

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicologia da Saúde

DM
PORT. 1

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AOS TRATAMENTOS
FARMACOLÓGICOS EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL ESSENCIAL**

Rui Manuel Marques do Monte Porta-Nova

LISBOA, 2000

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 14500
Data: 13.11.2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação
do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia
Aplicada**, para obtenção do Grau de **Mestre** na
especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme
Portaria n.º 107/97, de 17 de Fevereiro, para dar
satisfação à alínea b), do n.º 2, do Artigo 5.º, do
Decreto-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

«Qualquer sensação psíquica acompanhada de sofrimento ou prazer, esperança ou temor, causa uma emoção que pode afectar o coração.»

(William Harvey in *Exercitatio de Motu Cordis et Sanguinis*)

RESUMO

O objectivo do presente estudo é a avaliação da relação entre Qualidade de Vida (QDV), Adesão aos Tratamentos Farmacológicos (AT) e a Pressão Arterial (PA), em indivíduos com Hipertensão Arterial Essencial, medicados com anti-hipertensores, seguidos no Hospital Garcia de Orta e no Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada. A investigação incidiu sobre uma amostra de 90 indivíduos, com idade média de 44,43 anos, variando entre os 20 e os 64 anos de idade, sendo 66,7% do sexo feminino. Utilizou-se o questionário de QDV SF-36 e o questionário de Morisky-Green, versão adaptada para este estudo (alfa de Cronbach = 0,63), para avaliar a AT. Verificou-se uma correlação significativa modesta entre QDV (dimensão Saúde Geral) e AT ($r(90) = -0,22, p < 0,05$), sugerindo que melhores níveis de Saúde Geral se associam a menor AT. As correlações entre a QDV e PA, mostram-se modestas entre a dimensão Saúde Mental e PA Sistólica ($r(90) = -0,24, p < 0,05$); e entre as dimensões Papel Físico ($r(90) = -0,23, p < 0,05$), Vitalidade ($r(90) = -0,21, p < 0,05$) e Saúde Mental ($r(90) = -0,22, p < 0,05$) e PA Diastólica, permitindo associar valores mais baixos de PA, com melhores níveis de percepção individual nas dimensões indicadas. A correlação entre AT e PA Sistólica, mostrou-se significativa, mas modesta, ($r(90) = 0,21, p < 0,05$), verificando-se que os valores mais elevados de PA Sistólica se encontram associados a maiores níveis de AT. Esta investigação deverá ser complementada através de estudos que possibilitem uma abordagem aos aspectos específicos da QDV na Hipertensão e também aos processos que podem influenciar a AT, nomeadamente, níveis de conhecimento e percepções individuais sobre a saúde e a doença e, a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente hipertenso.

ABSTRACT

The objective of the present study is to evaluate the relationship among Quality of Life (QoL), Treatment Adherence (TA) and the Blood Pressure (BP), in individuals with Essential Hypertension, following an anti-hypertensive therapy at the "Garcia de Orta" Hospital and at the Institute of Preventive Cardiology in Almada. The investigation happened on a sample of 90 individuals, mean age 44,43 years, range 20 - 64, of which 66,7% were female. We used the QoL SF-36 questionnaire and the Morisky-Green questionnaire version, adapted for this study (Cronbach alpha = .63), to evaluate the TA. A modest but significant correlation was verified among QoL (General Health dimension) and TA ($r(90) = -.22, p < .05$), suggesting that better levels of General Health associate with smallest TA. The correlations between QoL and BP show to be modest, between the Mental Health dimension and Systolic BP ($r(90) = .24, p < .05$); and enter the dimensions Role-Physical ($r(90) = -.23, p < .05$), Vitality ($r(90) = -.21, p < .05$) and Mental Health ($r(90) = -.22, p < .05$) and Diastolic BP, allowing to associate lower values of BP, with higher levels of individual perception in the suitable dimensions. The correlation between TA and Systolic BP is significant, but modest ($r(90) = .21, p < .05$), being verified that the elevated values of Systolic BP are associated with largest levels of TA. This investigation should be complemented through studies that enable an approach to the specific aspects of QoL in Hypertension, and also to the processes that can affect the TA, namely the knowledge of the disease, the individual health and illness perceptions and the communication between the health professionals and the hypertensive patients.

AGRADECIMENTOS

A realização da presente tese foi possível graças ao empenho e à dedicação que algumas pessoas dispensaram, assumindo especial importância na sua orientação e elaboração.

Assim, desejo expressar os meus agradecimentos ao meu orientador, Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, cuja disponibilidade e colaboração contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Gostaria de endereçar os meus agradecimentos à Prof.^a. Doutora Maria João Figueiras, pelo apoio prestado, e mais especificamente pelos ensinamentos metodológicos transmitidos.

Desejaria ainda expressar o meu apreço ao Dr. Cecílio Gouveia, médico cardiologista do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, e à enfermeira Lucinda Fernandes, responsável pelo Serviço de Consultas Externas do Hospital Garcia de Orta, pela colaboração prestada, empenho pessoal e apoio que sempre me disponibilizaram, bem como pela motivação e incentivo com que sempre me acompanharam.

E, muito especialmente...

Aos meus pais e irmãs, por todo o apoio indispensável e disponibilidade demonstrados.

À Carla, pela companheira que foi de todos os momentos, pela paciência e... pelo amor durante todos estes meses.

À Margarida, pela excelente prova de amizade e inexcedível disponibilidade.

Finalmente, os meus agradecimentos a todas os participantes que fizeram parte da amostra, sem os quais este estudo não teria sido possível.

ÍNDICE

Introdução	11
Generalidades	12
Noção de Pressão Arterial	16
Hipertensão Arterial (HTA)	17
Medição da Pressão Arterial	20
Qualidade de Vida	23
Aspectos Gerais e Definição do Conceito	23
Perspectiva Histórica	25
Qualidade de Vida e Saúde	28
Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial	30
Adesão aos Tratamentos Farmacológicos	33
Adesão aos Tratamentos Farmacológicos na Hipertensão Arterial	36
Objectivo do Estudo	39
Método	42
Participantes	43
Material	43
Planificação	49
Procedimento	50
Resultados	52
Discussão	68

Referências	80
Anexo	104

Índice de Quadros

Quadro 1 -	Classificação da Pressão Arterial nos Adultos	18
Quadro 2 -	Mínimo, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos à Idade dos Sujeitos da Amostra	54
Quadro 3 -	Nível Profissional dos Indivíduos da Amostra	57
Quadro 4 -	Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos aos valores de Pressão Arterial	58
Quadro 5 -	Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos às Sub-Escalas do SF-36	59
Quadro 6 -	Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos aos Itens e Escala Completa de Adesão ao Tratamento Farmacológico	61
Quadro 7 -	Níveis de Adesão Atingidos	62
Quadro 8 -	Estilo de Resposta - Item 1	63
Quadro 9 -	Estilo de Resposta - Item 2	63
Quadro 10 -	Estilo de Resposta - Item 3	64
Quadro 11 -	Estilo de Resposta - Item 4	64
Quadro 12 -	Correlação entre as Escalas do SF-36 e a Escala de Adesão	65
Quadro 13 -	Correlação entre as Escalas do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Sistólica	66
Quadro 14 -	Correlação entre as Escalas do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Diastólica	66
Quadro 15 -	Correlação entre a Escala de Adesão e Itens Isolados e os valores de Pressão Arterial Sistólica	67

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos Indivíduos da Amostra por Sexo	53
Figura 2 - Distribuição de Estado Civil dos Indivíduos da Amostra por Sexo	55
Figura 3 - Distribuição dos Indivíduos da Amostra por Nível de Instrução	56

INTRODUÇÃO

Generalidades

A hipertensão arterial atinge, em Portugal, cerca de 30% da população adulta (Pádua & Abreu, 1994), possuindo os indivíduos com hipertensão arterial essencial um risco duas vezes maior de enfarte do miocárdio do que os indivíduos normotensos (Falcão & Ravara, 1997).

Tem sido considerada como o principal factor de risco de diversas perturbações cardiovasculares, nomeadamente doença isquémica cardíaca, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (Johnston & Steptoe, 1989; Ruilope & García-Robles, 1998), as quais, constituem em Portugal a primeira causa de morte (Direcção-Geral da Saúde, 1997), sendo a hipertensão arterial um problema de saúde pública de primeiro plano (Falcão & Ravara, 1997).

Pensa-se que a causalidade da hipertensão arterial essencial seja multifactorial, envolvendo factores genéticos, bioquímicos, fisiológicos, psicológicos e do meio (Glasgow & Engel, 1987; Weiss et al., 1991).

Estes últimos aspectos, importantes enquanto dados da anamnese do doente hipertenso, realçam a importância da componente genética na tendência para a hipertensão, sendo considerada pela OMS, a necessidade de efectuar a identificação de marcadores genéticos (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 1993).

Alguns autores (Appel, 1986, Silva & Mota, 1992), apontam os factores genéticos como factores primários de risco para a hipertensão, duplicando o risco de

desenvolver hipertensão arterial nos sujeitos com parentes hipertensos, verificando-se que filhos de hipertensos desenvolvem igualmente hipertensão, a que corresponde uma hereditariedade de tipo autossômico poligénico, podendo afectar a membrana celular e a permeabilidade ao ião sódio e provocando malformações cardíacas, renais e ao nível do Sistema Nervoso Central (Silva & Mota, 1992).

Appel (1986), refere igualmente que os efeitos familiares na hipertensão se podem manifestar, para além dos aspectos genéticos, pelo próprio ambiente familiar e pela aquisição de estilos de vida idênticos aos dos familiares hipertensos.

A valorização de factores psicológicos na génese e manutenção da hipertensão arterial, tornou possível, à Psicologia da Saúde, o estudo de factores comportamentais e do meio implicados na causa e manutenção da perturbação, criando abordagens alternativas para a compreensão e tratamento desta doença.

Neste sentido, Consoli (1994) e Agewall, Wikstrand, Dahlöf e Fagerberg (1996), apresentam quatro categorias de factores psicológicos relacionados com o aparecimento e evolução da hipertensão arterial: a súbita ocorrência de acontecimentos de vida perturbadores antes do início da hipertensão; a submissão diária a situações stressantes; a presença no indivíduo de mecanismos de coping pouco eficazes e a existência de um suporte social insuficiente.

Verifica-se, portanto, uma relação estreita entre vivências emocionais e a vulnerabilidade do indivíduo à hipertensão arterial, a qual, é mediada por factores

perceptivos e pela existência e utilização de mecanismos sociais e pessoais para lidar adaptativamente com o stress e a doença (Barbosa, 1983).

