equilibrados e, se distingam os grupos com baixas e altas discrepâncias, sendo que os primeiros devem ser designados “equilibrados-congruentes” e os segundos “equilibrados incongruentes (Olson, Portner & Lavey, 1985) ; (Olson,Russel & Sprenkle,1989).

Outra vantagem do uso combinado de ambos os resultados é que tem sido provado que eles são empiricamente independentes (ortogonais), isto é, que não há correlação entre o resultado médio e o resultado de discrepância. Olson (1992).

Uma importante hipótese teórica Olson (1982) no MC demonstra a importância da dimensão da satisfação familiar. De acordo com esta hipótese, famílias extremas em ambas as dimensões funcionam bem desde que todos os elementos gostem desse funcionamento. Daí a importância de cálculo de uma medida de diferença, sendo que quanto maior a discrepância menor a satisfação com o sistema familiar

É sabido que o objectivo principal da standardização de um instrumento de avaliação é o estabelecimento de uma garantia e validade elevadas. Não são raros os autores críticos relativamente á validade do Faces, considerando que a ausência de acordo entre os membros da família é um indicio da falta desta característica essencial a um instrumento sólido. Em 1985, Olson refuta essa critica afirmando que a não coerência familiar está sempre presente e é verificada pela globalidade dos instrumentos de auto-preenchimento que focam a família

A validade concorrente para a Faces II é mais elevada do que o Faces III especialmente para a adaptabilidade familiar. Outros instrumentos de medida, construídos similarmente para a coesão e para a adaptabilidade correlacionam-se mais com o Faces II do que com o Faces III. Olson (1992).

Apesar de ser inegável a necessidade de realizar continuados estudos (Vandvike & Eckblad, 1993); também o é a afirmação que o Faces é uma escala útil, fiável e de reconhecido interesse na avaliação do funcionamento familiar. Foi perante este balanço final positivo, associado á facilidade de aplicação que elegemos o Faces para o nosso estudo.

FACES II (30 Itens)

Coesão Familiar - 16 itens

Estes são os conceitos relacionados com a coesão e os respectivos itens da escala

Laços emocionais

1. Ajudamo-nos um ao outro nos momentos difíceis

17. Sentimo-nos muito próximos um do outro

Limites Familiares

3. É mais fácil falar de problemas com outras pessoas do que com o meu parceiro

19. Sinto-me mais próximo de outras pessoas do que do meu parceiro

Coligações

9. Na nossa relação, cada um de nós segue o seu caminho

29. Temos tendência a fazer mais coisas em separado do que juntos

Tempo

7. Fazemos coisas em conjunto

23. Gostamos de passar o nosso tempo livre juntos

Espaço

5. Em casa estamos muitos momentos juntos

25. Em casa evitamo-nos um ao outro

Amigos

11. Conhecemos os melhores amigos um do outro

27. Aceitamos os amigos um do outro

Decisões

- 13. Ouvimo-nos um ao outro nas decisões pessoais
- 21. Eu concordo com o que o meu parceiro decide fazer

Interesses e Lazer

- 15. Temos dificuldade em pensar em coisas que podemos fazer em conjunto
- 30. Partilhamos passatempos e interesses em comum uns com os outros

Adaptabilidade familiar – 14 itens

Conceitos relacionados com a adaptabilidade com a adaptabilidade e respectivos itens da escala:

Imposição

- 2. Na nossa relação é fácil dizer as nossas opiniões
- 14. Dizemos livremente aquilo que pensamos
- 28. Temos receio de dizer o que pensamos

Liderança

- 4. Cada um de nós dá o seu apoio para as decisões familiares mais importantes
- 16. Na nossa relação umas vezes decido eu outras vezes o meu parceiro

Disciplina

- 6. Aceitamos as diferenças um do outro
- 18. Na nossa relação somos honestos um com o outro

Negociação

- 8. Resolvemos problemas e ficamos satisfeitos quanto às soluções encontradas
- 20. Experimentamos novas maneiras de resolver os problemas
- 26. Quando surgem problemas, nós procuramos chegar a um entendimento

Funções

10. Conhecemos os melhores amigos um do outro
22. Na nossa relação temos as duas responsabilidades

Normas

12. É difícil saber quais são as regras da nossa relação
24. É difícil mudar qualquer regra da nossa relação

Questionário de adesão de Morisky

A teoria subjacente a este questionário é a de que a omissão de fármaco, pode ocorrer por várias razões: esquecimento, descuido, paragem do fármaco quando se sente melhor ou paragem do fármaco quando se sente pior. As respostas afirmativas correspondem a comportamentos de não adesão. A fidelidade da escala é reflectida num valor aceitável de consistência interna (0.61).

Escala de Morisky

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?
2. Descuida-se, por vezes com a toma dos medicamentos?
3. Quando se sente melhor, deixa por vezes de tomar os medicamentos?
4. Por vezes, se se sente pior quando toma os medicamentos, pára de os tomar?

8. Procedimento

Foi efectuado um pré-teste dos questionários a utilizar no estudo conforme referido. Os hipertensos seleccionados frequentaram a consulta do seu médico de família no horário usual de consulta, tendo o respectivo médico preenchido um questionário relativo aos dados sócio demográficos e de utilização terapêutica do seu doente.

Todos os utentes que preencheram os critérios de inclusão frequentaram a consulta durante os meses de Março, Abril e Maio de 1999 e responderam aos auto-questionários relativos a percepção de doença e funcionalidade do casal e adesão terapêutica. Os utentes tinham indicação de que este procedimento devia ser feito durante a permanência no Centro de Saúde e que o deviam entregar antes de deixarem as instalações. O mesmo foi solicitado aos respectivos conjugues.

Procedimentos Éticos

Considerações Éticas e Legais - Os procedimentos deste trabalho de investigação estão em conformidade com a Declaração de Helsínquia. Foi solicitada a aprovação do protocolo ao Coordenador do Projecto Alfa e ao Director do Centro de Saúde.

Consentimento informado - Juntamente com os questionários de auto-avaliação foi entregue um conjunto de informações visando esclarecer o que se pretende do participante e foi garantida a confidencialidade.

CAPÍTULO VII - Apresentação e análise de resultados

No tratamento estatístico da informação recolhida utilizaram-se métodos como a distribuição de frequências das variáveis em estudo e o cálculo de médias e desvios-padrão, quando aplicável, tendo sempre presente a distinção entre os dois grupos a comparar - hipertensos controlados e não controlados. Os testes estatísticos utilizados no confronto das duas sub-amostras foram principalmente o χ^2 e o *t* de Student para amostras independentes e amostras emparelhadas, em função do tipo de variáveis e de amostras estudadas, tendo-se considerado como estatisticamente significativos os resultados em que $p < 0,05$.

Utilizou-se o package SPSS (versão 7.5 para ambiente Windows) para o tratamento estatístico.

1. Caracterização social

As características da amostra do ponto de vista demográfico e social estão patentes nos quadros que se seguem. No que se refere à distribuição por sexo e idade verifica-se que amostra é constituída exclusivamente por pessoas com idade superior a 40 anos, dos quais 49% são do sexo masculino (Quadro 1). O grupo etário dos 60 a 70 anos é predominante em ambos os sexos e grupos de hipertensos e corresponde a 38% do total. O segundo grupo etário mais representado é o de 70 a 80 anos com 27% do total. No que se refere à distribuição por idades não se encontram diferenças visíveis entre hipertensos controlados e não controlados (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos doentes hipertensos por idades

Idade	Hipertensão controlada			Hipertensão não controlada			Total dos doentes
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	
40 - 50	5,9%	2,4%	3,9%	4,8%	9,1%	6,3%	4,6%
50 - 60	29,4%	21,4%	25,0%	14,3%	36,4%	21,9%	24,1%
60 - 70	32,4%	38,1%	35,5%	47,6%	36,4%	43,8%	38,0%
70 - 80	26,5%	28,6%	27,6%	28,6%	18,2%	25,0%	26,9%
> 80	5,9%	9,5%	7,9%	4,8%	0,0%	3,1%	6,5%

Total (val. Absol.)	34	42	76	21	11	32	108
Em %	44,7%	55,3%	100%	65,6%	34,4%	100%	

A distribuição por sexos nos dois grupos de hipertensos é muito diferente, predominando o sexo feminino nos não controlados (65,6%) enquanto no grupo dos controlados sucede o inverso (44,7% de mulheres). O valor obtido para o teste do χ^2 (3,931) permite concluir que esta diferença é significativa ($p < 0,05$). No caso da distribuição por idades as diferenças entre controlados e não controlados não são significativas.

Se tivermos em conta a distribuição por estádios do ciclo de vida (Quadro 2) verifica-se que o estágio “Com filhos todos fora de casa” é o mais representado a todos os níveis, com 60% do total dos inquiridos, o que é natural dado os escalões etários mais representados serem superiores a 50 anos. O valor obtido para o χ^2 não evidencia a existência de diferenças significativas entre os dois grupos de hipertensos (controlados e não controlados).

Quadro 2 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o ciclo de vida familiar

Ciclo de vida familiar	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Sem filhos	8,1%	6,5%	7,6%
Com filhos (5 anos ou<)	1,4%	0,0%	1,0%
Com filhos (6 a 13 anos)	1,4%	0,0%	1,0%
Com filhos (14 a 20 anos ou)	5,4%	3,2%	4,8%
Com filhos (> 20 anos)	25,7%	16,1%	22,9%
Com filhos todos fora de casa	56,8%	67,7%	60,0%
Não aplicável	1,4%	6,5%	2,9%

Quanto à situação doméstica (Quadro 3) regista-se um predomínio da classe “Dois adultos” com 66,4% do total, o que é compatível com o observado no quadro anterior. O valor do teste do χ^2 não confirma a existência de diferenças entre os dois grupos de hipertensos para esta variável.

Quadro 3 - Situação doméstica

Situação doméstica	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total dos doentes
Com filhos	30,7%	25,8%	29,0%
Dois adultos	64,0%	71,9%	66,4%
Outra	5,3%	3,1%	4,7%

No estado civil predominam muito largamente os casados (89,7% do total), registando-se no entanto uma distribuição bastante diferente entre os dois grupos de hipertensos,

nomeadamente quanto às restantes categorias. Estas diferenças de distribuição são estatisticamente significativas ($\chi^2=10,002$; $p<0,05$).

Quadro 4 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o Estado Civil

Estado Civil	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Casado	90,7%	87,5%	89,7%
Casado após viuvez	1,3%	3,1%	1,9%
União de facto	0,0%	9,4%	2,8%
Casado após divórcio	5,3%	0,0%	3,7%
Outro	2,7%	0,0%	1,9%

O nível de instrução predominante na amostra é o Básico, em que se enquadram 60,4% dos inquiridos (ver quadro5). Mais de metade dos inquiridos com este nível estão entre os 60 e os 70 anos de idade. Com o nível Secundário estão presentes na amostra 25,5% dos inquiridos sendo o escalão “Superior” o menos representado apenas com 13,2% dos inquiridos.

O nível de instrução seria um dos factores de que se poderia esperar ter influência no estado de controlo da hipertensão, partindo da hipótese que a compreensão da natureza da doença aumentaria com a instrução assim como a adesão à terapêutica apropriada. Verifica-se de facto uma larga predominância de inquiridos com o ensino básico (71,9%) entre os que não têm a hipertensão controlada, característica que é menos marcante entre os que têm a doença controlada onde esta percentagem é de 55,4%. O teste do χ^2 não permitiu no entanto confirmar esta hipótese.

Quadro 5 - Distribuição dos Hipertensos por nível de instrução

Nível de instrução	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Básico	55,4%	71,9%	60,4%
Secundário	28,4%	18,8%	25,5%
Superior	16,2%	6,3%	13,2%
Não responde	0,0%	3,1%	0,9%

Se atendermos à situação na profissão verifica-se que 52% dos inquiridos estão Reformados, todos com idade superior a 50 anos. Os activos representam 30,5% do total. As domésticas representam 23% do total das mulheres inquiridas o que significa que a grande maioria tem ou teve uma ocupação ou emprego fora de casa. É de realçar a maior incidência de Domésticas nos não controlados (25% do total) relativamente ao que se passa no outro grupo (apenas 9,2%). Tendo em conta o valor obtido no teste do χ^2 , na distribuição por situação na profissão não há diferenças significativas entre os dois grupos de hipertensos.

Quadro 6 - Situação na profissão

Situação na profissão	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total dos doentes
Activ. em tempo completo	31,6%	12,5%	25,9%
Activ. em tempo parcial	3,9%	6,3%	4,6%
Desempregado	2,6%	3,1%	2,8%
Reformado	51,3%	53,1%	51,9%
Doméstica	9,2%	25,0%	13,9%
Outra	1,3%	--	0,9%

No quadro 7 pode ver-se a distribuição por profissão. Os Operários não diferenciados e empregadas domésticas são a classe mais representada em ambos os grupos; no entanto, se considerarmos o conjunto das classes de profissão mais diferenciadas (profissões liberais, quadros superiores, pequenos empresários e empregados administrativos) verifica-se uma predominância das mesmas no grupo dos hipertensos controlados (55,5%) em relação aos não controlados (36,9%). Apesar desta aparente diferença, o teste do χ^2 não permite excluir a hipótese de as distribuições serem análogas.

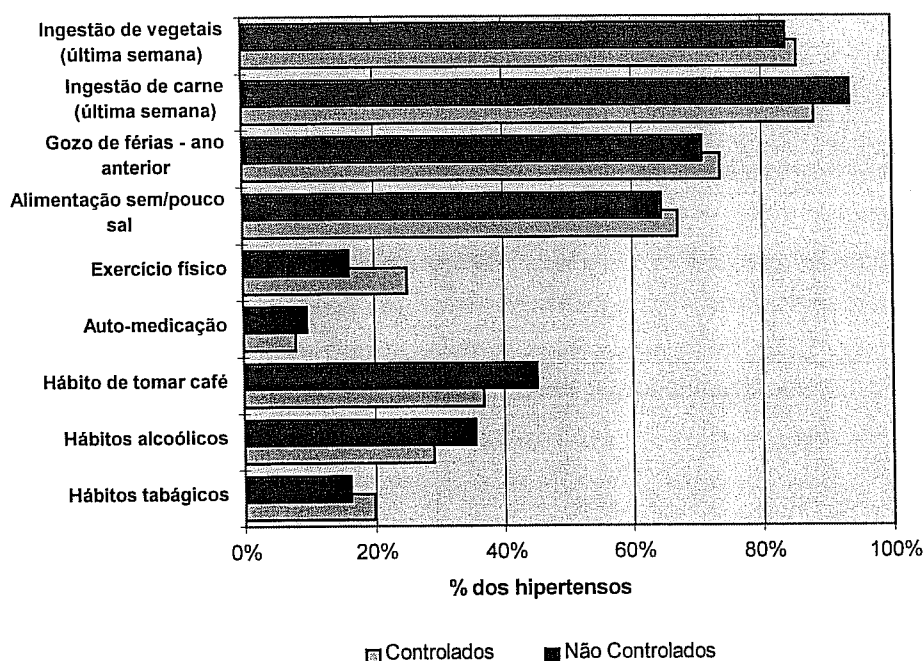
Quadro 7 - Hipertensos por profissão

Profissão	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Prof. Liberais, quadros superiores e médios	25,0%	17,2%	22,8%
Pequenos industriais, comerciantes e agricultores	11,1%	13,8%	11,9%
Funcionários administrativos e escriturários	19,4%	6,9%	15,8%
Operários especializados	15,3%	24,1%	17,8%
Operários não diferenciados e empreg. domésticas	29,2%	37,9%	31,7%

2. Aspectos relacionados com a hipertensão

Um aspecto particularmente importante a analisar tem a ver com a verificação de comportamentos que podem ter influência na hipertensão. Os resultados do inquérito são sumariados no gráfico que se segue.

Gráfico 1 - Tipo de comportamento dos Hipertensos



O gráfico evidencia que não há grandes diferenças entre os dois grupos quanto à incidência de comportamentos de risco. Nota-se, no entanto, uma incidência ligeiramente maior de alguns comportamentos de risco nos doentes hipertensos não controlados, nomeadamente Hábitos alcoólicos, consumo de café e, em menor grau, auto-medicação.

O peso excessivo e a obesidade são importantes factores condicionantes da hipertensão. Analisando o Quadro 8 verifica-se de facto que uma larga maioria dos hipertensos (71.8%) está acima do limiar do peso excessivo sendo a distribuição dentro dos grupos de Controlados e não controlados muito idêntica. O critério para a determinação do que é “Obesidade” e “Peso excessivo” foi definido em função do chamado “Índice de massa corporal” (IMC), calculado como o rácio entre o peso e a altura elevada ao quadrado. Os valores do índice definidos como limiar inferior de peso excessivo e obesidade são respectivamente 25 e 30.