Neste sentido, considerando o stress como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de mudança (Selye, 1956), a relação stress-doença surge como um fenómeno bastante complexo, intervindo na sua mediação diferentes variáveis sócio-psicológicas como as características de personalidade, mecanismos de coping, crenças e atitudes, locus de controle e suporte social (Cohen et al., 1982; Lewis & Schaefer, 1986; Rosenman, 1988).

O stress e as respostas emocionais provocam alterações hemodinâmicas que se reflectem, entre outros parâmetros na frequência cardíaca e na pressão arterial, podendo perpetuar uma situação de pressão arterial elevada (Clara, 1991).

Alguns factores psicológicos mais frequentes, cuja associação à hipertensão arterial se reconhece são: padrão de comportamento tipo A (competitividade, impaciência, impulsividade), neuroticismo, incapacidade de superação de "life events", alexitimia, depressão e ansiedade (Coelho, 1986).

A abordagem terapêutica da hipertensão, inicia-se com medidas de carácter geral (terapêutica não-farmacológica e modificação do estilo de vida): dieta com restrição salina, alcoólica e de gorduras, perda de peso, exercício físico e, posteriormente, intervenção farmacológica (diuréticos, bloqueadores alfa ou beta adrenérgicos, vasodilatadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio). No entanto, estas intervenções possuem algumas limitações

relacionadas com a sua eficácia, em especial nas formas menos graves da doença e efeitos colaterais muitas vezes desagradáveis (Madhavan & Alderman, 1981; Koopman, et al., 1997; Nueten, et al. 1997).

Por outro lado, os tratamentos não farmacológicos da hipertensão arterial essencial, possuem condições efectivas para baixar a pressão arterial moderadamente elevada, evitando-se os efeitos indesejáveis do tratamento farmacológico, os quais podem incluir depressão, insónia, impotência e letargia generalizada (Lynch & Thomas, 1985).

De acordo com Purdy e Boucek (1990), o tratamento da hipertensão tem como metas globais a prevenção ou redução de lesões em órgãos-alvo, procurando controlar o risco global de doença cardiovascular hipertensiva. A meta específica é de diminuir a pressão diastólica para menos de 90 mmHg. Considerando-se que a doença é assintomática na grande maioria dos doentes, torna-se igualmente importante identificar os fármacos anti-hipertensores não só capazes de controlar os valores tensionais, mas também aqueles capazes de causar poucos efeitos colaterais. O tratamento dura geralmente toda a vida, sendo a adesão do doente, uma parte importantíssima do mesmo.

A escolha da modalidade terapêutica para determinado doente, deve ter em conta a possibilidade dos agentes anti-hipertensores promoverem alterações na Qualidade de Vida (Purdy & Boucek, 1990).

No entanto é essencial reconhecer, avaliar e tratar todos os doentes com pressão arterial elevada. Diminuindo a pressão arterial, reduz-se o risco de complicações

relacionadas com a hipertensão, com os acidentes vasculares cerebrais e com a cardiopatia coronária. Reduz-se igualmente a incidência de morbidade e de mortalidade cardiovascular, (Beevers & MacGregor, 1987; Frohlich, 1996).

Seguindo o pensamento de Kawachi e Wilson (1990), para além do controlo da pressão arterial, a crescente importância da qualidade de vida e da adesão aos tratamentos farmacológicos na prestação de cuidados de saúde, incrementaram a necessidade de envolvimento, quer dos profissionais de saúde, quer dos doentes, no processo de tratamento, conduzindo a que a prevenção mais eficaz das doenças cardiovasculares deva ser feita através da partilha de responsabilidades e decisões.

Noção de Pressão Arterial

A Pressão Arterial, resulta da quantidade de sangue expelida pelo coração e da resistência das artérias à corrente sanguínea. Ou seja, a Pressão Arterial depende do volume sanguíneo expelido e da maior ou menor contractilidade das paredes dos vasos sanguíneos (Johnston & Steptoe, 1989).

Existem dois níveis de Pressão Arterial: Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica.

A Pressão Arterial Sistólica, corresponde à situação de contração dos ventrículos, os quais provocam um aumento de débito cardíaco, o qual depende do volume da sístole ventricular e da frequência cardíaca (Frohlich, 1987).

A Pressão Arterial Diastólica, corresponde à situação de relaxamento cardíaco entre contrações. Verifica-se nesta situação, que os ventrículos (cavidades inferiores do coração) se enchem de sangue vindo das aurículas (cavidades superiores do coração) (Kaplan, 1997a).

A Pressão Arterial é essencialmente regulada pelo S.N.C. (Sistema Nervoso Central), como também pelo Sistema Nervoso Autónomo (Simpático e Parassimpático). No entanto, conhecem-se hoje outros mecanismos fisiológicos de controlo, que incluem a hormona natriurética, a concentração de sódio e a renina plasmática, que regulam algumas variáveis hemodinâmicas (McIntyre & Silva, 1994). Apesar de todos os mecanismos fisiológicos de estabilização, a pressão arterial é eminentemente variável (Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial, 1980).

Hipertensão Arterial (HTA)

A hipertensão arterial é definida como uma Pressão Arterial Sistólica igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio), ou Pressão Arterial Diastólica de 90 mmHg, que persiste de forma continuada, implicando a necessidade de medicação anti-hipertensora (Oparil, 1992; National Institutes of Health, Sixth Report of the Joint

Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure - JNC-VI, 1997).

A classificação da pressão arterial (Quadro I), é de certa forma arbitrária, sendo no entanto útil para o processo de decisão do tratamento (não-farmacológico / farmacológico).

Quadro 1
Classificação da Pressão Arterial nos Adultos (Idade ≥ 18 anos)
(JNC-VI, 1997)

Categoria	P.A. Sistólica (mmHg)		P.A. Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Normal-elevada	130 - 139	e	85 - 89
Hipertensão			
- Estadio 1	140 - 159	ou	90 - 99
- Estadio 2	160 - 179	ou	100 - 109
- Estadio 3	≥ 180	ou	≥ 120

Em mais de 90% dos casos, a hipertensão não tem causa conhecida - Hipertensão Essencial, Primária ou Idiopática (Williams, 1991; Neve et al., 1998). Desta forma, podemos considerar a hipertensão arterial essencial como uma situação patológica que, pela sua etiopatogenia, prevalência e repercussões, ultrapassa o âmbito do aparelho cardiovascular, relacionando-se com factores genéticos, bioquímicos, renais, neurológicos e psicológicos; dizendo respeito ao indivíduo como um todo. A hipertensão

arterial essencial tem ainda um interface com a comunidade, com factores bi-direccionais de ordem social, cultural e económica (Silva & Mota, 1992).

Os restantes casos (5%), são considerados como pertencendo a situações de Hipertensão Secundária. Segundo McIntyre e Silva (1994), a hipertensão arterial secundária inclui a hipertensão de causa renal (estenoses da artéria renal, glomerulonefrites), de causa endócrina (hipertiroidismo, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma), relacionada com o uso de determinados medicamentos (anovulatórios, corticosteróides) ou outras causas (coartação da artéria aorta).

A HTA (hipertensão arterial) é considerada ligeira quando a tensão diastólica é superior a 94 mmHg e inferior a 105 mmHg.

Considera-se moderada quando a tensão diastólica é superior a 104 mmHg e inferior a 115 mmHg.

Por fim, considera-se severa quando a tensão diastólica é superior a 114mmHg (McIntyre & Silva, 1994).

Os indivíduos com valores de pressão arterial compreendidos entre 140 mmHg / 90 mmHg e 160 mmHg / 95 mmHg, ou que apresentem grandes oscilações nos seus valores de pressão arterial, são considerados como hipertensos-limite (borderline) (Barbosa, 1983).

Nalguns indivíduos, somente a tensão sistólica se encontra elevada, apresentando valores superiores a 160 mmHg. Nesta situações considera-se que se está perante uma HTA sistólica isolada - mais frequente em indivíduos idosos. (McIntyre & Silva, 1994).

Em termos epidemiológicos (Barbosa, 1983), tem-se verificado uma maior incidência da HTA nas seguintes situações:

- Nos habitantes urbanos mais, do que nos rurais;
- Nos emigrantes de regiões rurais para regiões urbanas, do que nos habitantes tradicionais das cidades;
- Nos homens do que nas mulheres;
- Nos negros do que nos brancos (E.U.A.);
- Nas classes desfavorecidas e sujeitas a condições sociais mais desfavorecidas, do que nas classes mais favorecidas.

Igualmente, constata-se que a prevalência da hipertensão arterial é maior em indivíduos de idade avançada (cerca de 75% dos indivíduos com mais de 70 anos apresentam hipertensão) e é maior entre os indivíduos com menor nível de instrução (Frohlich, 1996).

Medição da Pressão Arterial

A tensão arterial é uma variável fisiológica que traduz o ajustamento circulatório em exigências transitórias ou a resposta imediata a estímulos diversos, pelo que uma simples determinação não representa só por si o equilíbrio hemodinâmico basal, podendo os valores determinados estar ainda alterados por estímulos episódicos de natureza

externa ou dependentes do próprio indivíduo. Importa pois que as determinações se revistam de cuidados que minimizem tais estímulos e que eliminem erros grosseiros de observação (Nunes, Miguel, Neves & Pissarra, 1988).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (1989), a medição da pressão arterial deve efectuar-se, numa primeira abordagem, em ambos os braços, devendo, caso se verifiquem diferenças, ser posteriormente medida a pressão arterial no braço com valores mais elevados. A determinação dos valores tensionais pode ser efectuada na posição de sentado, não devendo o braço ser comprimido pelo vestuário.

Igualmente, o local onde se realiza a determinação da pressão arterial deverá possuir uma temperatura ambiente agradável e o indivíduo, a quem vai ser medida a tensão arterial, não deve ter realizado esforços, fumado ou tomado refeição na meia hora que precedeu a determinação (Nunes, Miguel, Neves & Pissarra, 1988).

O aparelho mais aconselhável para a medição, é o esfigmomanómetro de coluna de mercúrio, cujo nível antes da medição deverá estar alinhado pelo zero da escala. Este aparelho é composto também por uma braçadeira insuflável, com cerca de 12 a 13 cm de largura e 26 cm de comprimento. Estas dimensões estão perfeitamente adaptadas a um adulto médio.

A insuflação da braçadeira deve ser feita rapidamente até 20 a 30 mmHg acima do valor da pressão sistólica, o qual é avaliado pelo desaparecimento do pulso radial durante a insuflação.

A descompressão deve ser lenta, devendo descer a coluna cerca de 2 mmHg por segundo (uma divisão da escala por pulsação).

A pressão sistólica deve ser considerada no aparecimento dos sons de Korotkoff (fase I) e a pressão diastólica no desaparecimento desses sons (fase V), os quais são audíveis com estetoscópio.

A medição da pressão arterial fornece o valor de um parâmetro com grande variabilidade individual e uma distribuição contínua na população.

Por vezes, a medição convencional da pressão arterial, pelos profissionais de saúde, pode despoletar ela mesma, uma elevação tensional: é o clássico efeito "bata branca", que pode mesmo chegar a uma verdadeira "hipertensão de bata branca", definida em contexto clínico, por uma pressão arterial superior a 140/90 mmHg e uma pressão arterial ambulatória ao nível dos indivíduos normotensos. Afecta cerca de 10 a 20% dos hipertensos (Amar, Bieler, Salvador & Chamontin, 1997). Pode resultar de uma resposta emocional a uma situação específica de stress: presença do técnico de saúde (Lantelme et al., 1997; Mezzetti, et al., 1997; Siché & Laude, 1997).

O valor de pressão arterial pode ser ou não representativo do regime tensional de um indivíduo, verificando-se que a marcação de limites entre normotensão e hipertensão, é arbitrária, embora com utilidade inquestionável, ao nível da prevenção, diagnóstico e controle da hipertensão arterial.

Qualidade de Vida

Aspectos Gerais e Definição do Conceito

A Qualidade de Vida (QDV) vem ganhando crescente importância, nomeadamente quando aplicada ao campo da saúde, onde o desenvolvimento da medicina possibilitou "dar mais anos à vida", ou seja, permitiu aumentar significativamente a esperança média de vida, mesmo para os indivíduos portadores de doenças crónicas, trazendo implicações para o bem-estar dos indivíduos.

A QDV, é um conceito bastante vasto que contempla várias vertentes, desde aspectos sociais, acontecimentos de vida, agentes de stress, percepção de bem-estar, actividade física, entre outras (Rodrigues, Carvalho & Clara, 1995).

Desta forma, para a Psicologia da Saúde o tema tem ganho uma dimensão relevante, aos níveis da conceptualização, avaliação e intervenção de estratégias de promoção de saúde. Cria-se assim uma relação estreita, que pode ser expressa do seguinte modo: a QDV é o objectivo da Psicologia da Saúde, enquanto a Saúde é o objecto (Ribeiro, 1994a).

De acordo com Fernández-Ríos e García-Fernández (1999), qualquer definição de qualidade de vida deveria incluir alguns dos seguintes aspectos:

1. Capacidades cognitivas, comportamentais e de bem-estar emocional;
2. Sentimento subjectivo de bem-estar e satisfação vital;

3. Condições sócio-materiais objectivas de existência e a percepção subjectiva das mesmas;
4. Satisfação derivada das condições materiais reais, concretas e psicológicas das pessoas;
5. Percepção subjectiva do nível de saúde pessoal e capacidade para comportar-se de uma forma subjectivamente satisfatória;
6. Percepção da utilidade do significado de viver e a satisfação das necessidades básicas do ser humano.

A qualidade de vida poderá ser considerada como a satisfação individual global com a vida e a sensação geral e pessoal de bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença (Ribeiro, 1994b).

De acordo com Ribeiro (1997), a intervenção na promoção da Qualidade de Vida, implica alguns pressupostos adstritos ao próprio conceito:

- a) a Qualidade de Vida não é ausência de doença;
- b) a Qualidade de Vida manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- c) a Qualidade de Vida define-se por uma configuração de bem-estar, que é uma dimensão auto-percebida;
- d) a Qualidade de Vida abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais;
- e) os aspectos referidos na alínea anterior, são aspectos da mesma realidade e não realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre esses aspectos;
- f) a Qualidade de Vida é um processo dinâmico;
- g) a Qualidade de Vida só tem sentido concebida em termos ecológicos.

A Qualidade de Vida tem sido conceptualizada em vários níveis (Ribeiro et al., 1997). O primeiro nível é um nível geral e global onde não há discriminação entre domínios, podendo ser considerado como idêntico à definição de saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948). No segundo nível surgem os diferentes domínios que compõem e contribuem para a Qualidade de Vida. No terceiro nível, o nível a que diz respeito a presente investigação, cada um dos domínios é aprofundado, sendo o enfoque dado sobre os componentes relacionados com cada domínio.

Perspectiva Histórica

Desde o seu início que a noção de Qualidade de Vida esteve ligada à noção de promoção de saúde. As preocupações com o desenvolvimento da QDV e bem-estar da população, surgem em 1960 nos EUA, com a publicação do relatório da *Commission on National Goals* (Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos EUA), da responsabilidade do antigo presidente Eisenhower. Este relatório definia um conjunto variado de indicadores sociais e ambientais: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar (Ribeiro, 1998).

Após ter havido necessidade de aprofundar este tema, na década de 70 surgem as primeiras publicações dos estudos realizados na época.

Um artigo exploratório foi publicado no ano de 1975 por Liu, que tinha como objectivo principal o desenvolvimento de um conjunto de indicadores que pudessem ser utilizados como guia para a investigação da qualidade de vida.

Liu (1975), na realização deste artigo, baseou-se nos critérios produzidos pela "Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos EUA", em 1960, nos quais a qualidade de vida deveria medir-se através de nove indicadores, sendo cada um representado por um conjunto de variáveis quantificáveis, que deveriam:

1. Ser universais, de modo a que se pudessem estender e generalizar para a população;
2. Ser compreensíveis para todos os indivíduos;
3. abranger qualquer estilo de vida praticado pelo sujeito, em diferentes contextos e momentos, ou seja deveriam ser flexíveis;
4. Ser adaptáveis às condições sociais, económicas, políticas e físicas de acordo com as mudanças existentes nas sociedades dinâmicas;
5. Ser baseados de acordo com princípios científicos reconhecidos.

Liu (1975), considerava também que a qualidade de vida possuía duas componentes, uma psicológica (ou subjectiva), que apresentando uma natureza mais qualitativa, dependia da percepção de cada indivíduo, não sendo deste modo passível de ser medida; e a outra social, económica, política e ambiental (ou objectiva), que apresentando resultados quantitativos permitia ser facilmente medida. A investigadora intensificou a sua experimentação sobre os componentes objectivos, recolhidos dos censos nacionais.

Mais tarde, Flanagan (1982) tentou definir os principais constituintes da qualidade de vida, e identificou quatro:

1. Bem-estar físico e material;
2. Relações interpessoais;
3. Actividades recreativas e sociais;
4. Desenvolvimento pessoal.

Para a caracterização destes domínios Flanagan (1982), utilizou a técnica dos incidentes críticos, na qual usou um conjunto de situações hipotéticas (algumas reais, outras idealizadas), em que o indivíduo entrevistado indicava os aspectos mais importantes para a sua vida.

De acordo com Ribeiro (1994b), o modo como o sujeito realiza a avaliação das suas características, depende da forma como as percebe em comparação com os seus padrões pessoais.

Assim, a partir da década de 90 (Ribeiro et al., 1997), começaram a ser geralmente aceites pelos investigadores algumas características do conceito de Qualidade de Vida:

- a) é uma medida baseada na percepção pessoal do indivíduo em estudo, ao invés de baseada na percepção de familiares ou outros próximos, ou na opinião do médico;
- b) abrange aspectos variados, desde físicos a psicológicos e sociais, em dimensões gerais e específicas;

- c) abrange dimensões subjectivas (bem-estar) e objectivas (capacidade para realizar actividades diárias).

Qualidade de Vida e Saúde

A qualidade de vida é um conceito que se refere a percepções subjectivas de bem-estar físico e psicológico, incluindo funcionamento cognitivo, competências sociais, actividade laboral e satisfação geral com a vida. Deverá reflectir valores pessoais, crenças e satisfação, cobrindo importantes áreas como a percepção de doença e do tratamento e o bem-estar físico e psicológico, quando aplicada ao campo da saúde (Os, 1994).

Paralelamente ao desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o conceito de qualidade de vida generalizou-se aos ambientes clínicos, intitulando-se qualidade de vida relacionada com a saúde (Ribeiro, 1994b).

Bulpitt (1997), define Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS), como o grau de bem-estar subjectivo atribuído ou associado à ausência de sintomas, estado psicológico e actividades mantidas.

Igualmente, Guyatt et al. (1993) utiliza o termo QDVRS valorizando aspectos da vida, habitualmente não considerados com "saúde", incluindo rendimentos pessoais, liberdade e qualidade do ambiente.

No entanto, o termo QDVRS, aborda aspectos da vida especificamente relevantes para o estatuto de saúde e os cuidados de saúde, excluindo outras dimensões como a habitação, estatuto financeiro e ambiente. Os componentes básicos da QDVRS são o estatuto funcional, o bem-estar e a saúde geral. A QDVRS refere-se às avaliações subjectivas dos indivíduos sobre as influências da sua saúde corrente, cuidados de saúde e actividades de promoção de saúde, na sua capacidade para realizar e manter um nível geral de funcionamento que lhe permita atingir metas de vida reflectindo um bem-estar geral. A QDVRS é determinada pelo bem-estar emocional e pelo funcionamento social, físico e cognitivo (Torrance, 1987; Achat et al., 1998).

A QDVRS, engloba a definição da Organização Mundial de Saúde, que a descreve como o bem-estar físico, psíquico e social, focalizando-se nestas três dimensões. A QDVRS, pode conceber-se como a percepção subjectiva que uma pessoa tem do seu próprio bem-estar, físico, psicológico e social, tendo em conta o impacto da doença e do tratamento (Wood-Dauphinee & Küchler, 1992).

Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial

O tratamento da hipertensão afecta certamente a qualidade de vida dos doentes. A forma como a doença modifica o estilo de vida é um factor de grande importância. Os agentes anti-hipertensores têm efeitos adversos, frequentemente provocam depressão, disfunção sexual, fadiga e perda de capacidades cognitivas; problemas ampliados pela necessidade frequente de uma terapia a longo prazo. Conjuntamente, apesar da condição assintomática da doença, o conhecimento do diagnóstico pode conduzir a que o indivíduo se comece a comportar como doente: o sujeito diminui o seu bem-estar e a participação nas actividades da sua vida diária (Materson & Preston, 1989; Harper & Forker, 1992; Hjerdahl & Wiklund, 1992; Weir et al., 1996; Zellner & Sudhir, 1996).

Devido à grande prevalência da hipertensão arterial, verifica-se um interesse crescente na mensuração da qualidade de vida, como forma de avaliação da eficácia das diferentes formas de intervenção terapêutica (Fallowfield, 1990).