Quadro 8 - Distribuição dos Hipertensos por classe de peso

Classe de peso	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Obesos	24.7%	26.7%	25.2%
Peso Excessivo	46.6%	46.7%	46.6%
Outros	28.8%	26.7%	28.2%

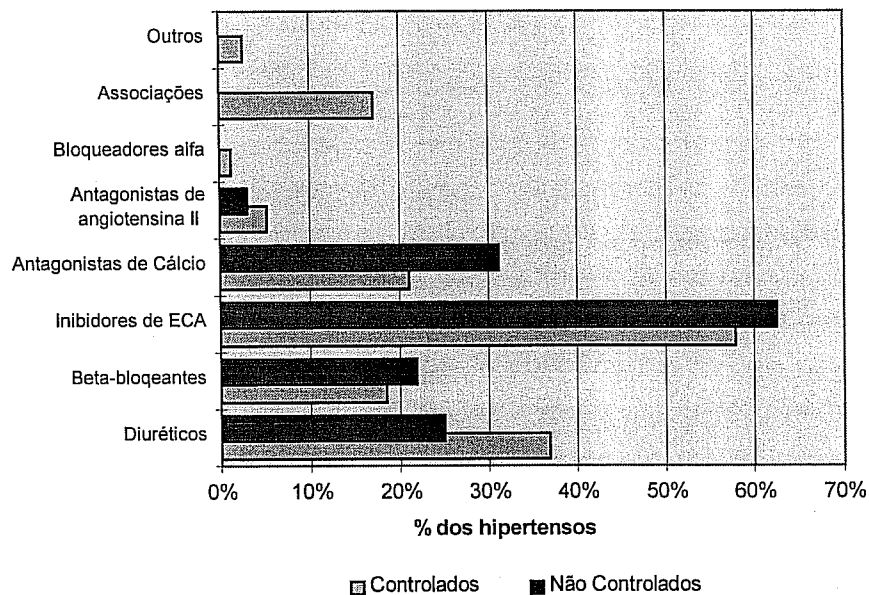
Na amostra estudada verifica-se uma larga predominância da hipertensão essencial ou primária, o que corrobora as proporções comumente referidas na literatura (cerca de 90% da população de hipertensos enquadra-se neste grupo). Apenas 2 doentes sofriam de hipertensão secundária, num total de 108.

Quadro 9 - Repercussão da hipertensão

	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Ausente	71,8%	61,3%	68,6%
Presente	28,2%	38,7%	31,4%

Outra característica avaliada foi a ausência ou presença de repercussões da hipertensão, isto é se existiam problemas de saúde provocados pela hipertensão. O quadro 9 mostra que em ambas as sub-amostras predominavam doentes ainda sem repercussões de hipertensão. Embora a percentagem de doentes nestas condições seja razoavelmente mais elevada no caso dos doentes controlados, o teste do χ^2 foi não significativo, não permitindo concluir que esta variável tenha influência no descontrolo da hipertensão.

Gráfico 2 - Terapêutica farmacológica



O gráfico 2 representa a percentagem de hipertensos, dentro do grupo dos controlados e não controlados, a quem foram receitados os diversos tipos de medicamentos. Não há diferenças evidentes entre os dois grupos, não havendo também razões para supor que o tipo de medicamento possa influenciar o controlo da hipertensão.

Quadro 10 - Mudança de terapêutica

	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Sim	23,3%	21,9%	22,9%
Não	76,7%	78,1%	77,1%

Recolheu-se também informação sobre mudanças de terapêutica provocadas por efeitos adversos, no sentido de averiguar se este facto poderia ter ou não influência na adesão à terapêutica e portanto no controlo da hipertensão. Como se pode verificar no quadro 10 a

percentagem de casos de mudança de terapêutica é idêntica em ambos os grupos. O resultado do teste do χ^2 foi também não significativo.

Quadro 11 - Outras doenças crónicas associadas à hipertensão

	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Com doenças associadas	87,8%	96,8%	90,5%
Sem doenças associadas	12,2%	3,2%	9,5%

Outra variável estudada foi a existência ou não de doenças crónicas associadas à hipertensão nos dois grupos de hipertensos, assim como o realização de terapêutica para essas doenças, no sentido de explorar se uma maior incidência de outras doenças crónicas e o aumento da terapêutica a fazer devido a esse facto poderia contribuir para o descontrolo da hipertensão. Verifica-se de facto uma forte incidência destas doenças (90,5% dos hipertensos) e uma percentagem de não controlados com doenças crónicas maior que a de controlados nas mesmas condições (Quadro 11). A nível dos tratamentos, a percentagem dos que fazem terapêutica é também bastante elevada e praticamente idêntica nos dois grupos. O resultado do teste do χ^2 não foi significativo para ambos os casos, pelo que não deverá haver diferenças significativas entre controlados e não controlados quanto a estes aspectos.

Quadro 12 - Tratamento de outras doenças crónicas

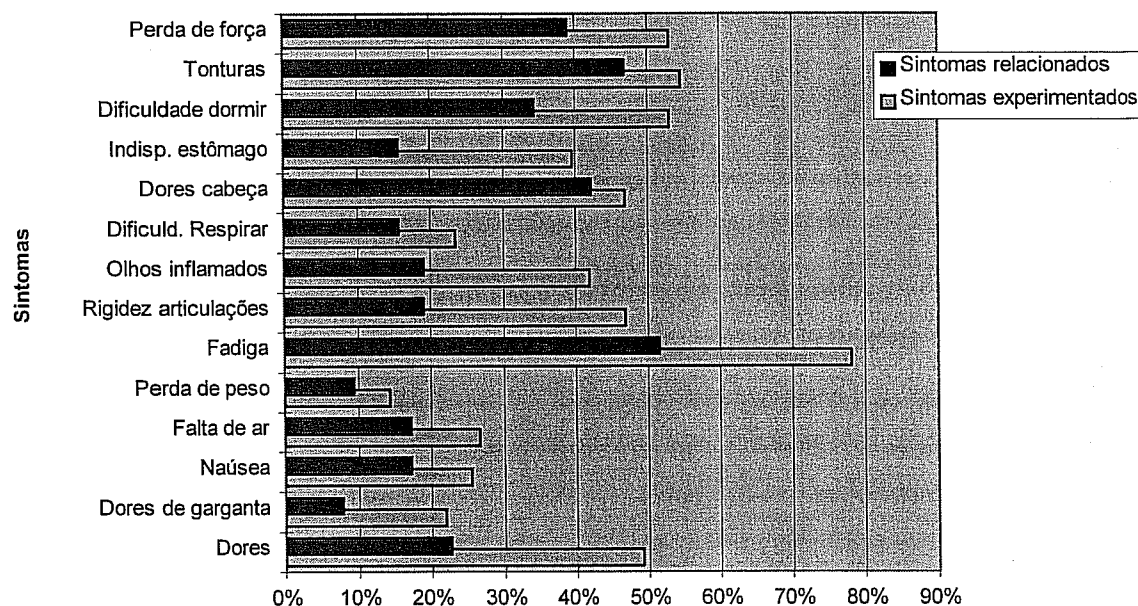
	Hipertensão controlada	Hipertensão não controlada	Total
Com terapêutica regular	88,7%	87,1%	88,2%
Sem terapêutica regular	11,3%	12,9%	11,8%

3. Análise de resultados do IPQ

Opiniões dos hipertensos

Um primeiro componente do questionário tem a ver com os sintomas experimentados pelos hipertensos e a percepção daqueles que podem estar relacionados com a doença. Os resultados estão representados nos gráficos 2 a 4.

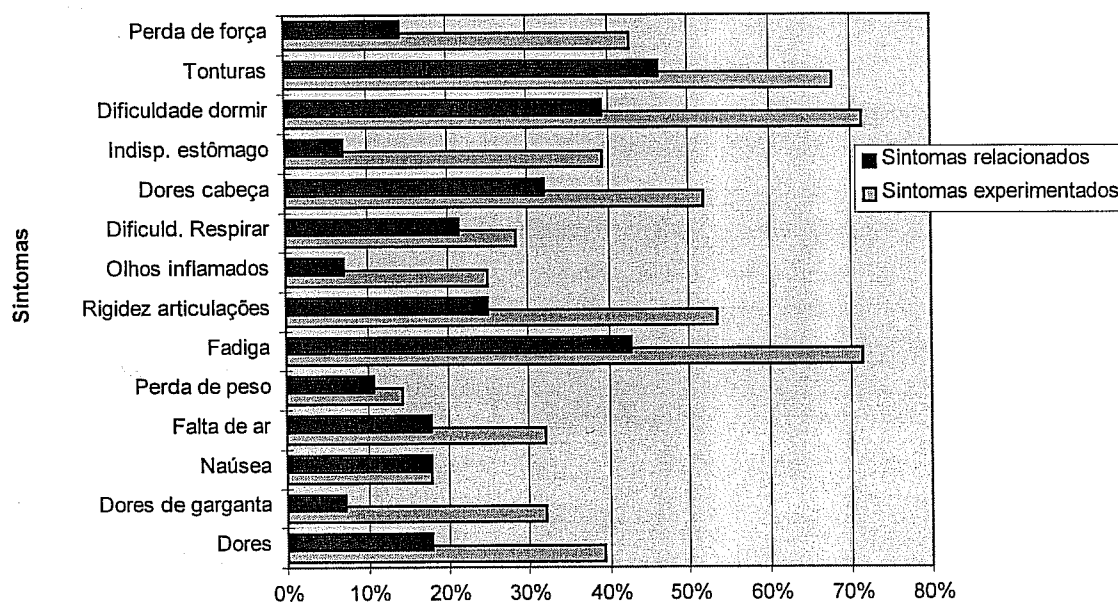
Gráfico 3 - Sintomas e Hipertensão
- % de respostas positivas: doentes controlados -



Quanto aos sintomas que consideram estar relacionados com a hipertensão não parece haver grande diferença de percepção entre os dois grupos, à excepção da “Perda de força”, “Fadiga” e “Dores de cabeça” onde há maior percentagem de respostas, do grupo dos controlados, indicando estes sintomas como tendo relação com a hipertensão que no grupo dos não controlados. Assim não há sinais muito evidentes de diferença de percepção da hipertensão a este nível.

Analisando os gráficos 3 e 4 nota-se em geral discrepâncias bastante maiores entre as percentagens de respostas sobre sintomas experimentados e relacionados nos hipertensos não controlados que no grupo dos controlados.

Gráfico 4 - Sintomas e hipertensão
 - % de respostas positivas: doentes não controlados -



IPQ - Subescalas

Com a presente amostra de 108 hipertensos os resultados obtidos estão sumariados nos dois quadros seguintes.

Quadro 13 - Resultados observados no IPQ por subescala

- Inquéritos aos Hipertensos -

Subescalas	Hipertensos controlados		Hipertensos não controlados	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Duração da doença	22,5 *	3,8	20,5	3,9
Consequências da doença	16,9	5,2	17,4	4,0
Controlo pessoal	22,6 *	3,6	20,9	3,2
Controlo de tratamento	16,1 *	2,1	15,1	2,0
Coerência da doença	14,1	4,4	13,5	3,5
Duração cíclica	13,9	3,3	14,2	1,7
Representação emocional	18,3	5,9	18,2	4,6

* $p < 0,05$

Estes resultados mostram uma aparente melhor percepção da hipertensão por parte dos doentes controlados em algumas das subescalas, nomeadamente “Duração da doença”, “Controlo pessoal” e “Controlo de tratamento”. Os testes estatísticos efectuados - teste do t para amostras independentes - confirmam esta observação, apontando para a existência de diferenças significativas entre as médias obtidas para os dois grupos de doentes nestas Subescalas ($p < 0,05$). Em todas as outras Subescalas o resultado do teste não foi significativo.

Quadro 14 – Resultados observados no IPQ por subescala

- Inquéritos aos Parceiros -

Subescalas	Hipertensos controlados		Hipertensos não controlados	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Duração da doença	22,2 *	3.8	20.0	3.0
Consequências da doença	17.4	4.4	16.3	4.3
Controlo pessoal	14.5	2.8	13.3	3.0
Controlo de tratamento	12.0	2.0	11.7	1.6
Coerência da doença	10.9	3.0	9.8	2.6
Duração cíclica	13.9 *	2.6	12.7	3.3
Representação emocional	20.0 *	4.4	18.1	3.7

* $p < 0,05$

No caso dos inquéritos realizados aos parceiros registam-se maiores valores para os parceiros de hipertensos controlados em todas as subescalas.

O teste do t , aplicado a cada subescala, permitiu concluir haver diferenças significativas entre os dois grupos, a nível dos scores médios, para as subescalas “Duração da doença”, “Duração Cíclica” e “Representação Emocional”. Em todas as outras subescalas os valores obtidos não evidenciam diferenças significativas entre os dois grupos.

De realçar que, das subescalas atrás referidas, apenas na “Duração da doença” se obteve resultados significativos no teste t tanto para hipertensos como para parceiros.

Causas da hipertensão

Nos gráficos que se seguem representa-se a percentagem de inquiridos que considera causa da hipertensão cada um dos itens apresentados no questionário do IPQ. Como se pode ver no

Gráfico 5 - Causas da hipertensão - doentes

- % de respostas afirmativas em rel. ao total -

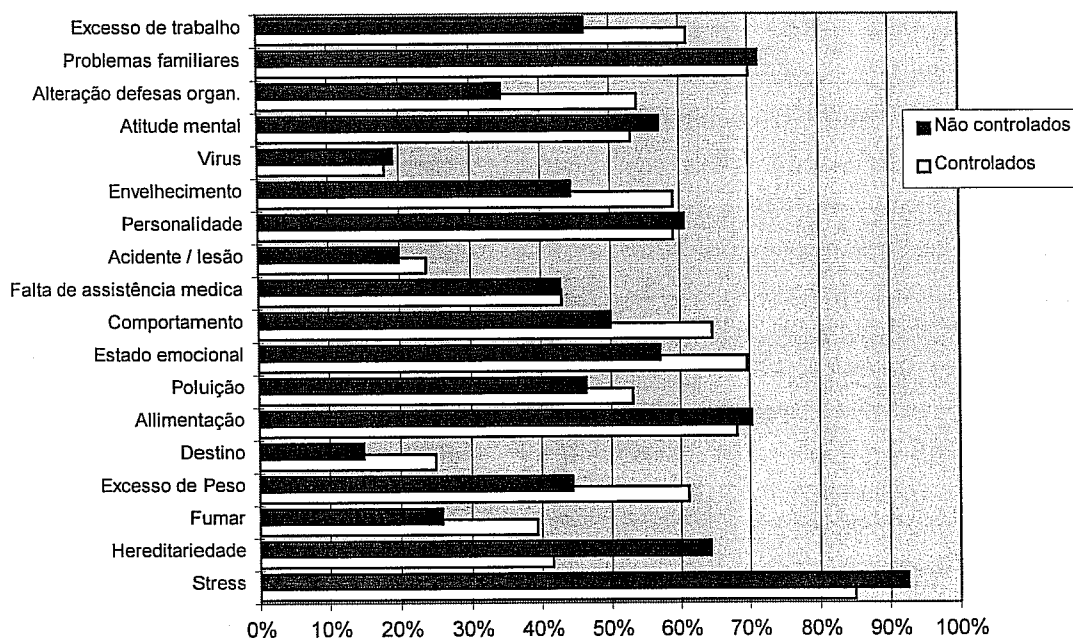
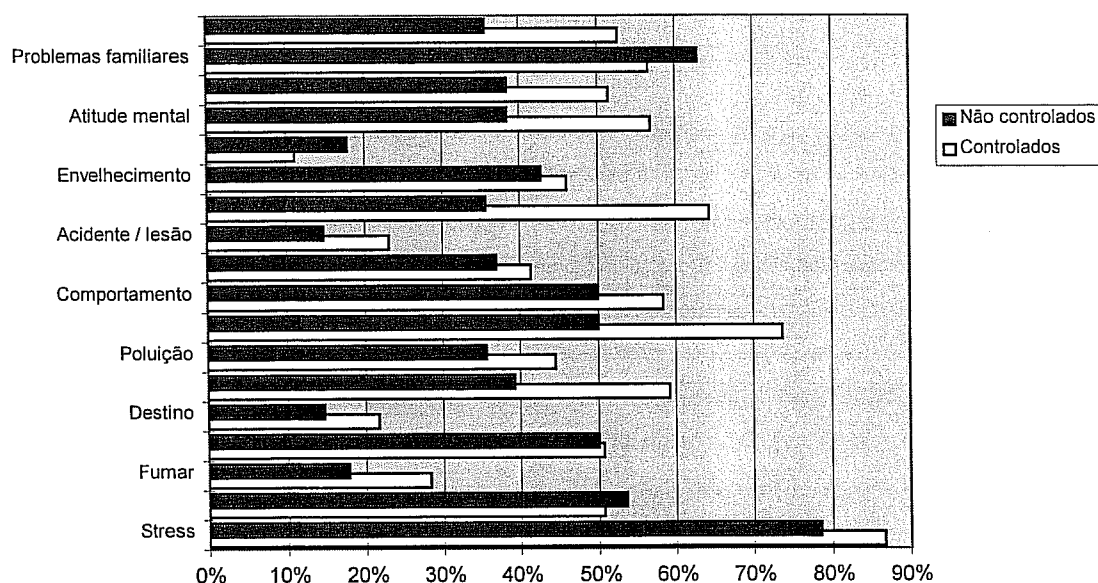


gráfico relativo aos hipertensos, os do grupo dos controlados dão mais importância a alguns factos reconhecidos como contribuindo para a hipertensão (Tipo de Personalidade, Excesso de peso e hábitos tabágicos) enquanto o grupo dos não controlados dá relativamente mais importância à Hereditariedade e ao Stress. O tipo de alimentação tem um índice de respostas de cerca de 75% em ambos os casos. Daqui poderá concluir-se que os hipertensos controlados aparentam ter mais informação sobre a doença, embora esta margem seja reduzida.

Gráfico 6 - Causas da hipertensão - parceiros

- % de respostas afirmativas em rel. ao total -



Por seu turno, a percentagem de parceiros de hipertensos controlados que refere o grupo de causas mencionado no parágrafo anterior é maior que as dos não controlados em todas elas excepto na hereditariedade. De salientar ainda que tanto nos hipertensos como nos parceiros são mencionadas com uma frequência elevada causas como os problemas familiares (entre 60 e 70%) e o estado emocional (entre 50% e 75%, com maior variabilidade entre os grupos).

4. Resultados do FACES II

O FACES II destina-se a avaliar a percepção da funcionalidade na família e foi aqui aplicado no sentido de investigar possíveis diferenças quanto a esta variável entre os casais em que pelo menos um dos membros é um hipertenso controlado e aqueles em que um dos membros é um doente sem hipertensão controlada.

Numa primeira fase mediu-se o nível de coesão e adaptabilidade percebidas pelos doentes e parceiras, relativamente à sua família, cujos resultados se expõem nos quadros 13 e 14.