Os efeitos dos agentes anti-hipertensores sobre a qualidade de vida dos doentes hipertensos, merecem particular importância, nomeadamente através da necessária avaliação do bem-estar geral, sintomas físicos, cognição, humor, interacção social e funcionamento físico (Wenger, 1988; Applegate, 1992; Applegate, 1998).

A utilização dos tratamentos farmacológicos não pode estar limitada ao perfil fisiológico e metabólico dos doentes. Os cuidados de saúde dispensados ao hipertenso deverão incorporar uma avaliação da sua qualidade de vida, utilizando medidas psicossociais com validade, que para além da documentação sobre os efeitos secundários

dos fármacos, deverá apreciar a percepção do doente sobre a sua capacidade funcional, produtividade e sentido de bem-estar (Williams, 1998).

Williams (1987) referindo-se à hipertensão, enquanto doença crónica e assintomática, afirma que a qualidade de vida dos indivíduos com hipertensão não diagnosticada, não difere da qualidade de vida dos indivíduos normotensos.

A avaliação da qualidade de vida deverá possibilitar o aumento da adesão à terapêutica anti-hipertensora. Os estudos que têm procurado avaliar a qualidade de vida associada à terapêutica anti-hipertensora, apresentam várias limitações, pelo que se torna necessário compreender o impacto da medicação na qualidade de vida, como critério de individualização do tratamento (Julius, 1988).

De acordo com Bullpitt e Fletcher (1988), muitos dos efeitos secundários da medicação anti-hipertensora referidos pelos doentes, são influenciados por variáveis, como a idade, sexo, estatuto sócio-económico e a relação médico doente. Os dados obtidos directamente pelo médico são afectados pelo conhecimento e expectativas que o mesmo possui relativamente ao tratamento.

Schoenberger (1988), recomenda a avaliação da qualidade de vida como medida de eficácia para qualquer intervenção preventiva, e não apenas para o tratamento da hipertensão.

Mais recentemente Selke, Marquis e Lebrun (1998), referem o interesse da avaliação da qualidade de vida na hipertensão arterial, constatando que os doentes com

melhores níveis de qualidade de vida possuem um bom controlo da pressão arterial, contrariamente aos doentes cuja pressão arterial não é bem controlada, possuindo piores níveis de qualidade de vida.

Globalmente, os medicamentos anti-hipertensores possuem efeitos relativos na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos em tratamento. Assim, habitualmente a qualidade de vida dos sujeitos hipertensos está diminuída, concluindo-se que a hipertensão, tratada ou não tratada, afecta a qualidade de vida dos pacientes. De igual modo, também a doença e o tratamento são condicionados em função dos níveis de qualidade de vida que os doentes apresentem. Esta constatação, demonstra que o tratamento da hipertensão arterial deve compreender, não apenas a prescrição de um medicamento adaptado ao paciente, mas também, um conjunto de intervenções que melhorem o bem-estar geral do indivíduo (Selke, Marquis & Lebrun, 1998).

A implementação com sucesso de uma estratégia de tratamento para a hipertensão, depende não só da eficácia e segurança do agente terapêutico, mas também do seu impacto no bem-estar e qualidade de vida do doente. A diminuição da qualidade de vida durante o tratamento anti-hipertensor, influencia o funcionamento psicológico e emocional, o desempenho no trabalho e a adesão ao tratamento prescrito (Omvik et al., 1993).

Qualidade de vida e hipertensão arterial parecem ser realidades afastadas, dependendo a sua aproximação do contexto clínico em que se estabelece a relação terapêutica e da adaptação à realidade concreta de cada indivíduo hipertenso, das possibilidades terapêuticas actuais.

Adesão aos Tratamentos Farmacológicos

O desenvolvimento ocorrido nas ciências biomédicas, desde a 1ª Revolução da Saúde, nomeadamente ao nível da medicina e farmacologia, a par da evolução dos meios de diagnóstico e de recursos de tratamento, reflectiram-se numa mudança de prioridade dos cuidados de saúde.

Os padrões de doença foram sofrendo alterações, passando progressivamente das etiologias infecciosa e imunológica, para patologias de carácter crónico e degenerativo, com proeminência dos comportamentos e estilos de vida dos indivíduos (Matarazzo, 1984).

Nestas circunstâncias, os tratamentos pressupõem a participação activa e o envolvimento do doente, visto que são prolongados, com ênfase no controlo e não na cura, devendo este incidir não só nos aspectos físicos, mas também nos aspectos psicossociais (Corney, 1991).

Independentemente da sua extensão e variabilidade, a adesão do paciente aos esquemas de tratamento prescritos é essencial para o tratamento das doenças, tal como a adopção de comportamentos adequados, nos quais se incluem os estilos de vida, no sentido de evitar a doença e melhorar as condições de bem-estar (Stoeckle, 1997).

Neste nível, o papel da comunicação médico-doente e a implementação de estratégias para a aprendizagem de comportamentos protectores da saúde, poderão constituir um meio de otimizar a participação do doente no seu tratamento.

A definição "clássica" de concordância de Sackett e Haynes (1976), é apresentada como a medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida), coincide com os conselhos médicos ou de saúde.

Como indica Álvaro (1995), na literatura muitas vezes são utilizados indiscriminadamente os termos "compliance" e adesão, pelo que importa distingui-los.

O termo "compliance" (concordância / cumprimento), faz referência a um papel de obediência; o seguimento exacto de umas determinadas instruções, sem referência ao acordo com as mesmas. Por outro lado, o termo adesão, implica interesse sobre as instruções recebidas; uma crença positiva na sua eficácia; um papel activo do doente no processo de tratamento (Álvaro, 1995).

Ainda segundo o mesmo autor, "compliance" pode ainda definir-se em termos positivos ou negativos. Uma definição positiva, entende o cumprimento como o grau em que a conduta do indivíduo coincide com as instruções do profissional de saúde. Em termos negativos, refere-se a comportamentos como: tomar doses menores do que as prescritas, tomar doses maiores do que as prescritas, não observar o intervalo correcto entre doses, não observar uma duração correcta do tratamento e tomar medicamentos adicionais não prescritos (Álvaro, 1995).

No entanto, existem alguns factores importantes que podem condicionar o processo de adesão, como por exemplo: tempo de espera no consultório e/ou farmácia; "follow-up" inadequado pelo médico e/ou outros profissionais de saúde; prescrição e

embalagem dos medicamentos confusa; relação médico-doente não-satisfatória e conhecimento inadequado do doente sobre possíveis efeitos secundários da medicação (Hamburg, 1985).

Antón e Méndez (1999), referem a questão da complexidade do tratamento (número de medicamentos a consumir, frequência do consumo, combinação de distintos tipos de intervenção, duração longa), como factor facilitador de erros e omissões na adesão ao tratamento. Por outro lado, as próprias características das doenças podem dificultar a adesão, nomeadamente, quando as recomendações terapêuticas são de tipo profiláctico, realizando-se na ausência de sintomas, como na hipertensão essencial.

Turk e Meichenbaum (1991), destacam a importância para os níveis de adesão, das crenças que os indivíduos doentes possuem sobre a forma de tomar a medicação, avaliando a acção de prescrição de medicamentos, feita pelo médico, comparando com o que eles próprios conhecem sobre a doença e a medicação.

Estes factores de não-adesão, podem ser agrupados em (Turk & Meichenbaum, 1991):

- a) Variáveis do Paciente (ex: características de personalidade)
- b) Variáveis da Doença (ex: doença crónica assintomática)
- c) Variáveis do Tratamento (ex: complexidade)
- d) Variáveis de "Setting" (ex: muito tempo de espera)
- e) Variáveis Relacionais (ex: comunicação inadequada entre o paciente e o médico).

Adesão aos Tratamentos Farmacológicos na Hipertensão Arterial

Existe consenso unânime que indica que em doentes com pressão arterial acima de ligeira (níveis de pressão arterial diastólica acima de 105 mmHg e pressão arterial sistólica acima de 180 mmHg), o tratamento com medicamentos anti-hipertensores deve ser iniciado após um curto período de observação clínica de duas a quatro semanas (Pryoala et al., 1994).

O início do tratamento farmacológico e, todo o conjunto de acções necessárias ao controlo da hipertensão, variam de acordo com os recursos dos indivíduos, constrangimentos sociais, estrutura da mortalidade e prioridades dos serviços de saúde (WHO/ISH, 1993).

Ensaio clínicos controlados têm mostrado os benefícios da terapêutica farmacológica em doentes com hipertensão diagnosticada. No entanto esta terapêutica tende a reduzir, mas não a eliminar, o risco de pressão arterial relacionada com doença cardiovascular (Whelton et al., 1997).

Os resultados da terapêutica anti-hipertensora podem ser classificados em curto, intermédio e longo prazo. Os resultados de curto prazo são os mais importantes na prática clínica e incluem o controlo através da medida da pressão arterial, dados laboratoriais e a qualidade de vida. Em contraste, os resultados de longo prazo têm particular interesse na definição das instruções de intervenção nos tratamentos. Os resultados intermédios relacionam-se com a avaliação clínica e económica do controlo da doença (Weber, 1999).

O tratamento farmacológico dos doentes com manifestações clínicas de hipertensão arterial, é um elemento importante no controlo da doença e prevenção de complicações cardiovasculares, embora muitas vezes seja um tipo de resposta insuficiente e incompleta. Frequentemente o tratamento é mais paliativo que curativo, sendo necessário intervir ao nível da prevenção primária, reduzindo os factores de risco para a hipertensão (Whelton, 1994; Kaplan, 1997b).

O fármaco anti-hipertensor ideal será o que mantém o mesmo efeito hipotensor ao longo das 24 horas, mantendo uma eficaz cobertura tensional ao longo de todo este período. Essencialmente, pretende-se uma protecção durante o período crítico matutino, evitar hipotensões que ponham em risco a irrigação sanguínea cerebral e coronária e atenuar o risco cardiovascular (Falcão, 1997).

A redução da pressão arterial é o foco essencial na detecção e tratamento da hipertensão. No entanto, o tratamento deverá ser complementado por estratégias preventivas ao nível da intervenção não farmacológica (Whelton, 1994).

De acordo com Taylor (1995), os maiores problemas relacionados com o controlo da doença, dizem respeito aos índices elevados de hipertensão não diagnosticada e de não adesão à terapêutica farmacológica.

A hipertensão arterial é geralmente assintomática, sendo ignorada por uma grande percentagem de hipertensos cujo cepticismo aumenta, relativamente à eficácia da terapêutica quando os efeitos secundários da medicação surgem. Estes comprometem o bem-estar, conduzindo à duvida e resistência perante o tratamento. A adesão ao regime

prescrito irá aumentar com a compreensão, por parte do doente, da gravidade da doença, da eficácia do tratamento disponível e comodidade da prescrição (Coelho et al., 1997).