Quadro 15 - Resultados do Faces

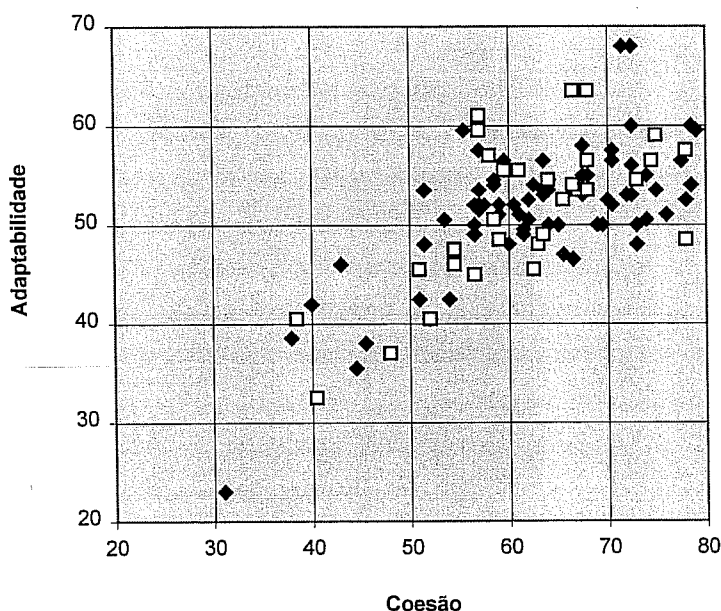
Estatísticas		Hipertensos		Parceiros	
		Coesão	Adaptabilidade	Coesão	Adaptabilidade
Média	Hipertensão controlada	63,5	51,9	64,0	53,1
	Hipertensão não controlada	60,9	49,9	60,3	51,5
	Total	62,7	51,3	62,9	52,2
Desvio Padrão	Hipertensão controlada	11,4	7,7	10,0	9,3
	Hipertensão não controlada	11,2	9,4	12,2	7,8
	Total	11,3	8,3	10,7	8,4

Se atentarmos nas médias obtidas nas dimensões da funcionalidade do casal, verificamos que, tanto no caso dos hipertensos como no dos parceiros, os valores da Coesão e Adaptabilidade são superiores nos controlados relativamente aos não controlados. No entanto o resultado obtido no teste do *t* para amostras independentes não nos permite confirmar a hipótese de os scores médios serem significativamente diferentes entre controlados e não controlados, tanto para os hipertensos como para os parceiros.

Posteriormente foram calculados os níveis de Coesão e Adaptabilidade média dos casais, calculados pela média simples dos resultados obtidos por cada um dos membros na resposta aos questionários. Os resultados são apresentados nos gráficos seguintes.

Gráfico 7 - Faces: Resultados médios do casal

- Doentes Controlados (a preto) e não controlados (a branco) -



Numa análise sumária dos gráficos verifica-se que, em ambos os casos, os scores obtidos colocam a maioria das famílias nos chamados tipos meio-termo e moderadamente equilibrados (Scores de Adaptabilidade entre 40 e 60 e de Coesão entre 50 e 70) de acordo com as indicações do Modelo Circumplexo. Nos hipertensos controlados estão 35% das famílias fora desta zona e nos não controlados cerca de 31%. Dada a ausência de referências seguras sobre os critérios para considerar uma família como funcional ou não no contexto cultural e social português, uma vez que este questionário ainda não foi validado empiricamente em Portugal, optou-se por um tipo de apresentação de resultados complementar que permite detectar diferenças entre os dois grupos sem as classificar de acordo com as categorias deste modelo. Assim, classificaram-se os scores em três grupos, definidos em função do valor da média e do desvio-padrão, do seguinte modo:

- Um grupo de Coesão / Adaptabilidade “Alta” para valores superiores à média adicionada ao Desvio-padrão;

- Outro de Coesão / Adaptabilidade “Média” para valores entre aquele valor e o da Média - Desvio-padrão;
- Um último de Coesão / Adaptabilidade “Baixa” para valores inferiores ao da Média - Desvio-padrão.

Os resultados, que mais uma vez não evidenciam diferenças claras na percepção da funcionalidade das famílias entre hipertensos controlados e não controlados, podem ser vistos graficamente.:

Gráfico 8 - Faces: Coesão média dos casais

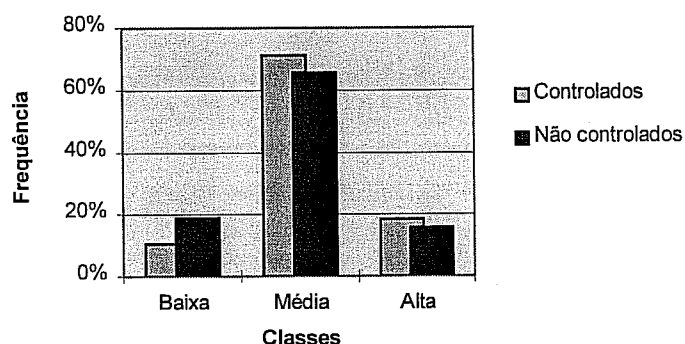
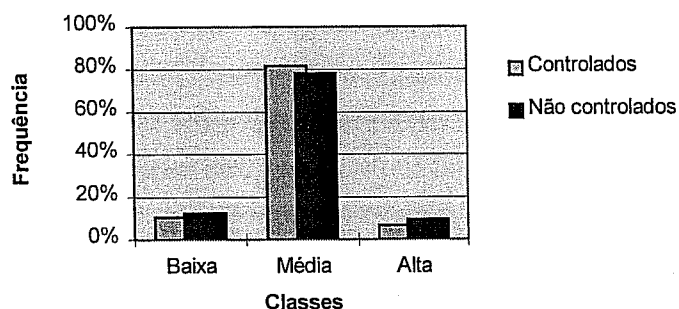


Gráfico 9 - Faces: Adaptabilidade média dos casais



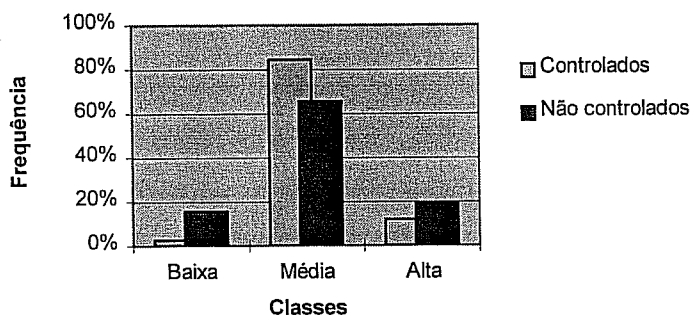
Dado que os valores médios escamoteiam eventuais diferenças de perspectiva sobre a funcionalidade da família entre membros do casal, é importante também obter resultados

sobre a Discrepância entre os resultados dos dois membros do mesmo casal. Para tanto utilizou-se um indicador cuja expressão é:

$$\sqrt{(CM-CE)^2+(AM-AE)^2} \quad \text{em que} \quad \begin{aligned} CM &= \text{Coesão do marido} \\ CE &= \text{Coesão da Esposa} \\ AM &= \text{Adaptabilidade do marido} \\ AE &= \text{Adaptabilidade da esposa} \end{aligned}$$

Os resultados podem ser vistos no gráfico que se segue, tendo as classes “Alta”, “Média” e “Baixa” sido obtidas pelo método já referido anteriormente.

Gráfico 10 - Faces: Discrepância entre os parceiros



Analisando o gráfico verifica-se que o grupo de hipertensos controlados tem uma frequência superior na classe Média de discrepância (cerca de 81%) enquanto a percentagem de hipertensos não controlados é maior nos níveis de discrepância correspondentes à classe de discrepância alta. Estes dados indiciam a existência de maior nível de discrepância na percepção da funcionalidade familiar nos casais de hipertensos não controlados, o que pode confirmar-se no quadro 15. A diferença entre as médias de discrepância dos dois grupos não são no entanto significativas, tal como foi evidenciado pelo teste do *t* para amostras independentes.

O quadro seguinte resume os resultados médios de cada uma das variáveis referidas anteriormente.

Quadro 16 - Principais Resultados do Faces relativamente ao Casal

Estatísticas		Coesão	Adaptabilidade	Discrepância
Média	Hipertensão controlada	63,7	52,5	10,2
	Hipertensão não controlada	60,6	50,7	12,9
	Total	62,7	51,3	11,0
Desvio- Padrão	Hipertensão controlada	9,3	7,1	9,8
	Hipertensão não controlada	9,6	7,1	10,4
	Total	11,4	8,3	10,0

5. Comparação das percepções de hipertensos e parceiros

Efectuaram-se também comparações entre as percepções dos hipertensos e das parceiras tanto relativamente à percepção da doença como à percepção da funcionalidade familiar. Para este efeito manteve-se ainda a divisão das amostras de hipertensos e parceiras em dois grupos: controlados e não controlados.

No que se refere à percepção da doença, a comparação foi feita com base nas médias por item para cada subescala do IPQ. Não se utilizaram directamente os scores obtidos para cada subescala dado que, em algumas delas, foram retiradas questões para melhorar a sua validade interna, sobretudo no caso dos parceiros.

Calcularam-se as correlações entre as médias por item dos hipertensos e das respectivas parceiras para cada uma das subescalas do IPQ (coeficientes de correlação de Pearson), mantendo separados os controlados e os não controlados. Os resultados obtidos são estatisticamente significativos apenas nas subescalas “Duração da doença” (tanto nos controlados como nos não-controlados), “Controlo de tratamento” e “Representação emocional” (não controlados). De entre os resultados estatisticamente significativos, o valor

do Coeficiente de correlação mais elevado ocorre na subescala “Duração da doença” para os hipertensos não controlados (0,6).

Quadro 17 – IPQ: Coeficientes de correlação entre os resultados de hipertensos e parceiros

Escalas	Controlados	Não controlados
Duração da doença	0,26*	0,60*
Consequências da doença	0,21	0,27
Controlo pessoal	0,08	0,05
Controlo de tratamento	0,40*	0,14
Coerência da doença	0,06	0,07
Duração cíclica	0,23	0,35
Representação emocional	0,33*	0,09

* $p < 0,05$

Utilizou-se ainda o teste do t para amostras emparelhadas, para avaliar da existência de diferenças significativas nas médias por item dos hipertensos e parceiras. Apenas em duas subescalas o teste evidenciou diferenças significativas – “Duração cíclica” (Não controlados) e “Representação emocional” (Controlados).

**Quadro 18 – IPQ: Médias por item para cada subescala
- hipertensos e parceiras/os -**

Escalas	Controlados		Não controlados	
	Hipertensos	Parceiros/as	Hipertensos	Parceiros/as
Duração da doença	3,8	3,7	3,4	3,3
Consequências da doença	2,8	2,9	2,9	2,8
Controlo pessoal	3,8	3,6	3,5	3,3
Controlo de tratamento	4,0	4,0	3,8	3,9
Coerência da doença	2,8	2,7	2,7	2,5
Duração cíclica	3,5	3,5	3,5*	3,2
Representação emocional	3,1*	3,3	3,1	3,0

* $p < 0,05$

Na comparação da percepção da funcionalidade familiar entre hipertensos e parceiras, a partir dos scores do FACES, seguiu-se a mesma lógica referida para a percepção da doença. Neste caso compararam-se os scores obtidos nas dimensões Coesão e Adaptabilidade pelos hipertensos e parceiros, no grupo dos controlados e dos não controlados.

Também aqui se calcularam os coeficientes de correlação entre hipertensos e parceiros para ambas as dimensões, tendo-se obtido valores estatisticamente significativos, com exceção da “Coesão” para hipertensos não controlados e respectivas parceiras/os. Estes resultados evidenciam correlações relativamente baixas, à exceção do caso da “Coesão” no grupo dos controlados, em que o valor foi superior (0,52).

Quadro 19 – Faces: Coeficientes de correlação entre os resultados de hipertensos e parceiros

Dimensões	Controlados	Não controlados
Adaptabilidade	0,389*	0,375*
Coesão	0,522*	0,335

* $p < 0,05$

Por outro lado, os resultados do teste do t para amostras emparelhadas apontam para a não existência de diferenças significativas na percepção da funcionalidade familiar entre hipertensos e parceiros/as, tanto para o caso da Coesão como da Adaptabilidade.

6. Resultados do questionário Morisky

Este questionário avalia a adesão dos doentes à medicação e as questões estão formuladas de forma a obter respostas do tipo sim/não, em que o “Sim” representa a não adesão à medicação.

No quadro seguinte expõem-se os resultados obtidos neste questionário, com base na contagem do número de respostas “Sim” dadas pelos doentes. Assim verifica-se que no primeiro escalão (0 respostas “Sim” correspondente à maior adesão) há relativamente mais hipertensos controlados (27,6%), como seria de esperar. Nas categorias intermédias (1 e 2 respostas “Sim”) a percentagem de hipertensos controlados é também claramente superior à de não controlados. Finalmente há que realçar a elevada percentagem de hipertensos não controlados com 4 respostas “Sim” correspondente a não adesão à medicação (32,3%), muito superior à do outro grupo, o que constitui um resultado esperado.

Quadro 20 - Resultados do questionário Morisky

Nº de respostas afirmativas	Hipertensos Controlados		Hipertensos Não Controlados	
	Nº	%	Nº	%
0	21	27,6%	5	16,1%
1	15	19,7%	4	12,9%
2	25	32,9%	6	19,4%
3	10	13,2%	6	19,4%
4	5	6,6%	10	32,3%

O resultado do teste do *t* para amostras independentes aponta neste caso para diferenças significativas no grau de adesão à medicação entre controlados e não controlados ($p < 0.01$), como seria de esperar.

Para além desta relação exploraram-se também possíveis relações do nível de adesão à medicação, avaliado por este questionário, com a duração da doença e os resultados das subescalas do IPQ enquanto medida da percepção da doença. As hipóteses a testar foram *a)* se a adesão à terapêutica está relacionada com a duração da doença e *b)* se os doentes com melhor percepção de doença tinham maior adesão.

Para esse efeito dividiram-se os doentes em dois grupos em função do número de respostas afirmativas ao questionário de Morisky: um grupo com 0 (zero) ou 1 resposta afirmativa (melhor adesão) e outro grupo com mais de uma resposta afirmativa (pior adesão). Os resultados do teste *t* para amostras independentes não foram significativos pelo que não foi possível concluir pela existência de diferenças entre os dois grupos de hipertensos acima referidos, tanto no que se refere ao tempo de duração da doença quer quanto à percepção da mesma. As tabelas com as estatísticas calculadas e os resultados dos testes são apresentados no anexo XI.

CAPÍTULO VIII - Discussão dos resultados

Para além de alguns comentários que acompanharam a apresentação dos resultados, importa agora interpretar os principais dados retomando os pressupostos preconizados no enquadramento teórico e á luz das questões de investigação formuladas.

O conjunto de indivíduos que compõem a amostra de estudo neste presente trabalho apresenta algumas características descritas na literatura para a população com hipertensão arterial no que respeita a variáveis sócio demográficas e ao contexto dos cuidados primários de saúde.

O método de escolha da amostra deste estudo não permite extrapolar conclusões para a população geral relativamente ao controlo da hipertensão. Contudo pode-se admitir que representa com alguma fidelidade o que acontece nos espaços de consulta do Centro de Saúde.

A predominância de mulheres nomeadamente idosas reflecte, um enviesamento da utilização por parte dos utentes que visitam regularmente o médico de família nos Centros de Saúde no âmbito da Medicina Geral e Familiar. Quanto ao controlo da hipertensão, estabelecendo a comparação com outros estudos encontram-se percentagens idênticas de doentes com a Hipertensão controlada - cerca de 30 a 40%. Num estudo realizado por Pereira Miguel e al., (1993) a percentagem de doentes controlados era de 32%. Num outro estudo de Aleixo (1991) cujos resultados para uma amostra do Centro de Saúde em Lisboa encontravam-se controlados 37, 85 % dos doentes hipertensos.

O aumento da tensão arterial relacionado com a idade é ligeiramente mais marcado no sexo feminino; para além da sétima década a tensão arterial passa a ser um pouco mais elevada na mulher. Parte desta diferença pode ser explicada pela sobrevivência selectiva das mulheres com tensões mais elevadas. Comparando os resultados obtidos com um trabalho realizado por

Aleixo e col. em 1991 com uma amostra utilizadora de 308 doentes num C. Saúde de Lisboa os resultados foram idênticos. Aleixo (1991)

Tendo em conta que uma percentagem de utentes e parceiras nos grupos etários dos 60 -70 e dos 70-80 anos é correspondente a cerca de 65% do total é perfeitamente aceitável que a maioria dos hipertensos estudados se situem na fase Ciclo de vida de Duvall com filhos todos fora de casa ou seja o ninho vazio. Nesta etapa destacam-se dois tipos de problemas o primeiro tem a ver com a adaptação do casal a esta nova situação e o segundo é o de lidar com a doença crónica. As alterações que ocorrem nas suas actividades e nas relações interpessoais obrigam a um reajuste na relação de casal. Alguns estudos (Kurdeck, 1993) já referidos no capítulo dedicado ao contexto familiar e do casal, comprovam que a coesão familiar e a adaptabilidade voltam a aumentar nas etapas do ninho vazio e do envelhecimento com manutenção de interesses próprio ou do casal e com a possível exploração de novas opções familiares e sociais. No contexto da doença crónica com percurso mais invalidante este facto faz com que famílias em fase centrípeta ainda reforcem mais essa tendência podendo por isso exagerar este movimento para dentro o que vai por vezes dificultar a abertura para o exterior; no caso de uma doença crónica com características específicas como a hipertensão arterial, o aumento da coesão e da adaptabilidade pode proporcionar um redimensionar desta situação clinica tendo oportunidade para o utente, agora mais disponível, poder rever juntamente com o parceiro aspectos que permitam situar a doença.