No entanto, a terapêutica anti-hipertensora constitui-se como um "cenário" clássico para a falta de adesão dos doentes ao tratamento. A melhoria dos sintomas não pode ser usada como motivação, uma vez que a hipertensão é geralmente uma doença assintomática. Os doentes frequentemente não se sentem melhor após o início da terapêutica e alguns podem mesmo sentir-se pior, devido aos efeitos secundários dos medicamentos, o que contribui para a diminuição da adesão à terapêutica (Black et al., 1998).

Objectivo do Estudo

A Psicologia da Saúde pode ser entendida como a aplicação dos conhecimentos e métodos próprios da Psicologia à promoção e manutenção da saúde mental e física do indivíduo e, à prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de distúrbio mental ou físico, nas quais os factores psicológicos sejam importantes contributos, nomeadamente para aliviar a angústia ou outra disfunção psíquica no indivíduo (Belar, Deardorff & Kelly, 1987).

O campo específico da Psicologia da Saúde inclui contributos educacionais, científicos e profissionais da Psicologia, com a finalidade de promoção e manutenção da saúde e da doença, procurando identificar as correlações entre etiologia e diagnóstico, relativamente ao estado de saúde, situação de doença e outros sintomas sentidos (Belar, Deardorff & Kelly, 1987).

A intervenção do Psicólogo Clínico, nos cuidados de saúde, deverá basear-se na experiência psicológica e na relação que os sujeitos estabelecem com o seu estado de saúde ou de doença, ou outras situações criadoras de exigências adaptativas. Desta forma, a Psicologia da Saúde procura a compreensão das vivências que o indivíduo experimenta, projecta ou reactiva em determinado momento.

Pretende-se, em Psicologia da Saúde, otimizar os recursos afectivos e cognitivos do sujeito, a adopção de estratégias adequadas para a superação de crises e o reforço de defesas eventualmente enfraquecidas. Deverá procurar-se que o sujeito optimize os seus recursos no sentido de lidar com a situação de doença.

Do Psicólogo Clínico espera-se, quando integrado numa equipa de saúde, uma intervenção clarificadora e compreensiva do significado psicológico da disfunção corporal, no sentido de ser possível a escolha de uma estratégia terapêutica adequada.

O tratamento psicológico das reacções psicológicas às doenças físicas deverá incidir particularmente na vivência da doença e das suas limitações e, no suporte de sujeitos em risco psicológico devido ao adoecer físico.

O estudo da Qualidade de Vida e Adesão aos Tratamentos Farmacológicos em indivíduos com Hipertensão Arterial Essencial, procura aprofundar o conhecimento relativo aos sujeitos em risco de doença cardiovascular, identificando mecanismos de ajustamento psicológico que esta situação de doença crónica exige, nomeadamente alterações no estilo de vida, com eventuais implicações na Qualidade de Vida. Por outro lado, permite delinear estratégias interventivas, as quais se destinam à mudança, no sentido de uma melhor adaptação à situação de stress induzida pela doença e tratamento, com naturais consequências no indivíduo.

Este trabalho tem por objectivo contribuir para o estudo da Qualidade de Vida e níveis de Adesão aos Tratamentos Farmacológicos, em indivíduos com diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial Essencial, nomeadamente, procurando identificar a existência de relações entre:

1. A Qualidade de Vida do indivíduo hipertenso e níveis de Adesão aos Tratamentos Farmacológicos.

2. A Qualidade de Vida do indivíduo hipertenso e os valores de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica.

3. A Adesão aos Tratamentos Farmacológicos e os níveis de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica.

MÉTODO

Participantes

A população deste estudo é constituída por indivíduos de idade inferior a 65 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial essencial, medicados com fármacos anti-hipertensores, provenientes de consulta especializada de hipertensão (Hospital Garcia de Orta) e consulta de cardiologia (Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada), onde são acompanhados regularmente com objectivos de controlo dos valores tensionais e de prescrição de terapêutica farmacológica.

Os participantes formam uma amostra intencional de 90 indivíduos, 63 da consulta de hipertensão do Hospital Garcia de Orta e 27 da consulta de cardiologia do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, 66,7% são do sexo feminino, com idades entre os 20 e os 64 anos, $M = 44,43$ anos.

Material

A avaliação foi efectuada através de questionários confidenciais (Anexo A), de auto-resposta, que incluíam:

Questionário Demográfico - para obtenção de dados respeitantes à idade, sexo, profissão, nível de instrução e estado civil. Também se incluiu um registo do último valor de pressão arterial.

MOS SF-36 Health Survey - O Medical Outcomes Study Short-Form 36, é um instrumento desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e adaptado à população portuguesa pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, em versão reconhecida pelo Medical Outcomes Trust (Barnabé, 1997).

É uma escala utilizada na avaliação da qualidade de vida em determinadas doenças e cuidados de saúde em geral (McHorney et al., 1994; Ribeiro, 1997; Kaplan, 1998). Esta escala permite comparar perfis de saúde, em múltiplos domínios da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, em grupos de indivíduos com diferentes diagnósticos de doença crónica, incluindo a hipertensão (Jenkinson, Layte & Lawrence, 1997; Arocho, McMillan & Sutton-Wallace, 1998; Hays, Alonso & Coons, 1998; Schlenk et al., 1998; Shmueli, 1998; Jacoby, Baker, Steen & Buck, 1999; Myers & Wilks, 1999). Inclui 36 itens divididos pelas seguintes dimensões (International Resource Center for Health Care Assessment, 1992):

Funcionamento Físico - Medida pela qual a saúde limita actividades físicas, como o auto-cuidado, andar a pé, subir escadas, inclinar-se ou baixar-se e realizar exercícios moderados e violentos. É constituída por 10 itens, com um alfa de Cronbach = 0,91. Os resultados variam entre o valor mínimo de 10 (menor Funcionamento Físico) e o valor máximo de 30 (maior Funcionamento Físico). A resposta é dada em escala tipo Likert entre (Sim, muito limitado; Sim, um pouco limitado; Não, nada limitado), de que é exemplo o item 3.a: «Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos».

Papel Físico - Medida pela qual a saúde física interfere com o trabalho ou outras actividades diárias, incluindo realizar menos do que queria, limitações no tipo de actividades ou dificuldades em executar essas actividades. É constituída por 4 itens, com um alfa de Cronbach = 0,90. Os resultados variam entre o valor mínimo de 4 (menor Papel Físico) e o valor máximo de 8 (maior Papel Físico). A resposta é dada em escala dicotómica (Sim/Não), de que é exemplo o item 4.a: «Diminuiu o tempo gasto a trabalhar».

Dor Corporal - Intensidade da dor e efeitos sobre o trabalho e outras actividades. É constituída por 2 itens, com um alfa de Cronbach = 0,90. Os resultados variam entre o valor mínimo de 2 (maior Dor) e o valor máximo de 12 (menor Dor). A resposta é dada em escala tipo Likert (Nenhumas; Muito fracas; Ligeiras; Moderadas; Fortes; Muito fortes), de que é exemplo o item 7: «Durante as últimas 4 semanas teve dores?».

Saúde Geral - Avaliação pessoal da saúde, incluindo a saúde actual e perspectivas de saúde e resistência à doença. É constituída por 5 itens, com um alfa de Cronbach = 0,75. Os resultados variam entre o valor mínimo de 5 (menor Saúde Geral) e o valor máximo de 25 (maior Saúde Geral). A resposta é dada em escala tipo Likert (Óptima; Muito boa; Boa; Razoável; Fraca), de que é exemplo o item 1: «Em geral, diria que a sua saúde é:».

Vitalidade - Sentir-se cheio de energia vs. sentir-se cansado e estafado. É constituída por 4 itens, com um alfa de Cronbach = 0,80. Os resultados variam entre o valor mínimo de 4 (menor Vitalidade) e o valor máximo de 24 (maior Vitalidade). A

resposta é dada em escala tipo Likert (Sempre; A maior parte do tempo; Bastante tempo; Algum tempo; Pouco tempo; Nunca), de que é exemplo o item 9.a: «Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu cheio/a de vitalidade?».

Funcionamento Social - Medida pela qual a saúde física ou problemas emocionais interferem com as actividades sociais. É constituída por 2 itens, com um alfa de Cronbach = 0,47 (Cfr. comunicação pessoal do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, este valor baixo é um problema genérico da versão portuguesa da escala, quando utilizada com população doente, estando relacionado com o grau de complexidade do item e o nível de literacia da população). Os resultados variam entre o valor mínimo de 2 (menor Funcionamento Social) e o valor máximo de 10 (maior Funcionamento Social). A resposta é dada em escala tipo Likert (Absolutamente nada; Pouco; Moderadamente; Bastante; Imenso), de que é exemplo o item 6: «Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?».

Papel Emocional - Medida pela qual os problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades, incluindo diminuição do tempo na sua realização, não realizando as actividades tão cuidadosamente como era costume, ou fazer menos do que se queria. É constituída por 3 itens, com um alfa de Cronbach = 0,84. Os resultados variam entre o valor mínimo de 2 (menor Papel Emocional) e o valor máximo de 6 (maior Papel Emocional). A resposta é dada em escala dicotómica (Sim/Não), de que é exemplo o item 5.a: «Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades».

Saúde Mental - Saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controle comportamental-emocional e sentimento de felicidade. É constituída por 5 itens, com um alfa de Cronbach = 0,92. Os resultados variam entre o valor mínimo de 5 (menor Saúde Mental) e o valor máximo de 30 (maior Saúde Mental). A resposta é dada em escala tipo Likert (Sempre; A maior parte do tempo; Bastante tempo; Algum tempo; Pouco tempo; Nunca), de que é exemplo o item 9.b: «Quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu muito nervoso/a?».

Transição na Saúde - Avaliação da saúde actual comparada com um ano atrás. É considerada uma medida de avaliação das mudanças percebida na saúde (Garratt et al., 1994). Os resultados variam entre o valor mínimo de 1 (melhor Transição na Saúde) e o valor máximo de 5 (pior Transição na Saúde). Resposta em escala tipo Likert (Muito melhor; Com algumas melhoras; Aproximadamente igual; Um pouco pior; Muito pior), é constituída apenas por um item (item 2): «Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:»

Escala de Auto-Avaliação de Adesão (Morisky, Green & Levine, 1986) - Esta escala composta por quatro itens de resposta dicotómica (Sim/Não), foi desenvolvida como instrumento de medida da medicação tomada por doentes submetidos a terapêutica farmacológica, para controlo da pressão arterial elevada (Morisky, Green & Levine, 1986).

Não temos conhecimento da utilização deste questionário em Portugal. Sabemos que tem sido utilizado em diversos estudos, de forma entretanto adaptada, em Espanha. Estes estudos realçam a importância deste instrumento, como método indirecto de

avaliação da adesão (Ferrán et al., 1987; Gil et al., 1993; Portillo, 1993; Latorre et al., 1997).

O constructo em que se baseia a escala, parte do pressuposto de que o não cumprimento integral da prescrição farmacológica, depende de factores como: esquecimento (item 1 da escala), descuido (item 2 da escala), parar a medicação quando se verificam melhoras (item 3 da escala) ou quando a medicação provoca, exacerba ou não põe termo a sintomas desagradáveis (item 4 da escala).

O principal objectivo deste instrumento é facilitar a identificação dos problemas e barreiras que impeçam a adesão dos sujeitos ao tratamento (Morisky, Green & Levine, 1986).

Os resultados totais da escala variam entre 0 (nível baixo de adesão; todos os itens respondidos com «Sim») e 4 (nível alto de adesão; todos os itens respondidos com «Não»). Considera-se ainda um nível intermédio, quando existe uma ou duas respostas «Sim». O nível de adesão já será baixo, desde que existam três respostas «Sim».

A estrutura das respostas pretende controlar a tendência de respostas aquiescentes, que muitas vezes se verificam por parte dos doentes relativamente aos profissionais de saúde, fazendo corresponder a resposta «Sim» com níveis de não-adesão. Como exemplo de um item da escala (12.a), temos: «Já se esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos para a tensão?».

Realizámos para este estudo uma adaptação deste instrumento a partir da versão original, efectuando a sua tradução, retroversão e estudo piloto, tendo em conta aspectos relacionados com a equivalência dos itens, conforme indicado por Ribeiro (1999).

O valor do alfa de Cronbach encontrado foi de 0,63, ligeiramente superior ao valor indicado pelos autores da escala (0,61), indicando um nível aceitável de consistência interna.

Planificação

O desenho do estudo é observacional descritivo transversal e exploratório.

As Variáveis Principais, são:

- Qualidade de Vida
- Adesão ao Tratamento Farmacológico
- Pressão Arterial

As Variáveis de Controlo (Secundárias), são:

- Idade
- Sexo
- Nível de Instrução
- Estado Civil.

Procedimento

Juntamente com os responsáveis pelo acompanhamento local do estudo, no Hospital Garcia de Orta - Consulta de Hipertensão e no Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, foi acordado que o investigador trabalharia com o apoio logístico dos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) das duas instituições. Os sujeitos, com consulta marcada no dia em que o investigador estivesse presente, eram incluídos na amostra desde que estivessem medicados com qualquer tipo de fármaco anti-hipertensor e possuíssem idade inferior a 65 anos.

Foi efectuado um estudo piloto, com 12 sujeitos, o qual permitiu avaliar o desempenho geral relativamente a todo o instrumento, mas também permitiu garantir a utilização, no estudo posterior, da Escala de Auto-Avaliação de Adesão à Terapêutica Farmacológica, não sendo necessário, após o estudo piloto, realizar nenhuma alteração no instrumento.

Antes do contacto com o investigador, os sujeitos com as características anteriormente mencionadas procediam a uma medição da pressão arterial, através de esfingomanómetro de coluna de mercúrio, efectuada por médico cardiologista, registando-se os valores de pressão arterial sistólica e diastólica, para constarem deste estudo.

Após estes aspectos iniciais, os sujeitos foram encaminhados para um gabinete onde se encontrava o investigador.

O contacto, com cada um dos sujeitos, principiou através de uma pequena apresentação do investigador e dos objectivos gerais da investigação. Nesta fase, foi pedido o consentimento informado aos sujeitos (em Anexo).

No momento posterior, foram passados os instrumentos de auto-avaliação constantes deste estudo (Questionário Demográfico, MOS SF-36 e Questionário de Adesão ao Tratamento Farmacológico). O investigador manteve-se sempre presente, para poder eventualmente esclarecer o participante em dúvidas relativas ao preenchimento.

O tempo médio utilizado na recolha total de dados por sujeito, foi aproximadamente de 20 minutos.

Os dados recolhidos através do instrumento utilizado neste estudo, foram posteriormente introduzidos no «package» estatístico SPSS[®] 10.0 para Windows[®].

O tratamento estatístico realizado, contemplou a estatística descritiva relativamente a todas as variáveis do estudo; o teste paramétrico t-student, para determinação de diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos dois sexos; e cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson, para avaliação de possíveis associações entre as variáveis principais (Bryman & Cramer, 1993; Ribeiro, 1999).

RESULTADOS

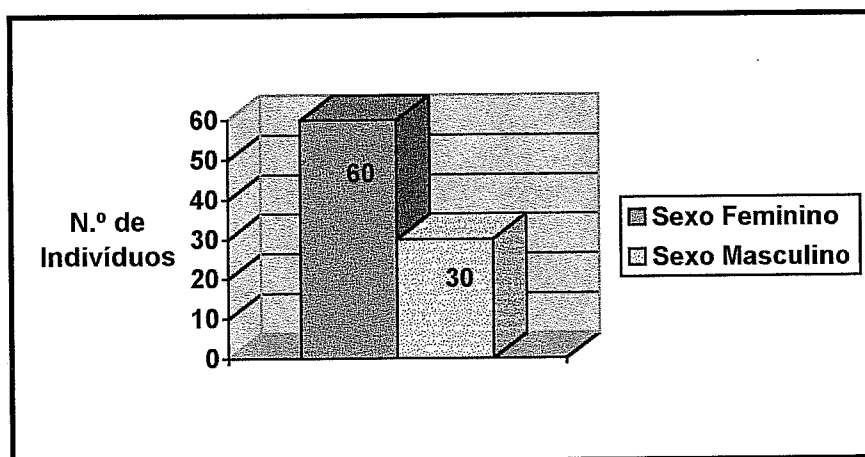
Em primeiro lugar iremos apresentar os resultados estatísticos obtidos para as Variáveis de Controlo: Sexo, Idade, Estado Civil, Nível de Instrução e Profissão. Posteriormente, faremos a apresentação de resultados das Variáveis Principais: Pressão Arterial, Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento Farmacológico, procedendo ao estudo das correlações significativas entre todas as variáveis constantes deste estudo.

Variáveis de Controlo

Sexo

A distribuição por sexo dos indivíduos da amostra, mostra, de acordo com a Figura 1, uma percentagem superior do sexo feminino (66,7%), em relação ao sexo masculino (33,3%).

Figura 1
Distribuição dos Indivíduos da Amostra por Sexo



Idade

Através dos elementos constantes do Quadro 2, podemos verificar que a idade dos sujeitos da amostra variou entre 20 anos para o sujeito mais novo, pertencente ao sexo feminino e 64 anos para o sujeito mais velho, também pertencente ao sexo feminino. A média de idade da amostra foi de 44,43 anos.

O sexo feminino apresenta uma média etária de 43,87 anos, relativamente mais baixa que a média etária do sexo masculino, de 45,57 anos.

No entanto, o teste-t não registou diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($t(90) = 0,48, p < 0,05$, não significativo).

Quadro 2

Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos à Idade dos Sujeitos da Amostra

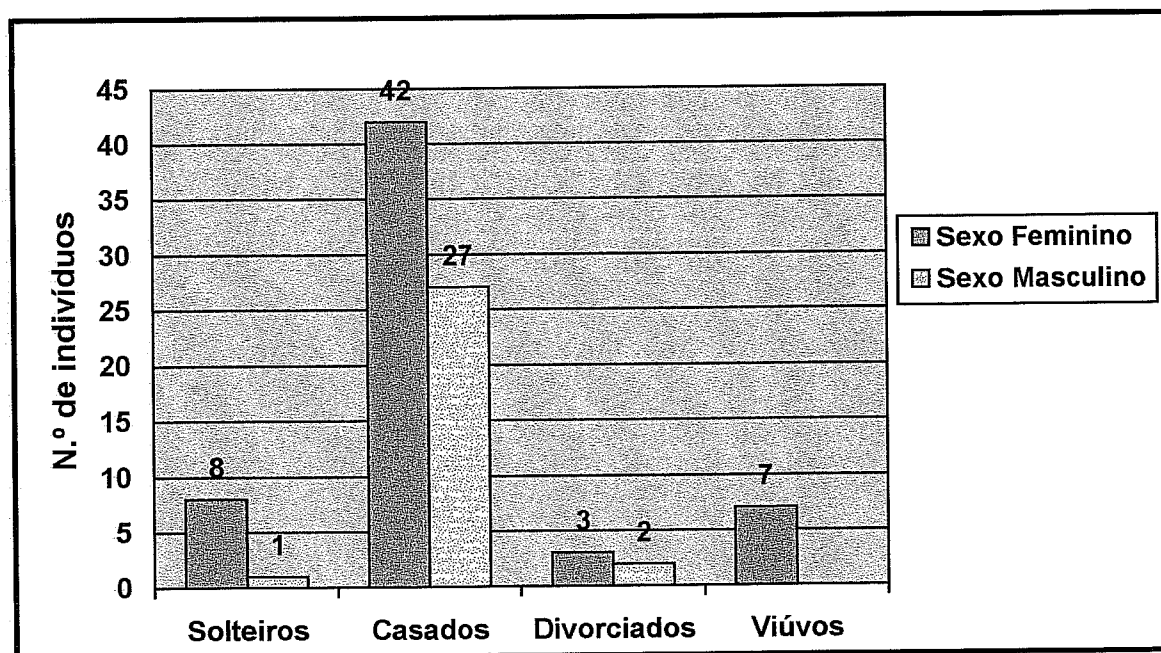
Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Feminino	60	20	64	43,87	12,13
Masculino	30	23	60	45,57	10,79
Amostra Total	90	20	64	44,43	11,67

Estado Civil

Através da análise da Figura 2, verificamos que, na amostra de doentes hipertensos considerada neste estudo, predomina o estado civil de casado (76,7%).

Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos ($t(90) = 0,98, p < 0,05$, não significativo).