A permanência dos filhos em casa implica que os pais tenham alguma dificuldade de investimento em si próprios tanto individualmente como casal. A reestruturação da sua relação em moldes diferentes, após a saída dos filhos, é portanto necessária já que estão isentos das mais absorventes tarefas parentais. Apesar de importante, esta vertente de vazio pós saída dos

filhos que é tão valorizada nos estudos sobre ciclo vital da família é contrabalançada por um espaço próprio de investimento como casal.

A reforma é outro aspecto que pode ter aspectos positivos e negativos individualmente e essencialmente na renegociação conjugal. Numa perspectiva sociológica, a reforma corresponderia a um estatuto cultural que estaria relacionado com uma liberdade tardia e com o lazer mas, na prática, por limitações de natureza financeira e por uma provável não preparação para se situar temporalmente nessa fase, a reforma consiste tão somente, na exclusão do trabalho. Traduções como o não ter nada que fazer, quebra de rendimento, perda do sentido de finalidade, diminuição dos contactos sociais e ainda declínio da saúde reflectem este estado. Se ambos os conjugues se reformam simultaneamente terão que aprender a estar juntos a tempo inteiro e sem se cansarem um com o outro. Mas se um deles obtém a reforma mais cedo do que o outro, o seu sentimento de solidão em casa e sem ocupação poderá exigir uma disponibilidade e atenção pelo que trabalha ; logo a grande transformação nos hábitos do quotidiano do casal tem que corresponder a um reajuste. É importante referir que a evolução pós parental positiva está fundamentalmente associada á capacidade que o casal teve durante a fase parental para manter autonomia como subsistema conjugal.

Em relação ao nível de instrução neste estudo não se encontrou diferenças com significado estatístico nos dois grupos. Relativamente a este assunto, Aleixo e al. (1991) verificou que o nível escolar nomeadamente o analfabetismo tinha influencia no que respeita ao controlo da hipertensão Neste estudo uma das condições de exclusão era o facto de os utentes serem analfabetos porque tinham de responder a questionários de auto preenchimento. Poderá ser a exclusão dos analfabetos que explica não ter encontrado diferenças no controlo da hipertensão em função do nível de escolaridade.

Em relação ao peso dos doentes verifica-se que apresentam peso excessivo e obesidade não havendo diferenças significativas entre os dois grupos o que permite pensar que este factor predisponente da hipertensão ainda carece de um trabalho importante junto do doente no que se refere a modificação de hábitos alimentares ou no aumento do exercício físico.

A nível do Illness Perception Questionnaire , em relação á sintomatologia referida pelos hipertensos como experimentada e a percepção da que está relacionada com a hipertensão, verifica-se uma discrepância maior no grupo dos doentes não controlados provavelmente pelo facto de haver menor compreensão da possível relação entre estes sintomas. Por outro lado curiosamente estes mesmos doentes referem maior dificuldade em dormir e tonturas. A maior dificuldade em dormir pode ser um indicador de alguma instabilidade emocional nestes doentes. Quanto ás tonturas tendo em conta que não estão controlados pode ter algo a ver como uma sintomatologia relacionada com picos hipertensivos.

Em relação ás causas atribuídas á hipertensão foi curioso verificar que quer no grupo dos doentes quer no das parceiras sejam doentes controlados ou não controlados foi dada particular importância aos problemas familiares, o estado emocional e o stress.

Este facto indica a percepção generalizada por parte da amostra da importância das alterações psicológicas e de acontecimentos de vida familiares no aumento da tensão arterial.

Em relação ás percepções de doença no grupo dos controlados e não controlados verificou-se diferenças significativas nas dimensões do Illness Perception Questionnaire a nível percepção da duração aguda ou crónica da doença, no controlo de tratamento da doença e no controlo pessoal da doença. Assim os doentes controlados tem melhor percepção nestas dimensões nomeadamente na percepção do caracter crónico da doença ;os doentes não controlados tem uma visão da doença como sendo mais aguda o que tem necessariamente implicações na aceitação continuada da terapêutica. Quanto ao controlo de tratamento a leitura dos resultados

é coerente com a dimensão anterior, na medida em que os doentes hipertensos controlados tem melhor percepção da importância da adesão ao tratamento de uma forma continuada no controlo da doença. Por outro lado é interessante verificar que esses mesmos hipertensos controlados têm comparativamente aos não controlados, melhor percepção em relação ao modo como o próprio utente pode lidar com a doença em termos do seu controlo nomeadamente pela importância atribuída ao comportamento do próprio.

Em relação às parceiras (os) dos doentes verifica-se que existem diferenças significativas entre parceiras (os) de doentes controlados e não controlados na percepção das dimensões duração aguda /crónica da doença, duração cíclica e representação emocional da doença. Assim as parceiras (os) dos doentes hipertensos controlados percebem melhor aspectos que tem a ver com a duração crónica da doença do parceiro nas suas características temporais e no carácter cíclico. Em termos da representação emocional têm mais sentimentos negativos em relação a doença o que é coerente com facto de terem melhor percepção da evolução temporal da mesma em termos da cronicidade e das possíveis flutuações clínicas da doença.

Ao analisar os doentes e os respectivos parceiros (as) verifica-se que nas dimensões representação emocional nos doentes controlados e respectivos parceiros existem diferenças significativas; assim os doentes tem menos sentimentos negativos em relação á doença que os respectivos parceiros. No caso do doentes não controlados na dimensão duração cíclica da doença existem diferenças significativas com os respectivos parceiros ou seja os doentes tem mais percepção do carácter cíclico da doença que as parceiras (os).

Que significado se deve atribuir a esta dimensão cíclica da doença no caso da hipertensão arterial? Tem algum sentido se pensarmos em hipertensão descontrolada pois que o doente percebe a evolução da sua tensão como não sendo constante mas evoluindo por surtos ou períodos em que melhora ou piora.

Quanto aos parâmetros de coesão e adaptabilidade familiares apesar de tanto nos doentes hipertensos como nos parceiros os valores da coesão e da adaptabilidade serem superiores nos doentes controlados relativamente aos não controlados não existem porém diferenças estatisticamente significativas. Não se poderá nunca avaliar esta informação sem ter em linha de conta as fases de ciclo de vida que predominam nesta amostra em estudo ou seja as fases de ciclo manifestamente centrípetas após a saída dos filhos e o retorno do casal para si próprio o que poderá atenuar estas eventuais diferenças esperadas nestas duas dimensões para grupo de controlados e não controlados. Curiosamente, na leitura da discrepância da percepção da funcionalidade do casal existe também uma maior discrepância nos casais de doentes hipertensos não controlados.

Em relação ao Questionário de adesão á terapêutica de Morisky verificou-se uma maior adesão terapêutica nos doentes controlados que nos não controlados. Cerca de 47% dos doentes controlados tem zero ou uma resposta afirmativa no questionário ou seja tem um nível de adesão terapêutica dito elevado. Níveis de adesão médio e baixo (com duas a quatro respostas positivas) correspondem a 53% dos doentes ou seja mais de metade dos doentes controlados

Exploraram-se possíveis relações com o número de anos da doença hipertensiva e a adesão terapêutica não se obtendo diferenças significativas.

Quanto ao numero de medicamentos anti-hipertensores consumidos verificámos que não obtivemos resultados estatisticamente significativos com a adesão terapêutica

Ainda se exploraram possíveis relações entre a percepção de doença (todas as subescalas do IPQ) e a adesão terapêutica e também não se obtiveram diferenças significativas.

Estudos nesta área tem sido feitos longitudinalmente e neste contexto obtiveram-se níveis de adesão terapêutica de cerca de 35% (Inui ,1981 ; Martinez ,1984)

Estes valores não são directamente comparáveis com os resultados obtidos neste estudo pelo facto deste se tratar de um estudo transversal que não permite ver a evolução no tempo da adesão terapêutica mas somente permite obter num determinado momento a opinião do doente sobre o seu testemunho no que respeita a esta matéria.

Bibliografia

- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica geral*, 5, 6-7.
- Aleixo, A., & Baptista, J. (1991), Controlo da hipertensão e cuidados de saúde primários: alguns factores condicionantes. *Revista de Cardiologia actual*.
- Anderson, B. J, & Auslander, W. F. (1980). Research on diabetes management and the family: a critique.. *Diabetes Care* ,3 ,696-702.
- Ayman, D., & Pratt, J. H. (1931). Nature of the symptoms associated with essential hypertension. *Archives of Medicine* ,47,675-677.
- Azjen, I., (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckman (Eds), *Action control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer – Verlag.
- Baker, L., (1987). *Families and illness . The family in medical practice*. New York:Springer-Verlag
- Bandura, A.,(1977). Self efficacy: toward a unifying theory of beahvioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Banaham, F. , Sharpe, R., Baker A., Liao, C. , & Smith, C. (1979). Hipertenson and Stress: a preventive aproach. *Journal of Psychosomatic Research*, 23,69-75.
- Bauman, L.,Cameron, L., Zymmerman, S., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8 (4), 449-469.
- Becker, M. (1979) Understanding patient compliance: the contribuitons of attitudes and other psychosocial factors. In S. J. Cohen (Ed) *New directions in patient compliance*. Lexington, MA :Health
- Becker, M.H., & Rosentock, I. M.,(1984). *Compliance with medical advice*. London:Academic Press

- Beilin, L.I.(1997).Stress coping,lifestyle and hipertension:a paradigm for research prevention and nom pharmacological management of hipertension.Clinical Exp Hypertension,19,739-752.
- Bellock, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* , 1,409-421.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social network and social suport. *Ann Revue Public Health* , 5,413 -432.
- Bishop, G. D. (1986). Illness representations : a prototipe approach . *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Bishop, G. D. (1991). The Understanding of illness: lay disease representations. In J. A. Skelton, . & R. T. Croyle, (Eds), *Mental Representation in health and illness*. (pp. 32-39). New York . Springer- Verlag.
- Blake, R. L. (1988). The effects of stress and social suport on health: a research challenge for family medicine. *Family Medicine*, 20,19-24.
- Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. New York :Jason Aronson
- Bradbury, T. N. (1992). Atributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology* ,63 (4), 613-628.
- Brown, G. W. (1981). Life events, psychiatric disorders and physical illness. *Journal of Psychosomatic Research* ,25 (5) , 461-73.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1989). Life events and illness. London. The Guilford Press.
- Burgoon, M. (1996). (Non) compliance with disease, prevention and control messages: communication correlates and psychosocial predictors. *Journal of Health Psychology* , 1(3), 279-169.
- Campbell, T. L. (1986). Family's impact on health : a critical revue . *Family System Medicine*, 2 ,135-323.
- Campbell, T.L., & Treat D.F. (1990) The family's influence on health: a critical revue. In E. R. Rakel . *Textbook of Family Practice*. (pp. 101-110). Philadelphia: WB Saunders Company.
- Campbell, T. L. (1992). *Family Health Care*. Newbury Park. Sage Publications.

- Campbell, T. L. (1993). Marriage and health. *Family System Medicine* ,11, 303 –309.
- Clara, J. G. (1990). *Factores condicionantes da pressão arterial. O meio e o individuo*. Lisboa .
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Corney, R. (1991). A necessidade da melhor comunicação. Em R. Corney (Eds.), *O desenvolvimento das pericias na comunicação e aconselhamento em Medicina* (pp 3-9).
- Coyne, J. C., & Anderson, B. J. (1988). Psychosomatic families reconsidered: diabetes in context. *Journal of Marital Family Therapy* ,14,113-23.
- Cutler, J. A., Follman, . D. & Alexander, P. S. (1997). Randomised controlled trials of sodium reduction:an overview. *American Journal of Clinical Nutricion*,65 (2),643-651.
- Departamento de Estudos e Planeamento (1990) *Inquerito Nacional de Saúde-Ministerio da Saúde*;115-124.
- Dias, J. L. , Imperatori, E. (1983) A hipertensão como problema de Saúde Publica. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*,18-22.
- Doherty, W. J., & Campbell, T. L. (1988). Families and health. *Families studies text series*. Beverly Hills, C. A, Sage Publishing,
- Duvall, E. M. (1977). *Family development*. Philadelphia:Lippincott
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137,535-544.
- Epstein, N. B., Bishop, D., Ryan, C. , & Keitner, G. (1993) . The Mac Master model: view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed) *Normal Family Process* (pp138-161). New York . :WW Norton.
- Fagard, R. H. (1995). The role of exercise in blood pressure control: supportive evidence. *Journal Hipertensive*,13,1223-1227.
- Forte, J. G., & Miguel, P. (1989). Salt and blood pressure : a community trial. *Journal of Human Hipertension*, 3, 179-184.
- Friedman, H. S., & Di Matteo, M. R. (1989). *Health Psychology*. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice Hall,Inc

- Fry, J., & Sandler, G. (1993). Health, disease, care. In: *Common Diseases. Their nature, presentation and care* (5th Edition). London: Kluwer Academic Publishers.
- Genest, J., & Kuchel, L. (1997). *Hipertension: fisiopatologia and treatment*. Mc Graw Hill Book Company.
- Gilliss, C. (1984). Reducing family stress during and after coronary artery bypass surgery. *Nursing clinics of North America*, 19, 1103-1111.
- Giovannini, D., Blair, P., & Speltini, G. (1986). *Psychologie et Santé*. Bruxelles. Pierre Madraga, Editeur
- Gonzalez, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illness. *Family Process*, 28, 69-87.
- Griffin, W. A. (1993). Transitions from negative affect during marital interaction: husband and wife differences. *Journal of Family Psychology*, 3, 230-244.
- Grupo de estudos de Hipertensão (1988) Abordagem diagnóstica do hipertenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 399-401.
- Gutzwiler, F., & Keill, W. (1990). *Hipertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. 147-158.
- Hepworth, J. (1987). Families and chronic pain. In D. Rosenthal (editor). *Families in stress. Family Therapy Collection*. Rockville, M. D, Aspen.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horne, R. L., & Picard, R. S. (1979). Psychosocial risk for lung cancers. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- Jacobson, N., & Holtzworth, M. (1986). Behavioral marital therapy. In Jacobson & Gurman (Eds) *Clinical Hand Book of marital therapy* (pp. 29-71). New York. Brunner/Mazel.
- Joint National Committee (1993). The fifth report of the Joint Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 153, 154-183.

- Joint National Committee (1997): The six report on the Joint National Committee on prevention, detection and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2413-2446.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.
- Kannel . W. B. (1994). Incidence, prevalence and mortality of cardiovascular Diseases. *The Heart:arteries and Veins*. 185-197
- Kleinman, A. (1979). Recognition and managment of illness problems: therapeutic recommendations from clinical social science. In T. C. Manschereck (Ed.), *Psychiatric medicine update*. (pp 23-32). New York; Elsevier.
- Kleinman, A. (1988) . *The illness narratives. Suffering , healing, and the human condition*, New York; Basic Books.
- Kog, E., Vandereicken, W. , & Vertommen, H. (1985). The psychossomatic family model : a critical analysis of family interaction concepts. *Journal of . Family Therapy* , 7, 31-44.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1984). A three stage model of treatment continuity: compliance, adherence and maintenance. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds), *Hand Book of Psychology and health*. (pp. 85-112). New Jersey :Laurence Erlbaum Associates, Inc Publishers.
- Kruse, W., Kruse, W. E. , Rampmaier, J. , & Weber, F. (1991). Dosage frequency and drug compliance behavior- a comparative study on compliance with a medication to be taken twice or four times daily. *European Journal of Clinical Pharmacology* , 41, 589-592.
- Lerner, H. G. (1989). *The dance of intimacy : a woman's guide to courageous acts of change in key relationships*. New York. W. W Norton
- Levenstein, J. H, Cracken, E. C. , & McWhiney, I. R. (1986). The patient centred clinical method. A model for the doctor -patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3, 24-30.
- Leventhal, H (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognitions interactions.*Cognitive Therapy Research*, 2, 143-163.

- Leventhal, H., & Meyer, D. (1980). The common sense representation of illness and danger. In S. Rachman (Ed) *Contribuitions to medical Psychology* . (pp . 7-30). Oxford : Pergamon Press
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. , & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health treats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds), *Handbook of psichology and health* (pp. 219-252). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc. , Publishers.
- Leventhal, H., & Cameron, L., (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Couselling* . , 10, 117-138.
- Liebman, R., & Minuchin, S. (1974) . The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry*, 131, 535-540.
- Markman, H. (1986). *Clinical Book of marital therapy*. The Guilford Press . 173-195.
- Markman, H. (1989). *How to argue better*, Botton Line Personal .
- Markman, H. (1992). Marital and family psychology : burning issues. *Journal of Familiy Psychology*, 5 , 264-275.
- Maes, S. , Vingerhoets, A. J. , Van Heck, G. (1987) . The study of stress and disease: some developments and requirements. *Social Science Medicine* , 25(6), 567 –578.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and Behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo J. D. (1984) Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds), *Behavior health* (pp. 3-40). New Yorrk: John Willey & Sons.
- McIntyre, M . T. (1994). *Psicologia da Saúde: Área de intervenção e perspectivas futuras*. Braga :APPORT.
- McWhinney, I. R. (1989). The origins of family medicine. In I. R. McWhiney (editor) *A Text Book of Family Medicine*. (pp. 3-11) Oxford University Press .
- McDaniel, S., Campbell, T. L., & Seaburn, D. B. (1990). How families affects illness. Research on the family' impacts on health. In S. McDaniel, D. B. Seaburn (Eds) *Family -*

- Oriented Primary Care. A manual for Medical Providers.* (pp. 16-32) Spring Verlag. New York.
- Meyers, J. (1985). *Disease and the novel 1880-1960.* London . Macmillan.
- Miguel, J. (1982). *Hipertensão e medicina comunitária -Novas perspectivas sobre o problema português-*Merck Sharp and Dohme.
- Minuchin, S., Baker, L. , & Todd, T. (1975). A conceptual model of Psychosomatic illness in Children. *Archives of General Psychiatry* , 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families.* Cambridge. Harvard University Press.
- Morisky, D. E. (1986) . Non adherence to medical recommendations for hipertensive patients: Problems and potential solution . *The journal of compliance in health care*, 1, 5-20.
- Nogueira, J. B., Costa, J. N., & Paz, C. (1981). O hipertenso em regime ambulatorio-analise de fichas da consulta externa. *Acta médica Portuguesa*, 3, 341-361.
- Nogueira, J. B., & Costa, J. N. (1993) . Anamnese e observação do hipertenso. In J. Braz Nogueira & J. Nogueira da Costa (Eds) , *Hipertensão arterial: clinica , diagnóstico e terapeutica* (pp. 905-918). Lisboa :Permanyer Portugal.
- Noller, P., & Fitzpatrick, M.A. (Eds) (1988). *Perpectives on marital interaction.* Clevedon, UK Multilingual Matters Lda
- Ogden, L. (1996). *Health Psychology.* A textbook. Buckingham. Open University Press.
- Olson , D. H. (1983) . *Families, what makes them work.* Sage publications.
- Olson, D. H. , Portner, J. & Lavey, Y. (1985). Faces III :Family adaptability and cohesion evaluation Scales. Family inventories used in a national survey of Families across the family life cycle. St Paul :Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D. Sprenkle, D. H. , & Russel, C. (1979). Circumplex Model of marital systems: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Olson, D. H. , Russell, C. S. , & Sprenkle, D. H. (1989) *Circumplex Model :Sistemic Assesment and treatment of Families.* New York . Haworth.