Figura 2
Distribuição do Estado Civil dos Indivíduos da Amostra por Sexo



Nível de Instrução

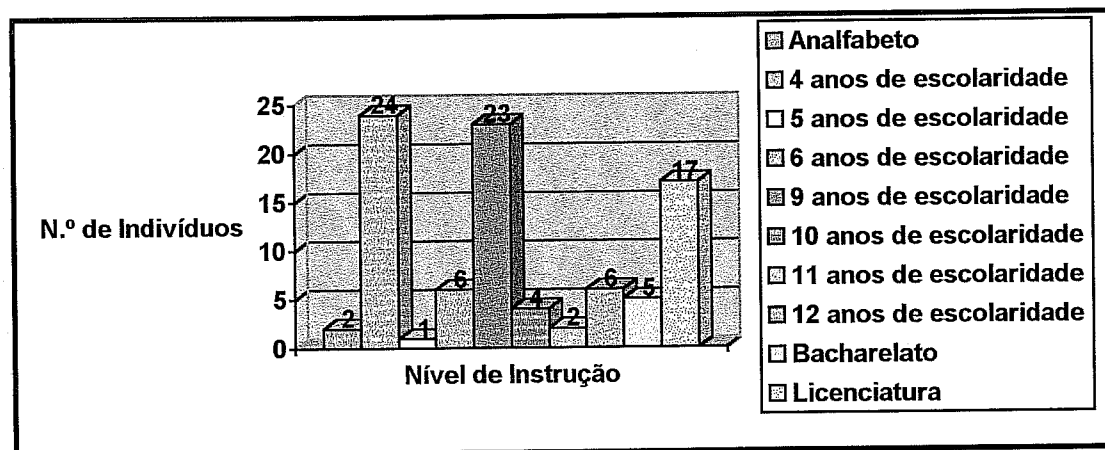
Na variável Nível de Instrução, a amostra deste estudo situou-se, em termos médios, ao nível da escolaridade obrigatória (3.º ciclo do ensino básico), sendo a média de 8,68 anos de escolaridade e desvio padrão de 3,96.

Não se registaram, nesta variável, diferenças significativas entre os dois sexos ($t(90) = -0,71, p < 0,05$, não significativo).

Na Figura 3, apresenta-se a distribuição dos sujeitos pelos vários níveis de formação académica.

Figura 3

Distribuição dos Indivíduos da Amostra por Nível de Instrução



Profissão

O nível socio-profissional dos indivíduos da amostra, encontra-se indicado no Quadro 3. Conforme se pode constatar, os profissionais domésticos representam o nível percentualmente mais frequente (25,6%), seguido dos Quadros intelectuais e científicos com o valor percentual de 18,9%. As designações profissionais utilizadas neste estudo, estão em conformidade com o Censos 91 (Instituto Nacional de Estatística, 1994).

Quadro 3
Nível Profissional dos Indivíduos da Amostra

Profissão	N	Percentagem
Pequenos patrões da indústria	1	1,1
Profissionais técnicos intermédios independentes	1	1,1
Trabalhadores industriais e artesanais independentes	2	2,2
Prestadores de serviços e comerciantes independentes	2	2,2
Quadros intelectuais e científicos	17	18,9
Quadros técnicos intermédios	1	1,1
Quadros administrativos intermédios	3	3,3
Encarregados e capatazes	1	1,1
Empregados administrativos do comércio e serviços	13	14,4
Operários qualificados e semi-qualificados	7	7,8
Trabalhadores administrativos do comércio e serviços não-qualificados	2	2,2
Trabalhadores agrícolas não-qualificados	1	1,1
Pessoal das forças armadas	1	1,1
Estudantes	3	3,3
Domésticos	23	25,6
Reformados	7	7,8
Incapacitados permanentemente para o trabalho	4	4,4
Desempregados	1	1,1
Total	90	100,0

Variáveis Principais

Pressão Arterial

A variável Pressão Arterial, corresponde aos valores de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica em mmHg (milímetros de mercúrio), obtidos por medição antes do preenchimento do instrumento de avaliação.

No Quadro 4, mostram-se os valores desta variável, encontrados na amostra em estudo, sabendo-se que não foram encontradas, após aplicação do Teste-t, diferenças significativas entre os dois sexos.

Quadro 4

Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos aos valores de Pressão Arterial

Pressão Arterial	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Sistólica	110	190	144,99	14,93
Diastólica	55	120	88,64	13,66

Os valores médios de Pressão Arterial Sistólica, correspondem à classificação de Hipertensão Estadio 1; os valores médios de Pressão Arterial Diastólica, correspondem à classificação de Pressão Arterial Normal-Elevada (National Institutes of Health - JNC-VI, 1997).

Qualidade de Vida

A variável Qualidade de Vida resulta das dimensões avaliadas, em sub-escalas, através do questionário SF-36. No Quadro 5 indicam-se, para cada sub-escala, os resultados estatísticos obtidos para o conjunto da amostra de sujeitos hipertensos.

Quadro 5
Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos às
Sub-Escalas do SF-36

Sub-Escala	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Funcionamento Físico	0	100	67,16	26,04
Papel Físico	0	100	55,55	43,82
Dor	0	100	62,71	27,67
Saúde Geral	0	92	49,47	18,62
Vitalidade	0	100	47,05	22,50
Funcionamento Social	12,50	100	69,02	24,87
Papel Emocional	0	100	51,85	43,59
Saúde Mental	0	100	55,55	25,21
Transição na Saúde	0	100	50,27	21,03

O resultado médio mais alto foi obtido na sub-escala de Funcionamento Social, sendo o resultado médio mais baixo obtido na sub-escala de Vitalidade.

Relativamente a esta variável, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os dois sexos, nas sub-escalas Vitalidade e Saúde Mental. Na sub-escala Vitalidade, os homens apresentam maior vitalidade ($M = 59,00$) do que as

mulheres ($M = 41,08$), $t(90) = -3,82$, $p < 0,05$. Na sub-escala de Saúde Mental, é igualmente o sexo masculino que apresenta resultados superiores ($M = 68,40$) relativamente aos valores obtidos pelo sexo feminino ($M = 23,93$), $t(90) = -3,64$, $p < 0,05$.

Adesão ao Tratamento Farmacológico

Os resultados obtidos na variável Adesão ao Tratamento Farmacológico, a partir das respostas ao questionário utilizado neste estudo, permitem fazer dois tipos de apresentação: ao nível descritivo e do estilo de resposta. Não se registaram diferenças significativas entre os dois sexos nesta variável.

No Quadro 6, mostram-se os resultados de estatística descritiva para os 4 itens e escala completa.

Quadro 6

Mínimos, Máximos, Médias e Desvios-Padrão relativos aos Itens e Escala Completa de Adesão ao Tratamento Farmacológico

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Item 1	0	4	0,32	0,47
Item 2	0	4	0,46	0,50
Item 3	0	4	0,71	0,46
Item 4	0	4	0,74	0,44
Escala completa	0	4	2,23	1,29

O Quadro 6 permite verificar resultados médios superiores nos itens 3 e 4, relativamente aos dois primeiros itens da escala e um resultado médio na escala completa, compatível com um nível de adesão considerado médio.

No Quadro 7, podemos observar os resultados obtidos na escala completa, considerando-se os três níveis de adesão avaliados com base no estilo de resposta, sendo a resposta «Sim» um indicador de não-adesão.

Quadro 7
Níveis de Adesão Atingidos

Nível de Adesão	N	Porcentagem
Baixo (4 respostas «Sim»)	10	11,1
Baixo (3 respostas «Sim»)	16	17,8
Médio (2 respostas «Sim»)	27	30,0
Médio (1 resposta «Sim»)	17	18,9
Alto (0 respostas «Sim»)	20	22,2
Total	90	100,0

Os resultados apresentados no Quadro 7, mostram que 22,2% dos sujeitos da amostra não deram qualquer resposta «Sim» no questionário, possuindo um nível alto de adesão; 48,9% dos sujeitos da amostra responderam uma ou duas vezes «Sim», a que corresponde um nível médio de adesão; 28,9% dos sujeitos deram 3 ou 4 respostas «Sim», revelando um nível baixo de adesão.

Com mais detalhe, o Quadro 8 mostra o estilo de resposta no item 1, que avalia o «esquecimento» relativamente à toma de medicação.

Quadro 8
Estilo de Resposta - Item 1

Resposta	N	Percentagem
«Sim»	61	67,8
«Não»	29	32,2
Total	90	100,0

No item 1 verifica-se uma maioria (67,8%) de respostas «Sim», dando significado ao «esquecimento» como condicionalismo para a adesão.

O Quadro 9, mostra o estilo de resposta dada pelos sujeitos ao item 2, o qual avalia o «descuido» na toma da medicação.

Quadro 9
Estilo de Resposta - Item 2

Resposta	N	Percentagem
«Sim»	49	54,4
«Não»	41	45,6
Total	90	100,0

Também no Quadro 9 se verifica que o «Sim» foi a resposta mais escolhida por 54,4% dos sujeitos da amostra, revelando a importância da dimensão «descuido» no processo de adesão à terapêutica.

O estilo de resposta dado pelos sujeitos no item 3, encontra-se apresentado no Quadro 10.

Quadro 10
Estilo de Resposta - Item 3

Resposta	N	Percentagem
«Sim»	26	28,9
«Não»	64	71,1
Total	90	100,0

A dimensão avaliada pelo item 3, diz respeito à «paragem da medicação» quando o sujeito sente melhoras. O Quadro 10 permite verificar que 71,1% dos sujeitos da amostra continua a tomar os medicamentos, mesmo que se sinta melhor.

A dimensão avaliada pelo item 4, é respeitante à «paragem da medicação» quando o sujeito se sente pior. O Quadro 11 caracteriza o estilo de resposta a este item.

Quadro 11
Estilo de Resposta - Item 4

Resposta	N	Percentagem
«Sim»	23	25,6
«Não»	67	74,4
Total	90	100,0

As respostas a este item foram maioritariamente negativas (74,4%), realçando a continuidade da toma da medicação, mesmo que os indivíduos não sintam melhoras.

Correlações entre as Variáveis Principais

Utilizámos o coeficiente de correlação linear de Pearson, no sentido de verificarmos possíveis associações entre as variáveis principais, nomeadamente, determinando a força e a direcção das relações existentes. Apenas são indicados os valores significativos.

Correlação entre as Variáveis Qualidade de Vida e Adesão aos Tratamentos

Entre as diferentes sub-escalas do SF-36 e a Escala de Adesão aos Tratamentos Farmacológicos, foi possível encontrar a correlação apresentada no Quadro 12.

Quadro 12

Correlação entre as Escalas do SF-36 e a Escala de Adesão

Saúde Geral	-0,22*
-------------	--------

*. $p < 0,05$

Verifica-se, por conseguinte uma correlação negativa modesta, embora significativa, entre os valores da sub-escala de Saúde Geral e os níveis de Adesão avaliados ($r(90) = -0,22, p < 0,05$).

Correlação entre as Variáveis Qualidade de Vida e Pressão Arterial

No Quadro 13, apresenta-se o valor de correlação, significativo, encontrado entre as sub-escalas do questionário de Qualidade de Vida e os valores de Pressão Arterial Sistólica.