OMS, (1978) *Rapport d'un Comité OMS d'experts. L'hypertension Arterielle*. Geneve .

OMS (1993) Guidelines for the management of mild hipertension; memorandum from a world health organization-internacional society of hipertension meeting. *Journal of hipertension*, 11, 905-918.

OMS-SIH (1999)-Guidelines subcomitee for the management of hipertension. *Journal of hipertension*, 17, 151-183.

Pádua, F. & Miguel, M. J. P. (1974). *Hipertensão arterial* Lisboa. Merck , Sharp & Dohme.

Penn, P. (1983) . Coalitions and binding interactions in families with chronic illness. *Family Systems Medicine*, 1, 16-25.

Pereira Miguel, J. M. (1982). A prevalencia de Hipertensão na população adulta portuguesa. *Boletim de Educação Sanitária*, 5(2), 29-42.

Pereira Miguel J. M. (1993). Epidemiologia da hipertensão arterial em Portugal . *Clinica, diagnóstico e terapeutica*. Lisboa. Permanyer Portugal.

Pickering, G. (1991). *Ambulatory Monitoring and Blood Pressure Variability*. London. :Science Press.

Puddey, I. B. , Beilin, L. J., & Rakic, V. (1997) . Alcool, hipertension and cardiovascular system: a critical apraisal. *Adiction Biology* , 2, 159-170.

Rebelo, L. (1991) . A familia revisitada. : uma abordagem individual centrada na familia. *Revista Portuguesa de Clinica Geral* , 5, 142-143.

Rebelo. L. (1992). A doença crónica , o doente crónico e a sua familia. Repercussão psicossocial da diabetes. *Acta médica portuguesa*, 5, 383-387.

Rebelo, L. (1993). Dois modelos na prática médica :a medicina geral e familiar e o modelo biopsicossocial. *Rev Portuguesa de Clinica Geral*, 10, 245- 254.

Rebelo, L. (1996). *O doente com artrite reumatoide e o seu contexto familiar*. Lisboa .

Reid, C. M., Dart, A. M. , Dwar, E. M. , & Jennings, G. L. (1994). Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular hemodynamics and left ventricular structure in overweight subjects. *Hipertension* , 12, 291- 301.

- Ribeiro, J. L. P. (1994) A Psicologia da saúde e a segunda revolução da Saúde. In T. McIntire (Eds), *Psicologia da Saúde : áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-35). Braga :Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. P. (1999) *Psicologia e Saúde* . ISPA.
- Ribeiro, J.L P.& Leal, I (1997) .Avaliação e psicodiagnóstico em Psicologia da Saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 357-370.
- Ried, L. D. (1985) . Explaining intention to comply with antyhipertensives regimens. *Journal of Social and administrative Pharmacy* , 3, 42-52.
- Robbins, J., & Kirmaer, L. (1986). Illness cognition. Sympton Reporting and Somatization in Family Medicine. In S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A multidisciplinary Model* (pp. 283-299). New York & London: Plenum Press.
- Rocha, E. (1997). *A hipertensão arterial na Comunidade*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. . *Annual Review of Psichology*, 40, 533-579.
- Rolland , J. S. (1987). Chronic illness and the life cicle : a conceptual framework. *Family Process* , 26, 203-221.
- Rolland, J. S. (1990). Antecipatory loss : a family system developmental framework. *Family Process*, 29 , 229-244.
- Rolland, J . S. (1993). Mastering family challenges in serious illness and disability. In F. Walsh (editor). *Normal Family Process*, (pp. 444-473). The Guilford Press. . New York .
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985) . *Terapia Familiar*. Porto . Afrontamento.
- Sampaio, D. (1988). A perspectiva sistémica em clinica geral. *Revista Portuguesa Clinica Geral* , 32 , 18-21.
- Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L. & Goss, M. L. W. (1962). Medication errors by elderly, chronically ill patients. *American Journal of Public Health*, 52 , 2018-2029.
- Sharkness, C., & Snow, D. (1992). The patients view of hipertension and compliance. . *American Journal , Preventive Medicine*. 8, 141-146.

- Silagy, C. Mant, D., Fowler, G., & Lodge, M. (1994). Metanalysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation, *Lancet*, 343, 139-142.
- Smilkstein, G. (1984). The phisician and family function assessment. *Family System Medicine* , 2(3), 263 -278.
- Stamler, J. (1991). Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults. *Ann Epidemiology*, 1, 347-362.
- Steinglass, P., & Horam, M. E. (1988). *Families and chronic medical illness. Chronic disorders and the family*. The Haworth Press. New York .
- Stewart, I. M. G. (1953). Headache and hipertension. *The Lancet*, 1, 261-266.
- Stoeckle, J. S. D. (1995). Modo de aumentar a adesão ao tratamento médico . In A. H. May & A. G. Mulley (Eds), *Primary care medicine*. Lippincot. .
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45 , 40-50.
- Thomas, C. B., Duszinky, B. A. , & Shaffer, J. W. (1979). Family attitudes reported in youth as potencial predictors of cancer. *Psychosomatic Med* , 41, 287-302.
- Tibblin, G., (1969). Detection and treatment of hipertension in a community. *Milbank Memorial Fund Quarterly*;47, 160-169.
- Turk, D. C., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self care regimens: the patient perspective. In J. J. Sweet, R. H. Rozenky & S. M. Tovian . *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-266). New York .
- Turk, D. C. & Salovey, P. (1985). Tooward an understanding of life with cancer :personal meanings, psychosocial problems and coping resources. *Hospice Journal*, 1, 73-84.
- Tyroler, H. A. (1990). Socioeconomic status, age and sex in the prevalence and prognosis of hipertension in black and whites. In H. A. Tyroler . *Hipertension, Pathophysiology, Diagnosis and Management*. NewYork Raven Press .
- Urquhart, J. (1995) . Correlates of variable patient compliance in drugs trials: revelance in the new health care environment. In *advances in drug research* , :Academic Press, 1, 238-257 .
- Walsh, A., (1991). *The Science of Love*, NY, Prometheus Books.

- Walsh, F. & Anderson, C. M. (1988). *Chronis disorders and the family*. The Haworth Press. New York. .
- Weingarten, K. (1991). The discoveries of intimacy: adding a social aid and a feminist view. *Family Process*, 30 , 285 –305.
- Weir, M. R.. (1991). Impact of age, race and obesity on hipertensive mechanisms and therapy. *American Journal of Medicine*, 3-14.
- West, R., & Evans, D. A. (1986). Life style changes in long term survivors of acute myorcardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health* , 40 (2), 103-109.
- Whelton, P. K., Appel, L. J., Espeland, M. A. , Aplegate, W. B. , & Kostis, J. B. (1998). Collaborative Research Group, Sodiun reduction and weight loss in the treatment of hipertension in older persons. A randomized controlled trial of nompharmacologic interventions in the elderly. *JAMA.* , 647-651.
- White, L. & Booth, A. Divorce over the life course. The role of marital happiness. *Journal of Families issues*, 1, 5-21.
- Who (1993) Assessing Hypertension control and management. Geneve. *Who regional publications* 1-181.
- Wonca. (1991) O papel do médico de Clínica Geral /Médico de familia nos sistemas de saúde. Declaração da Wonca. *Revista Portuguesa Clinica Geral* , 8, 242-247.
- Wynne, L. C. , & Wynne, A. R. . (1986). The quest for intimacy. *Journal of marital and family therapy* 12, 383 –394.

Anexos

Anexo I

Documento com o consentimento informado do utente

Informação ao utente

Caro utente

A hipertensão arterial é uma doença crónica que, se não for controlada, pode ter consequências importantes para a saúde.

Pretende-se com este estudo saber como o casal em que um dos elementos é hipertenso entende esta doença e qual é a funcionalidade de ambos.

Assim é pedida a sua colaboração no sentido de participar neste estudo cuja finalidade é melhorar o controle da hipertensão arterial do doente.

Agradece-se, por isso, a sua ajuda em dois passos:

1º-Respondendo a um inquérito sobre a percepção da doença

2º Respondendo a um inquérito sobre a funcionalidade do casal

O benefício directo, tanto para si como para os médicos, é real. As informações recolhidas permitirão ajudar a controlar melhor a doença hipertensiva.

Poderá desistir em qualquer altura, não sendo por isso prejudicado na relação habitual com o seu médico de família. Todos os dados são estritamente confidenciais.

Agradecendo antecipadamente a sua colaboração

O médico de família

O utente

Compreendi as explicações que me foram dadas e concordo em participar no estudo.

(Data e assinatura do utente)

Anexo II

Questionário médico

Centro de saúde _____

Nº do caso _____

Nº do processo clínico _____

Data ___/___/___

Nome do doente _____

Nome do médico _____

A - Caracterização geral

1. Data de nascimento ___/___/___

2. Situação doméstica 1-Com pais 2-Com filhos 3-Dois adultos 4-Outra

3. Situação na profissão 1-Actividade em tempo completo 2-Actividade em tempo parcial 3-Desempregado
4-Reformado 5-Estudante 6-Doméstica 7-Outra

4. Profissão 1-Profissões liberais, Quadros superiores / médios 2-Pequenos industriais / Comerciantes / Agricultores
3-Funcionários administrativos / Escriturários 4.Operários especializados
5.Operários não diferenciados / Empregadas domésticas

5. Estado civil 1-Casado 2-Casado em 2ª nupcias após viuvez
3- União de facto 4- Casado em 2ª nupcias após divórcio 5. Outro

6. Tempo de duração da actual relação conjugal (em anos) _____

7. Nível de instrução 1-Básico 2-Secundário 3-Superior

8. Composição do agregado familiar 1- Número de pessoas que coabitam _____ 2- Número de gerações que coabitam _____

9. Ciclo de vida familiar

- | | |
|---|--|
| 1- Sem filhos | 2- Com filho(s) com 5 anos ou menos |
| 3- Com filho(s) entre os 6 e os 13 anos | 4- Com filhos entre os 14 e os 20 anos |
| 5- Com filhos com mais de 20 anos | 6- Com filhos todos fora de casa |
| 7- Não aplicável | |

10. Comportamentos

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1-Hábitos tabágicos | 2-Hábitos alcoólicos |
| 3-Hábito de tomar de café | 4-Hábito de se auto-medicar |
| 5-Prática de exercício físico | 6-Hábito de alimentação sem/pouco sal |
| 7-Gozo de férias no ano anterior | 8-Ingestão de carne na ultima semana |
| 9-Ingestão de vegetais na ultima semana | |

11. Peso do utente _____ Altura _____

12.Níveis máximos de tensão sem terapeutica ___/___ mmHg

13.Tipo de hipertensão 1-Essencial 2-Secundária (especifique) _____

14.Repercussão da hipertensão 1-Ausente 2-presente Especifique _____

15. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a HTA? _____ Anos

16. Há quanto tempo faz terapeutica farmacológica para a HTA _____ Anos

17. Actualmente qual é a terapeutica farmacológica para a HTA que o doente faz?

- | | | | |
|---|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1-Diuréticos | 2-Beta-bloqueantes | 3.Inibidores da ECA | 4.Antagonistas do Cálcio |
| 5.Antagonistas dos receptores da angiotensinaII | 6.Bloqueadores alfa | 7.Antagonistas da serotonina | |
| 8.Associações(especifique) _____ | | | |
| 9.Outros(especifique) _____ | | | |

18. Alguma vez mudou a terapêutica por efeitos adversos?

- 1- Sim (quais? _____)
 2- Não

19. Qual é a última pressão arterial que tem registada?

____/____ mmHg Em que data? ____/____/____

20. Tem outras doenças crónicas associadas?

- 1-Sim (quais? _____)
 2-Não

21. Faz terapêuticas regulares para essas doenças associadas?

- 1-Sim (quais? _____)
 2-Não

22. Este hipertenso tem a TA controlada?

1. Sim (termina o questionário) 2..Não (responder às questões seguintes)

B. Controlo e adesão (para hipertensos não controlados)

Assinale com uma cruz as razões de não controlo da HTA neste caso.

- 18. Escolha inapropriada de medicamentos
- 19. Efeito "hipertensão da bata branca"
- 20. Não adesão terapêutica
- 21. Dosagem ainda insuficiente
- 22. Pseudo hipertensão
- 23. Interação farmacológica
- 24. Dieta inadequada

sim (1)	não (0)

Outras (especifique) _____

No caso de considerar que existe "não adesão terapêutica" circunde as razões deste caso. Assinale um valor para cada razão, considerando uma escala de 1 (irrelevante) a 5 (muito importante).

25. Efeitos adversos	1	2	3	4	5
26. acessibilidade	1	2	3	4	5
27. má compreensão das instruções	1	2	3	4	5
28. razões culturais	1	2	3	4	5
29. complexidade/incomodidade	1	2	3	4	5
30. aconselhamento contraditório	1	2	3	4	5
31. custos	1	2	3	4	5
32. polimedicação	1	2	3	4	5
33. problemas de memória	1	2	3	4	5
34. suporte social	1	2	3	4	5
35. má relação médico/ doente	1	2	3	4	5
36. antagonismo á medicação	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo III

Questionário IPQ - *Illness perception questionnaire*

Identificação

Nome _____

Idade _____

As suas opiniões sobre a sua hipertensão arterial

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença. Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela

	Desde o início da minha hipertensão que tenho sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha doença		
	Sim	Não	Sim	Não	
Dores	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não	_____	Sim	Não
Náusea	Sim	Não	_____	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não	_____	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	_____	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não	_____	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	_____	Sim	Não
Indisposição de estomago	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não	_____	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	_____	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como vê a sua doença actual. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP1	A minha hipertensão vai durar pouco tempo					
IP2	A minha hipertensão parece ser mais permanente que temporária					
IP3	A minha hipertensão vai durar muito tempo					
IP4*	Esta doença vai passar depressa					
IP5*	Acho que vou ter esta doença para o resto da minha vida					
IP6	A minha hipertensão é grave					
IP7	A minha hipertensão tem grandes consequências na minha vida					
IP8	É fácil viver com a minha hipertensão					
IP9	A minha hipertensão não tem grande efeito na minha vida					
IP10	A minha hipertensão afecta seriamente a forma como os outros me vêem					
IP11	A minha hipertensão tem sérias consequências económicas					
IP12	A minha hipertensão afecta seriamente a forma como me vejo enquanto pessoa					
IP13*	A minha hipertensão causa dificuldades àqueles que me são próximos					
IP14*	A minha hipertensão tem um impacto negativo em mim próprio					
IP15*	A minha hipertensão não é um problema para mim					
IP16*	A minha hipertensão não me incomoda muito					
IP17	Há muita coisa que posso fazer para controlar os meus sintomas					
IP18	O que eu faço pode determinar se a minha hipertensão melhora ou piora					
IP19	A recuperação da minha hipertensão depende bastante da sorte ou do destino					
IP20*	A evolução da minha hipertensão depende de mim					
IP21*	Nada que eu faça irá afectar a minha hipertensão					
IP22*	Eu tenho o poder de influenciar a minha hipertensão					

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP23*	As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha hipertensão					
IP24*	Os meus sintomas estão para além do meu controle					
IP25*	Os meus sintomas estarão presentes faça eu o que fizer					
IP26	A minha hipertensão vai melhorar com o tempo					
IP27	Há pouco que eu possa fazer para melhorar a minha hipertensão					
IP28*	O meu tratamento será eficaz na cura da minha hipertensão					
IP29*	Os efeitos negativos da minha hipertensão poderão ser prevenidos (evitados) pelo meu tratamento					
IP30*	O meu tratamento pode controlar a minha hipertensão					
IP31*	Não há nada que possa ajudar o meu estado					
IP32	Os sintomas da minha hipertensão confundem-me					
IP33	A minha hipertensão é um mistério para mim					
IP34*	Não compreendo a minha hipertensão					
IP35*	A minha hipertensão não faz qualquer sentido para mim					
IP36*	Percebo perfeitamente o meu estado					
IP37	Os sintomas da minha hipertensão variam muito de dia para dia					
IP38*	Os meus sintomas vêm e vão em ciclos					
IP39*	A minha hipertensão é muito imprevisível					
IP40*	O meu estado de hipertensão está sempre presente					
IP41*	Passo por fases em que a minha hipertensão melhora ou piora					
IP42*	Sinto quase sempre os meus sintomas					
IP43*	Os sintomas da minha hipertensão perturbam-me					
IP44	Fico deprimido quando penso sobre a minha hipertensão					
IP45*	Quando penso sobre a minha hipertensão fico perturbado					
IP46*	A minha hipertensão faz-me sentir zangado					
IP47*	A minha hipertensão não me preocupa					
IP48*	Ter esta hipertensão torna-me ansioso					
IP49*	Preocupo-me bastante com a minha hipertensão					
IP50*	A minha hipertensão faz-me sentir medo					

As causas da minha hipertensão

Gostaríamos de saber qual é que considera ter sido a **causa** da sua hipertensão. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causaram a sua hipertensão actual, do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a sua hipertensão actual. Por favor indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da sua hipertensão marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda Plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda Plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (como por ex. sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex. pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de Trabalho					

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem ter causado a sua hipertensão. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____

Identificação

Nome _____

Idade _____

As suas opiniões sobre a sua hipertensão arterial

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença. Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela

	Desde o início da minha hipertensão que tenho sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha doença		
	Sim	Não	Sim	Não	
Dores	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não	_____	Sim	Não
Náusea	Sim	Não	_____	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não	_____	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	_____	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não	_____	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	_____	Sim	Não
Indisposição de estomago	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não	_____	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	_____	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como vê a sua doença actual. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP1	A minha hipertensão vai durar pouco tempo					
IP2	A minha hipertensão parece ser mais permanente que temporária					
IP3	A minha hipertensão vai durar muito tempo					
IP4*	Esta doença vai passar depressa					
IP5*	Acho que vou ter esta doença para o resto da minha vida					
IP6	A minha hipertensão é grave					
IP7	A minha hipertensão tem grandes consequências na minha vida					
IP8	A minha hipertensão não tem grande efeito na minha vida					
IP9	A minha hipertensão afecta seriamente a forma como os outros me vêem					
IP10	A minha hipertensão tem sérias consequências económicas					
IP11*	A minha hipertensão causa dificuldades àqueles que me são próximos					
IP12	Há muita coisa que posso fazer para controlar os meus sintomas					
IP13	O que eu faço pode determinar se a minha hipertensão melhora ou piora					
IP14*	A evolução da minha hipertensão depende de mim					
IP15*	Nada que eu faça irá afectar a minha hipertensão					
IP16*	Eu tenho o poder de influenciar a minha hipertensão					

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP17*	As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha hipertensão					
IP18	A minha hipertensão vai melhorar com o tempo					
IP19	Há pouco que eu possa fazer para melhorar a minha hipertensão					
IP20*	O meu tratamento será eficaz na cura da minha hipertensão					
IP21*	Os efeitos negativos da minha hipertensão poderão ser prevenidos (evitados) pelo meu tratamento					
IP22*	O meu tratamento pode controlar a minha hipertensão					
IP23*	Não há nada que possa ajudar o meu estado					
IP24	Os sintomas da minha hipertensão confundem-me					
IP25	A minha hipertensão é um mistério para mim					
IP26*	Não compreendo a minha hipertensão					
IP27*	A minha hipertensão não faz qualquer sentido para mim					
IP28*	Percebo perfeitamente o meu estado					
IP29	Os sintomas da minha hipertensão variam muito de dia para dia					
IP30*	Os meus sintomas vêm e vão em ciclos					
IP31*	A minha hipertensão é muito imprevisível					
IP32*	Passo por fases em que a minha hipertensão melhora ou piora					
IP33	Fico deprimido quando penso sobre a minha hipertensão					
IP34*	Quando penso sobre a minha hipertensão fico perturbado					
IP35*	A minha hipertensão faz-me sentir zangado					
IP36*	A minha hipertensão não me preocupa					
IP37*	Ter esta hipertensão torna-me ansioso					
IP38*	A minha hipertensão faz-me sentir medo					

As causas da minha hipertensão

Gostaríamos de saber qual é que considera ter sido a **causa** da sua hipertensão. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causaram a sua hipertensão actual, do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a sua hipertensão actual. Por favor indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da sua hipertensão marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda Plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda Plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (como por ex. sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex. pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de Trabalho					

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem ter causado a sua hipertensão. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____

Identificação

Nome _____

Idade _____

As suas opiniões sobre a hipertensão arterial do seu parceiro(a)

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que o seu parceiro(a) poderá ter tido ou não desde o início da doença. Por favor indique, marcando com um círculo (sim ou não), se ele já teve alguns destes sintomas desde o início da doença e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela.

	Desde o início da hipertensão do meu parceiro(a) que ele tem sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a hipertensão do meu parceiro(a)	
	Sim	Não	Sim	Não
Dores	_____	_____	_____	_____
Dores de garganta	_____	_____	_____	_____
Náusea	_____	_____	_____	_____
Falta de ar	_____	_____	_____	_____
Perda de peso	_____	_____	_____	_____
Fadiga (cansaço)	_____	_____	_____	_____
Rigidez das articulações	_____	_____	_____	_____
Olhos inflamados	_____	_____	_____	_____
Dificuldade em respirar	_____	_____	_____	_____
Dores de cabeça	_____	_____	_____	_____
Indisposição de estomago	_____	_____	_____	_____
Dificuldade em dormir	_____	_____	_____	_____
Tonturas	_____	_____	_____	_____
Perda de forças	_____	_____	_____	_____

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como vê a doença actual do seu parceiro(a). Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
P1	A hipertensão do meu parceiro(a) vai durar pouco tempo					
P2	A hipertensão do meu parceiro(a) parece ser mais permanente que temporária					
P3	A hipertensão do meu parceiro(a) vai durar muito tempo					
P4*	Esta doença vai passar depressa					
P5*	Acho que o meu parceiro(a) vai ter esta doença para o resto da sua vida					
P6	A hipertensão do meu parceiro(a) é grave					
IP7	A hipertensão do meu parceiro(a) tem grandes conseqüências na minha vida					
IP8	É fácil viver com a hipertensão do meu parceiro(a)					
IP9	A hipertensão do meu parceiro(a) não tem grande efeito na minha vida					
IP10	A hipertensão do meu parceiro(a) afecta seriamente a forma como os outros o vêem					
IP11	A hipertensão do meu parceiro(a) tem sérias conseqüências económicas					
IP12	A hipertensão do meu parceiro(a) afecta seriamente a forma como ele se vê enquanto pessoa					
IP13*	A hipertensão do meu parceiro(a) causa dificuldades àqueles que lhe são próximos					
IP14*	A hipertensão do meu parceiro(a) tem um impacto negativo em mim próprio					
IP15*	A hipertensão do meu parceiro(a) não é um problema para mim					
IP16*	A hipertensão do meu parceiro(a) não me incomoda muito					
IP17	Há muita coisa que posso fazer para controlar os sintomas dele					
IP18	O que eu faço pode determinar se a hipertensão do meu parceiro(a) melhora ou piora					
IP19	A recuperação da hipertensão do meu parceiro(a) depende bastante da sorte ou do destino					
IP20*	A evolução da hipertensão do meu parceiro(a) depende de mim					
IP21*	Nada do que o meu parceiro faça irá afectar a sua hipertensão					
IP22*	O meu parceiro tem o poder de influenciar a sua hipertensão					

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP23*	As ações do meu parceiro(a) não terão qualquer efeito no resultado da sua hipertensão					
IP24*	Os sintomas dele estão para além do seu controle					
IP25*	Os sintomas dele estarão presentes faça o que fizer					
IP26	A hipertensão do meu parceiro(a) vai melhorar com o tempo					
IP27	Há pouco que o meu parceiro(a) possa fazer para melhorar a sua hipertensão					
IP28*	O tratamento será eficaz na cura da hipertensão do meu parceiro(a)					
IP29*	Os efeitos negativos da hipertensão do meu parceiro(a) poderão ser prevenidos (evitados) pelo tratamento					
IP30*	O tratamento pode controlar a hipertensão do meu parceiro(a)					
IP31*	Não há nada que possa ajudar o seu estado					
IP32	Os sintomas da hipertensão do meu parceiro(a) confundem-me					
IP33	A hipertensão do meu parceiro(a) é um mistério para mim					
IP34*	Não compreendo a hipertensão do meu parceiro(a)					
IP35*	A hipertensão do meu parceiro(a) não faz qualquer sentido para mim					
IP36*	Percebo perfeitamente o estado do meu parceiro(a)					
IP37	Os sintomas da hipertensão do meu parceiro(a) variam muito de dia para dia					
IP38*	Os sintomas dele vêm e vão em ciclos					
!P39*	A hipertensão do meu parceiro(a) é muito imprevisível					
IP40*	O estado de hipertensão dele está sempre presente					
IP41*	O meu parceiro(a) passa por fases em que a hipertensão melhora ou piora					
IP42*	Ele sente quase sempre os seus sintomas					
IP43*	Os sintomas da hipertensão do meu parceiro(a) perturbam-me					
IP44	Fico deprimido quando penso sobre a hipertensão do meu parceiro(a)					
IP45*	Quando penso sobre a hipertensão do meu parceiro(a) fico perturbado					
!P46*	A hipertensão do meu parceiro(a) faz-me sentir zangado					
IP47*	A hipertensão do meu parceiro(a) não me preocupa					
IP48*	A hipertensão do meu parceiro(a) torna-o ansioso					
IP49*	Preocupo-me bastante com a hipertensão do meu parceiro(a)					
IP50*	A hipertensão do meu parceiro(a) faz-me sentir medo					

As causas da hipertensão do meu parceiro(a)

Gostaríamos de saber qual é que considera ter sido a **causa** da hipertensão do seu parceiro(a). Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causaram a actual hipertensão dele do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a actual hipertensão do seu parceiro(a). Por favor indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da hipertensão do seu parceiro(a) marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda Plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda Plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O seu estado emocional (como por ex. sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O seu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A sua personalidade (a maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A sua atitude mental como por ex. pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de Trabalho					

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem ter causado a hipertensão do seu parceiro. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo IV

Questionário FACES II

Identificação

Nome _____

Idade _____

Instruções : Leia com atenção as seguintes questões. Decida para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre no casal. Numa escala que vai de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), assinale com uma cruz ou um círculo qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Ajudamo-nos um ao outro nos momentos difíceis	1	2	3	4	5
2. Na nossa relação é-nos fácil dizer as nossas opiniões	1	2	3	4	5
3. É mais fácil falar de problemas com outras pessoas do que com o meu parceiro(a)	1	2	3	4	5
4. Cada um de nós dá o seu apoio para as decisões familiares mais importantes	1	2	3	4	5
5. Em casa estamos muitos momentos juntos	1	2	3	4	5
6. Aceitamos as diferenças um do outro	1	2	3	4	5
7. Fazemos coisas em conjunto	1	2	3	4	5
8. Resolvemos os problemas e ficamos satisfeitos quanto às soluções encontradas	1	2	3	4	5
9. Na nossa relação, cada um de nós segue o seu caminho	1	2	3	4	5
10. Dividimos as tarefas domésticas entre nós	1	2	3	4	5
11. Conhecemos os melhores amigos um do outro	1	2	3	4	5
12. É difícil saber quais são as regras da nossa relação	1	2	3	4	5
13. Ouvimo-nos um ao outro nas decisões pessoais	1	2	3	4	5
14. Dizemos livremente aquilo que desejamos	1	2	3	4	5
15. Temos dificuldade em pensar em coisas que podemos fazer em conjunto	1	2	3	4	5
16. Na nossa relação umas vezes decido eu outras vezes decide o meu parceiro(a)	1	2	3	4	5
17. Sentimo-nos muito próximos um do outro	1	2	3	4	5
18. Na nossa relação somos honestos um com o outro	1	2	3	4	5
19. Sinto-me mais próximo doutras pessoas do que do meu parceiro(a)	1	2	3	4	5

Questionário FACES II

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
20. Experimentamos novas maneiras de resolver os problemas	1	2	3	4	5
21. Eu concordo com o que o meu parceiro(a) decide fazer	1	2	3	4	5
22. Na nossa relação temos os dois, responsabilidades	1	2	3	4	5
23. Gostamos de passar o nosso tempo livre juntos	1	2	3	4	5
24. É difícil mudar qualquer regra na nossa relação	1	2	3	4	5
25. Em casa , evitamo-nos um ao outro	1	2	3	4	5
26. Quando surgem problemas, nós procuramos chegar a um entendimento	1	2	3	4	5
27. Aceitamos os amigos um do outro	1	2	3	4	5
28. Temos receio de dizer o que pensamos	1	2	3	4	5
29. Temos tendencia a fazer mais coisas em separado do que juntos	1	2	3	4	5
30. Partilhamos interesses e passatempos um com o outro	1	2	3	4	5

FACES II: Couples Version

David H. Olson, Joyce Portner & Richard Bell

1 Almost Never	2 Once in Awhile	3 Sometimes	4 Frequently	5 Almost Always
-------------------	---------------------	----------------	-----------------	--------------------

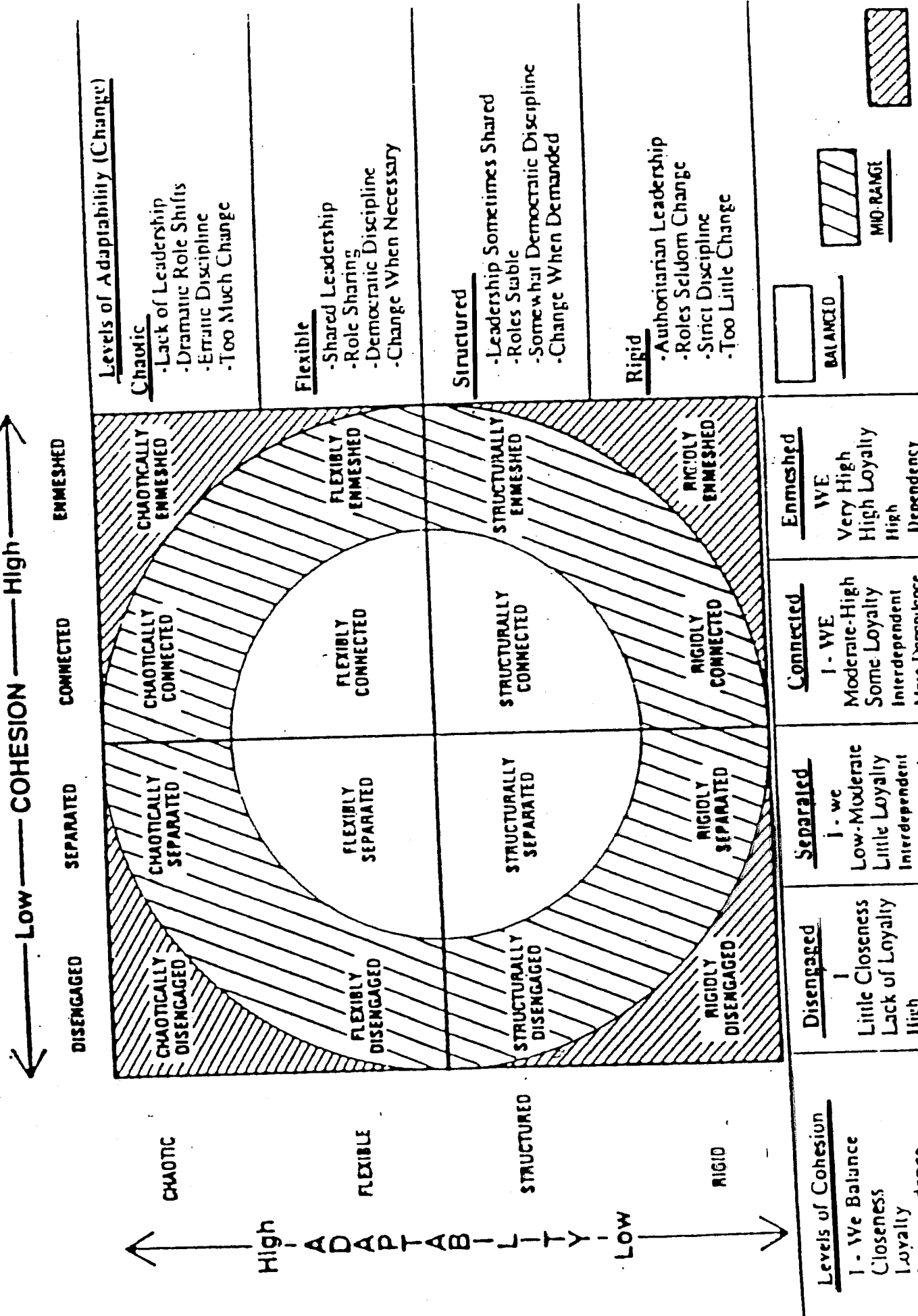
Describe Your Marriage:

- 1. We are supportive of each other during difficult times.
- 2. In our relationship, it is easy for both of us to express our opinion.
- 3. It is easier to discuss problems with people outside the marriage than with my partner.
- 4. We each have input regarding major family decisions.
- 5. We spend time together when we are home.
- 6. We are flexible in how we handle differences.
- 7. We do things together.
- 8. We discuss problems and feel good about the solutions.
- 9. In our marriage, we each go our own way.
- 10. We shift household responsibilities between us.
- 11. We know each other's close friends.
- 12. It is hard to know what the rules are in our relationship.
- 13. We consult each other on personal decisions.
- 14. We freely say what we want.
- 15. We have difficulty thinking of things to do together.
- 16. We have a good balance of leadership in our marriage.
- 17. We feel very close to each other.
- 18. We operate on the principle of fairness in our marriage.
- 19. I feel closer to people outside the marriage than to my partner.
- 20. We try new ways of dealing with problems.
- 21. I go along with what my partner decides to do.
- 22. In our marriage, we share responsibilities.
- 23. We like to spend our free time with each other.
- 24. It is difficult to get a rule changed in our relationship.
- 25. We avoid each other at home.
- 26. When problems arise, we compromise.
- 27. We approve of each other's friends.
- 28. We are afraid to say what is on our minds.
- 29. We tend to do more things separately.
- 30. We share interests and hobbies with each other.

Anexo V

Modelo Circumplexo

Figure 1: CIRCUMPLEX MODEL - COHESION - High - Low



Anexo VI

Análise da fiabilidade - IPQ e FACES

Análise de fiabilidade

IPQ - Hipertensos

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP1	3,7130	1,0770	108,0
2.	IP2	3,6852	1,0199	108,0
3.	IP3	3,7500	1,0151	108,0
4.	IP4	3,9630	,8852	108,0
5.	IP5	3,7222	1,1425	108,0
6.	IP18	3,0463	1,1470	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	21,8796	15,5835	3,9476	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,6466	3,0463	3,9630	,9167	1,3009	,0966

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,1058	,7837	1,3156	,5319	1,6788	,0401

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,6891 Standardized item alpha = ,7052

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP6	3,2500	1,1449	108,0
2.	IP7	3,0648	1,2699	108,0
3.	IP8	3,0093	1,0980	108,0
4.	IP9	2,3611	1,1229	108,0
5.	IP10	2,8333	1,2036	108,0
6.	IP11	2,5648	1,2249	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	17,0833	23,8154	4,8801	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,8472	2,3611	3,2500	,8889	1,3765	,1104

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,3898	1,2055	1,6126	,4071	1,3377	,0244

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,7798 Standardized item alpha = ,7784

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP12	3,8611	,8588	108,0
2.	IP13	3,8704	,8657	108,0
3.	IP14	3,6574	1,0866	108,0
4.	IP15	3,7315	1,0286	108,0
5.	IP16	3,4259	1,0608	108,0
6.	IP17	3,5093	1,1149	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	22,0556	12,7819	3,5752	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,6759	3,4259	3,8704	,4444	1,1297	,0332

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,0156	,7375	1,2429	,5054	1,6852	,0482

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,6279 Standardized item alpha = ,6345

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP20	3,7037	,9399	108,0
2.	IP21	4,0833	,5821	108,0
3.	IP22	4,1481	,6237	108,0
4.	IP23	3,8611	1,0453	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	15,7963	4,3319	2,0813	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,9491	3,7037	4,1481	,4444	1,1200	,0419

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,6760	,3388	1,0927	,7539	3,2253	,1376

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,5011 Standardized item alpha = ,5538

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP24	2,7593	1,2218	108,0
2.	IP25	2,8333	1,1801	108,0
3.	IP26	3,0463	1,2027	108,0
4.	IP27	2,7963	1,1978	108,0
5.	IP28	2,4907	1,1064	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables			
	13,9259	16,8169	4,1008	5			
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	
	2,7852	2,4907	3,0463	,5556	1,2230	,0395	
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	
	1,3982	1,2242	1,4929	,2687	1,2195	,0107	

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = ,7304 Standardized item alpha = ,7314

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP29	3,2963	1,1044	108,0
2.	IP30	3,3889	1,0216	108,0
3.	IP31	3,5463	1,0885	108,0
4.	IP32	3,7778	,8465	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables			
	14,0093	8,5326	2,9211	4			
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	
	3,5023	3,2963	3,7778	,4815	1,1461	,0444	
Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance	
	1,0412	,7165	1,2198	,5033	1,7024	,0526	

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6825 Standardized item alpha = ,6775

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP33	2,9630	1,2450	108,0
2.	IP34	2,9074	1,1961	108,0
3.	IP35	2,6204	1,1897	108,0
4.	IP36	3,4537	1,2258	108,0
5.	IP37	3,2130	1,2001	108,0
6.	IP38	3,0741	1,2876	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	18,2315	30,3104	5,5055	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,0386	2,6204	3,4537	,8333	1,3180	,0804

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,4994	1,4153	1,6580	,2427	1,1715	,0086

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,8438 Standardized item alpha = ,8439

Análise de fiabilidade

IPQ - Parceiros

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP1	3,5556	1,2100	108,0
2.	IP2	3,6667	1,0678	108,0
3.	IP3	3,6759	,9747	108,0
4.	IP4	3,9259	,8722	108,0
5.	IP5	3,7963	1,1171	108,0
6.	IP18	2,9444	1,0663	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	21,5648	13,8743	3,7248	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,5941	2,9444	3,9259	,9815	1,3333	,1173

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,1167	,7608	1,4642	,7034	1,9245	,0587

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,6205 Standardized item alpha = ,6422

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP6	3,3148	1,1969	108,0
2.	IP7	2,9815	1,1189	108,0
3.	IP8	3,0926	1,2039	108,0
4.	IP9	2,1852	1,0060	108,0
5.	IP10	2,8333	1,2642	108,0
6.	IP11	2,6667	1,1601	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	17,0741	19,4898	4,4147	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,8457	2,1852	3,3148	1,1296	1,5169	,1536

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,3483	1,0121	1,5981	,5860	1,5790	,0404

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,7019 Standardized item alpha = ,7097

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP12	3,5556	1,1135	108,0
2.	IP13	3,5185	1,0184	108,0
3.	IP15	3,6481	1,0618	108,0
4.	IP17	3,4537	1,1470	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	14,1759	8,3519	2,8900	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,5440	3,4537	3,6481	,1944	1,0563	,0066

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,1800	1,0370	1,3156	,2786	1,2686	,0151

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,5798 Standardized item alpha = ,5820

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP20	3,7593	1,0035	108,0
2.	IP21	3,9722	,8696	108,0
3.	IP22	4,2037	,5761	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	11,9352	3,4630	1,8609	3

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,9784	3,7593	4,2037	,4444	1,1182	,0494

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,6984	,3319	1,0069	,6750	3,0334	,1164

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = ,5925 Standardized item alpha = ,6224

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP29	3,2222	1,0078	108,0
2.	IP30	3,3333	,9764	108,0
3.	IP31	3,2685	1,1406	108,0
4.	IP32	3,7130	,8094	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	13,5370	8,1014	2,8463	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,3843	3,2222	3,7130	,4907	1,1523	,0501

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	,9813	,6552	1,3011	,6459	1,9859	,0702

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6873 Standardized item alpha = ,6945

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP24	2,7593	1,1096	108,0
2.	IP25	2,5556	1,0707	108,0
3.	IP26	2,8611	1,1061	108,0
4.	IP27	2,3704	1,0816	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	10,5463	8,7362	2,9557	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,6366	2,3704	2,8611	,4907	1,2070	,0476

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,1928	1,1464	1,2312	,0848	1,0740	,0017

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = ,6052 Standardized item alpha = ,6052

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	IP33	3,2593	1,1469	108,0
2.	IP34	3,2500	1,1449	108,0
3.	IP35	2,3426	1,0427	108,0
4.	IP36	3,9722	1,0363	108,0
5.	IP37	3,2870	1,0417	108,0
6.	IP38	3,3148	1,1572	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	19,4259	18,5459	4,3065	6

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,2377	2,3426	3,9722	1,6296	1,6957	,2699

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,2019	1,0740	1,3392	,2652	1,2470	,0174

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = ,7334 Standardized item alpha = ,7257

Análise de Fiabilidade

FACES - Hipertensos

Adaptabilidade

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	A1	3,9815	1,0850	108,0
2.	A2	4,1204	1,1251	108,0
3.	A3	3,7778	1,1219	108,0
4.	A4	4,0463	,9800	108,0
5.	A5	3,0278	1,4563	108,0
6.	A6	2,4907	1,4371	108,0
7.	A7	4,1019	1,0134	108,0
8.	A8	2,9722	1,2712	108,0
9.	A9	4,4352	,8676	108,0
10.	A10	2,8704	1,2832	108,0
11.	A11	4,1667	1,0634	108,0
12.	A12	3,2500	1,4216	108,0
13.	A13	4,2037	1,0024	108,0
14.	A14	3,8796	1,2207	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	51,3241	68,4267	8,2720	14

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,6660	2,4907	4,4352	1,9444	1,7807	,3774

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,3955	,7528	2,1207	1,3679	2,8172	,1947

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = ,7694

Standardized item alpha = ,8007

Coesão

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	C1	4,2685	1,0466	108,0
2.	C2	3,5185	1,5436	108,0
3.	C3	4,0556	1,0487	108,0
4.	C4	3,8611	1,0805	108,0
5.	C5	3,8519	1,3795	108,0
6.	C6	3,8889	1,3066	108,0
7.	C7	3,8333	1,2190	108,0
8.	C8	3,6204	1,3093	108,0
9.	C9	4,2315	1,0286	108,0
10.	C10	4,1667	1,3706	108,0
11.	C11	3,7500	,9484	108,0
12.	C12	4,2870	,9176	108,0
13.	C13	3,5926	1,3328	108,0
14.	C14	4,1481	1,0214	108,0
15.	C15	3,8796	1,2509	108,0
16.	C16	3,7870	1,2459	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	62,7407	129,8387	11,3947	16

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,9213	3,5185	4,2870	,7685	1,2184	,0605

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,4482	,8421	2,3828	1,5408	2,8297	,1898

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = ,8763

Standardized item alpha = ,8828

Análise de Fiabilidade

FACES - Parceiros

Coesão

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	C1	4,2222	1,0619	108,0
2.	C2	3,6019	1,4400	108,0
3.	C3	4,1204	1,0476	108,0
4.	C4	3,7222	1,1260	108,0
5.	C5	3,9259	1,2876	108,0
6.	C6	3,9907	1,1232	108,0
7.	C7	4,0926	1,0460	108,0
8.	C8	3,5833	1,3748	108,0
9.	C9	4,2593	1,0265	108,0
10.	C10	4,3056	1,2639	108,0
11.	C11	3,7315	1,0643	108,0
12.	C12	4,2963	,9498	108,0
13.	C13	3,4352	1,4028	108,0
14.	C14	4,1759	1,0123	108,0
15.	C15	3,7037	1,4027	108,0
16.	C16	3,7315	1,2351	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	62,8981	115,3821	10,7416	16

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,9311	3,4352	4,3056	,8704	1,2534	,0828

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1,4151	,9020	2,0736	1,1716	2,2988	,1555

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = ,8573

Standardized item alpha = ,8673

Adaptabilidade

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	A1	4,0278	1,0453	108,0
2.	A2	4,2222	1,0531	108,0
3.	A3	3,8796	1,1251	108,0
4.	A4	4,1204	,9640	108,0
5.	A5	2,9907	1,4436	108,0
6.	A6	2,4907	1,4501	108,0
7.	A7	4,1759	,9843	108,0
8.	A8	3,1481	1,1746	108,0
9.	A9	4,4815	,8699	108,0
10.	A10	3,1852	4,2341	108,0
11.	A11	4,2130	1,0682	108,0
12.	A12	3,2963	1,4614	108,0
13.	A13	4,2963	1,0071	108,0
14.	A14	4,0648	1,1783	108,0

N of Cases = 108,0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	52,5926	78,4680	8,8582	14

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3,7566	2,4907	4,4815	1,9907	1,7993	,3716

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2,5211	,7567	17,9280	17,1713	23,6935	19,8704

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = ,5925 Standardized item alpha = ,7484

Anexo VII

Variáveis do questionário médico - Tabelas de contingência e testes estatísticos

Sexo * Controle hipert.

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Sexo	Feminino	% within Sexo	61,8%	38,2%	100,0%
		% within Controle hipert#	44,7%	65,6%	50,9%
	Masculino	% within Sexo	79,2%	20,8%	100,0%
		% within Controle hipert#	55,3%	34,4%	49,1%
Total		% within Sexo	70,4%	29,6%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,931	1	,047		
Continuity Correction	3,140	1	,076		
Likelihood Ratio	3,985	1	,046		
Fisher's Exact Test				,059	,038
N of Valid Cases	108				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,70.

Classe-Idade * Controle hipert#

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Classe-Idade	40,00	% within Classe-Idade	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	2,7%	6,3%	3,8%
	45,00	% within Classe-Idade	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	1,4%		,9%
	50,00	% within Classe-Idade	42,9%	57,1%	100,0%
		% within Controle hipert#	4,1%	12,5%	6,6%
	55,00	% within Classe-Idade	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	16,2%	9,4%	14,2%
	60,00	% within Classe-Idade	57,9%	42,1%	100,0%
		% within Controle hipert#	14,9%	25,0%	17,9%
	65,00	% within Classe-Idade	77,3%	22,7%	100,0%
		% within Controle hipert#	23,0%	15,6%	20,8%
	70,00	% within Classe-Idade	76,2%	23,8%	100,0%
		% within Controle hipert#	21,6%	15,6%	19,8%
	75,00	% within Classe-Idade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	10,8%	12,5%	11,3%
	80,00	% within Classe-Idade	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	5,4%	3,1%	4,7%
Total		% within Classe-Idade	69,8%	30,2%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,899	8	,548
Likelihood Ratio	6,943	8	,543
Linear-by-Linear Association	1,234	1	,267
N of Valid Cases	106		

a 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Ciclo de vida * Controle hipert#

Crosstab

				Controle hipert#	Total
				Sim	Não
Ciclo de vida	1,00	% within Ciclo de vida	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	8,1%	6,5%	7,6%
	2,00	% within Ciclo de vida	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	1,4%		1,0%
	3,00	% within Ciclo de vida	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	1,4%		1,0%
	4,00	% within Ciclo de vida	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	5,4%	3,2%	4,8%
	5,00	% within Ciclo de vida	79,2%	20,8%	100,0%
		% within Controle hipert#	25,7%	16,1%	22,9%
	6,00	% within Ciclo de vida	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	56,8%	67,7%	60,0%
	7,00	% within Ciclo de vida	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Controle hipert#	1,4%	6,5%	2,9%
Total		% within Ciclo de vida	70,5%	29,5%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,434	6	,618
Likelihood Ratio	4,838	6	,565
Linear-by-Linear Association	1,433	1	,231
N of Valid Cases	105		

a 9 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Situação doméstica * Controle hipert.

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Situação doméstica	2,00	% within Situação doméstica	74,2%	25,8%	100,0%
		% within Controle hipert#	30,7%	25,0%	29,0%
	3,00	% within Situação doméstica	67,6%	32,4%	100,0%
		% within Controle hipert#	64,0%	71,9%	66,4%
	4,00	% within Situação doméstica	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	5,3%	3,1%	4,7%
Total		% within Situação doméstica	70,1%	29,9%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,692	2	,707
Likelihood Ratio	,715	2	,699
Linear-by-Linear Association	,096	1	,757
N of Valid Cases	107		

a 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Estado Civil * Controle hipert.

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Estado Civil	1,00	% within Estado Civil	70,8%	29,2%	100,0%
		% within Controle hipert#	90,7%	87,5%	89,7%
	2,00	% within Estado Civil	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	1,3%	3,1%	1,9%
	3,00	% within Estado Civil		100,0%	100,0%
		% within Controle hipert#		9,4%	2,8%
	4,00	% within Estado Civil	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	5,3%		3,7%
	5,00	% within Estado Civil	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	2,7%		1,9%
Total		% within Estado Civil	70,1%	29,9%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,002	4	,040
Likelihood Ratio	11,884	4	,018
Linear-by-Linear Association	,119	1	,730
N of Valid Cases	107		

a 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

Nível de instrução * Controle hipert.

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Nível de instrução	1,00	% within Nível de instrução	64,1%	35,9%	100,0%
		% within Controle hipert#	55,4%	71,9%	60,4%
	2,00	% within Nível de instrução	77,8%	22,2%	100,0%
		% within Controle hipert#	28,4%	18,8%	25,5%
	3,00	% within Nível de instrução	85,7%	14,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	16,2%	6,3%	13,2%
	4,00	% within Nível de instrução		100,0%	100,0%
		% within Controle hipert#		3,1%	,9%
Total		% within Nível de instrução	69,8%	30,2%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,809	3	,121
Likelihood Ratio	6,162	3	,104
Linear-by-Linear Association	1,586	1	,208
N of Valid Cases	106		

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Situação na profissão * Controle hipert#

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Situação na profissão	1,00	% within Situação na profissão	85,7%	14,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	31,6%	12,5%	25,9%
	2,00	% within Situação na profissão	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Controle hipert#	3,9%	6,3%	4,6%
	3,00	% within Situação na profissão	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	2,6%	3,1%	2,8%
	4,00	% within Situação na profissão	69,6%	30,4%	100,0%
		% within Controle hipert#	51,3%	53,1%	51,9%
	6,00	% within Situação na profissão	46,7%	53,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	9,2%	25,0%	13,9%
	7,00	% within Situação na profissão	100,0%		100,0%
		% within Controle hipert#	1,3%		,9%
Total		% within Situação na profissão	70,4%	29,6%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,917	5	,161
Likelihood Ratio	8,266	5	,142
Linear-by-Linear Association	5,009	1	,025
N of Valid Cases	108		

a 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Profissão * Controle hipert.

Crosstab

			Controle hipert#		Total
			Sim	Não	
Profissão	1,00	% within Profissão	78,3%	21,7%	100,0%
		% within Controle hipert#	25,0%	17,2%	22,8%
	2,00	% within Profissão	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Controle hipert#	11,1%	13,8%	11,9%
	3,00	% within Profissão	87,5%	12,5%	100,0%
		% within Controle hipert#	19,4%	6,9%	15,8%
	4,00	% within Profissão	61,1%	38,9%	100,0%
		% within Controle hipert#	15,3%	24,1%	17,8%
	5,00	% within Profissão	65,6%	34,4%	100,0%
		% within Controle hipert#	29,2%	37,9%	31,7%
Total		% within Profissão	71,3%	28,7%	100,0%
		% within Controle hipert#	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,138	4	,388
Likelihood Ratio	4,453	4	,348
Linear-by-Linear Association	1,302	1	,254
N of Valid Cases	101		

a 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,45.

T-Test

Anos com Hipertensão
Anos de tratamento da hipertensão
Nº de medicamentos tomados
(para hipertensos controlados e não controlados)

Group Statistics

	HP_CTRL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ANOS_HIP	1,00	73	9,3288	6,6292	,7759
	2,00	31	9,6532	11,1480	2,0022
ANOS_TRT	1,00	70	8,3155	6,6678	,7970
	2,00	29	8,4569	9,0771	1,6856
N_MEDIC	1,00	75	1,4267	,7741	8,939E-02
	2,00	31	1,4516	,9252	,1662

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean		
								Lower	Upper	
ANOS_HIP Equal variances assumed	7,475	,007	-,184	102	,854	-,3245	1,7622	-3,8198	3,1709	
Equal variances not assumed			-,151	39,317	,881	-,3245	2,1473	-4,6667	4,0178	
ANOS_TRT Equal variances assumed	2,405	,124	-,086	97	,932	-,1414	1,6438	-3,4040	3,1212	
Equal variances not assumed			-,076	41,085	,940	-,1414	1,8645	-3,9066	3,6237	
N_MEDIC Equal variances assumed	1,395	,240	-,142	104	,887	-2,49E-02	,1752	-,3724	,3225	
Equal variances not assumed			-,132	48,239	,895	-2,49E-02	,1887	-,4043	,3544	

Anexo VIII

Sub-escalas do IPQ - Testes estatísticos (hipertensos controlados e não controlados)

Group Statistics

	HT_CTRL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SUB12A17	1,00	76	22,5526	3,6089	,4140
	2,00	32	20,8750	3,2503	,5746
SUB24A28	1,00	76	14,0921	4,3518	,4992
	2,00	32	13,5313	3,4640	,6123
SUB29A32	1,00	76	13,9211	3,3016	,3787
	2,00	32	14,2188	1,7364	,3070
SUB33A38	1,00	76	18,2632	5,8864	,6752
	2,00	32	18,1563	4,5586	,8059
Subescala 1 a 5 +18	1,00	76	22,4605	3,8312	,4395
	2,00	32	20,5000	3,9350	,6956
SUB6A11	1,00	76	16,9342	5,2392	,6010
	2,00	32	17,4375	3,9508	,6984
Subescala de 19 a 23 (-19)	1,00	76	16,0921	2,0603	,2363
	2,00	32	15,0938	1,9896	,3517

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
									Lower	Upper
SUB12A17	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,607	,438	2,270	106	,025	1,6776	,7392	,2121	3,1432
SUB24A28	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,467	,119	,647	106	,519	,5609	,8665	-1,1571	2,2788
SUB29A32	Equal variances assumed Equal variances not assumed	19,155	,000	-,482	106	,631	-,2977	,6178	-1,5225	,9271
SUB33A38	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,338	,129	,092	106	,927	,1069	,11656	-2,2040	2,4178
Subscala 1 a 5 +18	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,005	,946	2,409	106	,018	1,9605	,8138	,3471	3,5740
				2,383	56,937	,021	1,9605	,8228	,3128	3,6082

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
									Lower	Upper
SUB6A11	Equal variances assumed 2,475	,119	-,488	106	,627	-,5033	1,0321	-2,5495	1,5429	
	Equal variances not assumed		-,546	76,555	,586	-,5033	,9214	-2,3382	1,3316	
Subescala de 19 a 23 (-19)	Equal variances assumed ,734	,394	2,322	106	,022	,9984	,4299	,1461	1,8506	
	Equal variances not assumed		2,356	60,236	,022	,9984	,4237	,1508	1,8459	

Group Statistics

	HT_CTRL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SUB5E18	1,00	76	22,2368	3,8258	,4388
	2,00	32	19,9688	2,9565	,5226
SUB6A11	1,00	76	17,4211	4,4490	,5103
	2,00	32	16,2500	4,2880	,7580
subescala 12 a 17 excl. 14 e 16	1,00	76	14,5263	2,7975	,3209
	2,00	32	13,3438	2,9796	,5267
Subescala com 20 a 22	1,00	76	12,0395	1,9694	,2259
	2,00	32	11,6875	1,5748	,2784
subescala 24 a 28 excl. 28	1,00	76	10,8684	3,0434	,3491
	2,00	32	9,7813	2,6241	,4639
SUB29A32	1,00	76	13,9079	2,5829	,2963
	2,00	32	12,6563	3,2687	,5778
SUB33A38	1,00	76	20,0000	4,4332	,5085
	2,00	32	18,0625	3,7065	,6552

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean		
								Lower	Upper	
SUB5E18	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,175 ,281	2,995 3,323	106 74,762	,003 ,001	2,2681 2,2681	,7572 ,6825	,7668 ,9085	3,7694 3,6277	
SUB6A11	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,352 ,554	1,262 1,282	106 60,347	,210 ,205	1,1711 1,1711	,9278 ,9138	-,6683 -,6566	3,0104 2,9987	
subescala 12 a 17 excl. 14 e 16	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,219 ,641	1,968 1,917	106 55,142	,052 ,060	1,1826 1,1826	,6010 ,6168	-,90E-03 -,5,3E-02	2,3741 2,4185	
Subescala com 20 a 22	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,360 ,246	,897 ,982	106 72,310	,372 ,329	,3520 ,3520	,3925 ,3585	-,4262 -,3626	1,1302 1,0666	
subescala 24 a 28 excl. 28	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,412 ,237	1,763 1,873	106 67,154	,081 ,065	1,0872 1,0872	,6168 ,5806	-,1357 -,7,2E-02	2,3101 2,2460	
SUB29A32	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,666 ,106	2,121 1,927	106 48,070	,036 ,060	1,2516 1,2516	,5902 ,6494	8,144E-02 -,5,4E-02	2,4219 2,5572	
SUB33A38	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,832 ,179	2,172 2,336	106 69,214	,032 ,022	1,9375 1,9375	,8922 ,8294	,1687 ,2830	3,7063 3,5920	

Anexo IX

Dimensões do FACES - Testes estatísticos (hipertensos controlados e não controlados)

T-Test

FACES - Hipertensos

Group Statistics

	HP_CTRL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
COESAO	1,00	76	63,5000	11,4467	1,3130
	2,00	32	60,9375	11,2420	1,9873

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
						Lower	Upper	Lower	Upper
COESAO									
Equal variances assumed	,065	,799	1,068	106	,288	2,5625	2,3996	-2,1950	7,3200
Equal variances not assumed			1,076	59,301	,286	2,5625	2,3819	-2,2032	7,3282

Group Statistics

	HP_CTRL	ADAPTAB	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	1,00	2,00	76	51,9342	7,7397	,8878
			32	49,8750	9,3903	1,6600

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
									Lower	Upper
ADAPTAB	Equal variances assumed	1,833	,179	1,184	106	,239	2,0592	1,7399	-1,3904	5,5088
	Equal variances not assumed			1,094	49,593	,279	2,0592	1,8825	-1,7226	5,8411

T-Test

FACES - Parceiros

Group Statistics

	HP_CTRL					
	1,00	2,00	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
COESAO	76	32	63,9737	9,9626	1,1428	
			60,3438	12,1883	2,1546	

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean		
								Lower	Upper	
COESAO	Equal variances assumed	,794	,375	1,616	106	,109	3,6299	2,2468	-,8245	8,0843
	Equal variances not assumed			1,488	49,283	,143	3,6299	2,4389	-1,2705	8,5304

T-Test

Group Statistics

	HP_CTRL	ADAPTAB	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1,00	76	53,0658	9,2885	1,0655		
2,00	32	51,4688	7,7625	1,3722		

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
								Lower	Upper
ADAPTAB Equal variances assumed	,004	,949	,854	106	,395	1,5970	1,8691	-2,1086	5,3026
ADAPTAB Equal variances not assumed			,919	69,242	,361	1,5970	1,7373	-1,8686	5,0627

T-Test

FACES

Adaptabilidade, Coesão Média e Discrepância na percepção de funcionalidade no casal
(Casais com Hipertensos controlados e não controlados)

Group Statistics

	HT_CTRL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ADAPTA_M	1,00	76	52,5000	7,1087	,8154
	2,00	32	50,6719	7,1263	1,2598
COESAO_M	1,00	76	63,7368	9,3465	1,0721
	2,00	32	60,6406	9,5742	1,6925
DISCREP	1,00	76	10,2355	9,8250	1,1270
	2,00	32	12,9094	10,3878	1,8363

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t	df	Sig. (2-tailed)	t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Mean	
	F	Sig.				Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
	ADAPTA_M									
	Equal variances assumed	,829	,365	1,219	106	,225	1,8281	1,4991	-1,1440	4,8003
	Equal variances not assumed			1,218	58,196	,228	1,8281	1,5006	-1,1755	4,8318
COESAO_M										
	Equal variances assumed	,083	,774	1,561	106	,122	3,0962	1,9838	-,8368	7,0292
	Equal variances not assumed			1,545	57,071	,128	3,0962	2,0035	-,9156	7,1080
DISCREP										
	Equal variances assumed	,711	,401	-1,270	106	,207	-2,6738	2,1058	-6,8488	1,5011
	Equal variances not assumed			-1,241	55,497	,220	-2,6738	2,1546	-6,9909	1,6432

Anexo X

FACES e IPQ - Análise comparativa das respostas de hipertensos e parceiros/as

T-Test

Questionário IPQ - Análise comparativa entre hipertensos e parceiros/as

Hipertensos Controlados e não controlados

Paired Samples Statistics

HT_CTRL		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1,00	Pair 1	Subescala 1 a 5 +18	76	3,8312	,4395
		SUB5E18	76	3,8258	,4388
	Pair 2	HUB6A11	76	5,2392	,6010
		SUB6A11	76	4,4490	,5103
	Pair 3	Média p/ item subesc 12 a 17 hipert	76	,6015	6,899E-02
		Média p/ item subesc 12 a 17 parce	76	,6994	8,022E-02
	Pair 4	Média por item - subesc 19 a 23 hipert	76	,5151	5,908E-02
		Média p/ item subesc 19 a 23 parce	76	,6565	7,530E-02
	Pair 5	HMD24A28	76	,8704	9,984E-02
		Média p/ item subesc 24 a 28 parce	76	,7609	8,728E-02
	Pair 6	HUB29A32	76	3,3016	,3787
		SUB29A32	76	2,5829	,2963
	Pair 7	HUB33A38	76	5,8864	,6752
		SUB33A38	76	4,4332	,5085
2,00	Pair 1	Subescala 1 a 5 +18	32	3,9350	,6956
		SUB5E18	32	2,9565	,5226
	Pair 2	HUB6A11	32	3,9508	,6984
		SUB6A11	32	4,2880	,7580
	Pair 3	Média p/ item subesc 12 a 17 hipert	32	,5417	9,576E-02
		Média p/ item subesc 12 a 17 parce	32	,7449	,1317
	Pair 4	Média por item - subesc 19 a 23 hipert	32	,4974	8,793E-02
		Média p/ item subesc 19 a 23 parce	32	,5249	9,279E-02
	Pair 5	HMD24A28	32	,6928	,1225
		Média p/ item subesc 24 a 28 parce	32	,6560	,1160
	Pair 6	HUB29A32	32	1,7364	,3070
		SUB29A32	32	3,2687	,5778
	Pair 7	HUB33A38	32	4,5586	,8059
		SUB33A38	32	3,7065	,6552

Paired Samples Correlations

HT_CTRL		N	Correlation	Sig.
1,00	Pair 1	76	,262	,022
	Pair 2	76	,205	,076
	Pair 3	76	,079	,497
	Pair 4	76	,400	,000
	Pair 5	76	,060	,605
	Pair 6	76	,226	,050
	Pair 7	76	,331	,003
2,00	Pair 1	32	,600	,000
	Pair 2	32	,277	,125
	Pair 3	32	,048	,795
	Pair 4	32	,143	,433
	Pair 5	32	,074	,689
	Pair 6	32	,349	,050
	Pair 7	32	,093	,613

Paired Samples Test

HT_CTRL		Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
1,00	Pair 1	,2237	4,6522	,5336	-1,392	1,2867	,419	75	,676	
	Pair 2	-,4868	6,1395	,7042	-1,8898	,9161	-,691	75	,492	
	Pair 3	,1272	,8556	,1016	-7,5E-02	,3296	1,252	75	,214	
	Pair 4	9,868E-03	,6525	7,484E-02	-1,392	,1590	,132	75	,895	
	Pair 5	,1013	1,1210	,1286	-1,1548	,3575	,788	75	,433	
	Pair 6	1,316E-02	3,7040	,4249	-,8332	,8596	,031	75	,975	
	Pair 7	-1,7368	6,0847	,6980	-3,1272	-,3464	-2,488	75	,015	
2,00	Pair 1	,5313	3,2027	,5662	-,6234	1,6859	,938	31	,355	
	Pair 2	1,1875	4,9607	,8769	-,6010	2,9760	1,354	31	,185	
	Pair 3	,1432	,8998	,1591	-,1812	,4677	,900	31	,375	
	Pair 4	-,1224	,6693	,1183	-,3637	,1189	-1,034	31	,309	
	Pair 5	,2609	,9184	,1624	-7,0E-02	,5921	1,607	31	,118	
	Pair 6	1,5625	3,1206	,5516	,4374	2,6876	2,832	31	,008	
	Pair 7	9,375E-02	5,6016	,9902	-1,9258	2,1133	,095	31	,925	

T-Test

FACES - Análise comparativa entre hipertensos e parceiros/as

Hipertensos Controlados e não controlados

Paired Samples Statistics

HT_CTRL		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1,00	Pair 1	H_ADAPT	76	7,7397	,8878
		P_ADAPT	76	9,2885	1,0655
	Pair 2	H_COESAO	76	11,4467	1,3130
		P_COESAO	76	9,9626	1,1428
2,00	Pair 1	H_ADAPT	32	9,3903	1,6600
		P_ADAPT	32	7,7625	1,3722
	Pair 2	H_COESAO	32	11,2420	1,9873
		P_COESAO	32	12,1883	2,1546

Paired Samples Correlations

HT_CTRL		N	Correlation	Sig.
1,00	Pair 1	H_ADAPT & P_ADAPT	,389	,001
	Pair 2	H_COESAO & P_COESAO	,522	,000
2,00	Pair 1	H_ADAPT & P_ADAPT	,375	,034
	Pair 2	H_COESAO & P_COESAO	,335	,061

Paired Samples Test

HT_CTRL		Paired Differences					Sig. (2-tailed)			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
1,00	Pair 1	H_ADAPT - P_ADAPT	-1,1316	9,4986	1,0896	-3,3021	1,0389	-1,039	75	,302
	Pair 2	H_COESAO - P_COESAO	-,4737	10,5419	1,2092	-2,8826	1,9353	-,392	75	,696
2,00	Pair 1	H_ADAPT - P_ADAPT	-1,5938	9,6816	1,7115	-5,0843	1,8968	-,931	31	,359
	Pair 2	H_COESAO - P_COESAO	,5938	13,5358	2,3928	-4,2864	5,4739	,248	31	,806

Anexo XI

Adesão terapêutica (Morisky) - testes estatísticos

T-Test

**Morisky: N° de respostas afirmativas
(para hipertensos controlados e não controlados)**

Group Statistics

	HP_CTRL	1,00	2,00
NUM_RESP	75	31	
	Mean	1,5200	2,3871
	Std. Deviation	1,2232	1,4760
	Std. Error Mean	,1412	,2651

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
NUM_RESP	2,835	,095	-3,121	104	,002	-,8671	,2778	Lower	Upper
Equal variances assumed								-1,4180	-,3162
Equal variances not assumed			-2,887	47,886	,006	-,8671	,3004	-1,4711	-,2631

T-Test Adesão à terapêutica (Morisky) e duração da hipertensão

T-Test

Group Statistics

	NUM_RESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ANOS_HIP	>= 2,00	62	9,7097	8,3654	1,0624
	< 2,00	42	9,0060	7,9841	1,2320

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
ANOS_HIP								Lower	Upper
	,520	,473	,429	102	,669	,7037	1,6416	-2,5524	3,9598
			,433	90,876	,666	,7037	1,6268	-2,5278	3,9352

T-Test

Adesão à terapêutica (Morisky) e percepção da doença (IPQ)

Group Statistics

	NUM_RESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Subescala 1 a 5 +18	>= 2,00	62	21,4839	4,1478	,5268
	< 2,00	44	22,4091	3,5261	,5316
SUB6A11	>= 2,00	62	16,9677	4,9950	,6344
	< 2,00	44	17,1591	4,8654	,7335
SUB12A17	>= 2,00	62	22,1129	3,6128	,4588
	< 2,00	44	21,9545	3,6278	,5469
Subescala de 19 a 23 (-19)	>= 2,00	62	15,9032	2,1707	,2757
	< 2,00	44	15,6136	2,0025	,3019
SUB24A28	>= 2,00	62	13,7742	4,3586	,5535
	< 2,00	44	14,1364	3,8494	,5803
SUB29A32	>= 2,00	62	14,4194	2,7133	,3446
	< 2,00	44	13,5227	3,1805	,4795
SUB33A38	>= 2,00	62	18,4355	5,9606	,7570
	< 2,00	44	17,7045	4,8349	,7289

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
								Lower	Upper
Subescala 1 a 5 +18	,552	,459	-1,203	104	,232	-,9252	,7693	-2,4508	,6004
SUB6A11	,048	,826	-,196	104	,845	-,1913	,9741	-2,1231	1,7404
SUB12A17	,124	,726	,222	104	,825	,1584	,7134	-1,2563	1,5730
Subescala de 19 a 23 (-19)	,146	,703	,699	104	,486	,2896	,4145	-,5324	1,1116
SUB24A28	1,070	,303	-,442	104	,659	-,3622	,8192	-1,9866	1,2623
SUB29A32	2,481	,118	1,560	104	,122	,8966	,5747	-,2431	2,0363
SUB33A38	2,381	,126	,671	104	,503	,7309	1,0887	-1,4280	2,8899
			,696	102,075	,488	,7309	1,0509	-1,3534	2,8153