Quadro 13

Correlação entre as Escalas do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Sistólica

Saúde Mental	-0,24*
--------------	--------

*. $p < 0,05$

Existe entre a sub-escala de Saúde Mental do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Sistólica, uma correlação significativa negativa modesta ($r(90) = -0,24$, $p < 0,05$).

Procedemos também ao estudo de correlação entre as sub-escalas do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Diastólica. Os valores significativos encontrados são apresentados no Quadro 14.

Quadro 14

Correlação entre as Escalas do SF-36 e os valores de Pressão Arterial Diastólica

Papel Físico	-0,23*
Vitalidade	-0,21*
Saúde Mental	-0,22*

*. $p < 0,05$

As correlações significativas encontradas são negativas modestas. Assim, os valores de Pressão Arterial Diastólica, correlacionam-se negativamente com a sub-

escala de Papel Físico ($r(90) = -0,23, p < 0,05$); com a sub-escala de Vitalidade ($r(90) = -0,21, p < 0,05$); e com a sub-escala de Saúde Mental ($r(90) = -0,22, p < 0,05$).

Correlação entre as Variáveis Adesão aos Tratamentos e Pressão Arterial

O estudo da correlação entre a Adesão aos Tratamentos Farmacológicos (Anti-Hipertensores) e a Pressão Arterial, reveste-se de particular interesse neste estudo.

Apenas se encontrou uma correlação significativa entre a Escala de Adesão aos Tratamentos e a Pressão Arterial Sistólica, não se encontrando valores significativos na relação entre a Adesão aos Tratamentos e a Pressão Arterial Diastólica. Encontrou-se, no entanto, uma correlação significativa entre o item 3 da Escala de Adesão e a Pressão Arterial Sistólica. No Quadro 15, são indicados os valores de correlação significativa encontrados.

Quadro 15

Correlação entre a Escala de Adesão e Itens Isolados e os valores de Pressão Arterial Sistólica

Escala de Adesão aos Tratamentos Completa	0,21*
Item 3 da Escala de Adesão aos Tratamentos	0,23*

*. $p < 0,05$

Constata-se a existência de uma correlação positiva modesta entre as variáveis Escala de Adesão e Pressão Arterial Sistólica ($r(90) = 0,21, p < 0,05$). Igualmente, existe uma correlação positiva fraca entre o item 3 (parar a medicação quando existem melhoras) da Escala de Adesão aos Tratamentos e os valores de Pressão Arterial Sistólica ($r(90) = 0,23, p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Relativamente aos resultados apresentados no ponto anterior, constatamos que, nas Variáveis de Controlo – Estado Civil, Nível de Instrução e Profissão – não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, apesar de na amostra considerada o número de elementos do sexo feminino ser duas vezes superior ao de elementos do sexo masculino.

Parece-nos que sobre esta questão, que contraria dados epidemiológicos sobre a incidência superior no sexo masculino de hipertensão (Barbosa, 1983), poderemos referir que o facto de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde, tornando-se mais disponíveis para investigações experimentais e, sabendo-se que factores de risco para a hipertensão, como o tabagismo, se encontram em crescimento no sexo feminino (Miguel, 1997), poderão de algum modo explicar a diferença de número de indivíduos por sexo encontrada neste estudo.

A variável Idade reflecte um dos critérios de inclusão na amostra: idade inferior a 65 anos. Apesar de não se terem registado diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, a média etária do sexo masculino (45,57 anos) é cerca de dois anos superior à do sexo feminino (43,87) anos, sendo a média de idade da amostra de 44,43 anos. Curiosamente, o sujeito mais novo e o mais velho da amostra pertencem ao sexo feminino.

O Estado Civil dos sujeitos da amostra é predominantemente o de casado, tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

A variável Nível de Instrução apresenta um valor médio ao nível do 3.º ciclo do ensino básico (9.º ano), embora a escolaridade mais frequente esteja ao nível dos 4 anos de escolaridade. Por outro lado, a formação universitária está presente em 22 sujeitos, o que é um facto notório, até porque a licenciatura é o 3.º nível de instrução mais frequente na amostra.

O nível Sócio-Profissional mais frequente é a dos profissionais domésticos, representativo de uma camada de população, normalmente do sexo feminino. Em segundo lugar, surgem os quadros intelectuais e científicos, que se relacionam também com o nível de habilitações superior encontrado na variável Nível de Instrução. O número de indivíduos em situação não-activa (desempregados, reformados, incapacitados), não é muito significativo, pelo que se pode afirmar que a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos com vida profissional activa, pertencentes a um estrato social médio, podendo-se concordar com a afirmação de que, relativamente às doenças cardiovasculares, existe uma relação directa entre estatuto sócio-económico favorecido e a incidência destas doenças (Carroll, 1992).

Em suma, podemos afirmar que, em termos médios, o indivíduo hipertenso pertencente à amostra deste estudo, é do sexo feminino, tem aproximadamente 44 anos de idade, é casado, apresenta uma escolaridade ao nível da frequência do 3.º ciclo do ensino básico e um nível sócio-profissional médio.

Os valores médios obtidos na variável Pressão Arterial (aproximadamente igual a 150 / 90 mmHg), dividida em Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica, reflectem, de acordo com as classificações em uso, níveis entre a Pressão Arterial

Normal-Elevada e a Hipertensão Estadio 1 (National Institutes of Health - JNC-VI, 1997), ou de acordo com os critérios da OMS, Pressão Arterial "Borderline" (Beavers & McGregor, 1987).

Constata-se que, embora os níveis médios de pressão arterial não sejam demasiado elevados, estão no limiar da hipertensão, o que pode pressupor algum controlo da pressão arterial efectuado, embora manifestamente insuficiente para garantir um abaixamento até aos valores normais. Este facto, permite pensar que, do ponto de vista terapêutico, mais haverá a fazer, em particular, no controlo da pressão arterial sistólica, promovendo, eventualmente, melhores níveis de adesão aos tratamentos (Mallion et al., 1998).

Os valores médios de pressão arterial sistólica obtidos na amostra, são factor de risco para outras doenças cardiovasculares, de acordo com Coca (1998), que refere para estes valores 42,9 % dos casos de morte por enfarte agudo do miocárdio.

Relativamente à variável Qualidade de Vida, os resultados médios obtidos não são muito elevados. Podemos considerar como melhores indicadores de saúde as dimensões Funcionamento Social e Funcionamento Físico. Como piores indicadores de estado de saúde, encontramos as dimensões Vitalidade e Saúde Geral.

Deste modo, verificamos que nos indivíduos da amostra, a hipertensão parece interferir pouco, do ponto de vista físico e emocional, com as actividades sociais. Podemos assim perceber a existência de um nível funcional nos contactos sociais e,

eventualmente no grau de participação social destes indivíduos (Ware, 1987; Ware & Sherbourne, 1992; Revicki et al., 1998).

De igual modo, o Funcionamento Físico não parece estar comprometido pela doença, desempenhando os indivíduos inquiridos, em média, a maioria das actividades físicas correntes sem grandes limitações.

Pelo contrário, a dimensão Vitalidade, que podemos relacionar com fadiga e falta de energia (Ruta et al., 1994), parece ter maior impacto nas condições de saúde destes indivíduos, particularmente no sexo feminino, com maiores implicações no seu bem-estar.

Relativamente à percepção geral de saúde, a apreciação que os sujeitos fazem do seu estado de saúde, denota a existência de crenças que se manifestam numa fraca opinião sobre esta dimensão.

Estes resultados, de acordo com Stewart et al. (1989), poderão estar condicionados por uma percepção fraca do estado de saúde, condição comum nos indivíduos hipertensos, talvez devido à natureza assintomática da doença, que não permite uma compreensão clara dos factores precipitantes e de desenvolvimento da doença.

Merece realce a diferença, estatisticamente significativa, encontrada entre os dois sexos na dimensão Saúde Mental, demonstrando os sujeitos do sexo feminino maior vulnerabilidade emocional e por conseguinte, índices mais elevados de ansiedade

e depressão, com repercussões no seu bem-estar físico e psicológico (Fallowfield, 1990).

Na variável Adesão aos Tratamentos Farmacológicos, os resultados traduzem um nível médio de adesão. O estudo efectuado aos estilos de resposta permitiu identificar duas componentes. A primeira, relacionada com níveis de não-adesão numa perspectiva que realça o esquecimento e o descuido relativo à medicação prescrita. A segunda componente mais relacionada com níveis de adesão, identifica o empenho na continuidade da terapêutica, quer o sujeito percepcione uma melhoria do seu estado de saúde ou persista na medicação, apesar de não percepcionar qualquer melhoria.

Em nosso entender, a avaliação efectuada caracteriza-se mais pelo ponto de vista do não-cumprimento ("compliance") das prescrições, do que pelo ponto de vista da não-adesão, no que ela implica de alternativa conscientemente e informadamente tomada em relação à sugestão terapêutica (Pitts, 1997).

No que diz respeito à correlação significativa encontrada entre a dimensão Saúde Geral e a Adesão ao Tratamento, podemos afirmar que embora negativamente modesta, explicita um sentido de variabilidade, em que níveis de percepção individual de saúde mais satisfatórios, podem conduzir a uma menor adesão aos tratamentos, por desinvestimento no processo terapêutico. Inversamente, verifica-se um aumento da Adesão ao Tratamento quando a percepção de Saúde Geral é menos positiva.

Este facto poderá ser explicado a três níveis: ao nível das características de personalidade e padrão sócio-cultural do indivíduo; ao nível de barreiras económicas ou

outras dificuldades de acesso ao tratamento, como ausência de suporte social relativa à manutenção do tratamento; e como consequência de uma motivação insuficiente para o tratamento, acompanhada do desinteresse pela obtenção de informação sobre a doença e os cuidados pessoais com ela relacionados (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985).

É igualmente necessário perceber de que modo os componentes de eficácia do tratamento estão presentes e de que forma se desenvolve a relação e a comunicação médico-doente (Patel, 1990; Dunbar-Jacob, Burke & Puczynski, 1995).

O nosso estudo mostrou a importância que algumas dimensões da Qualidade de Vida parecem ter na sua relação com a Hipertensão Arterial. Deste modo, uma melhor Saúde Mental aparece associada a níveis de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica mais baixos. Ou seja, melhor controlo emocional, poderá possibilitar um melhor controlo dos valores tensionais.

As dimensões Vitalidade e Papel Físico, aparecem igualmente associadas a níveis menores de Pressão Arterial Diastólica, reflectindo um melhor grau de actividade física quando os valores de Pressão Arterial Diastólica são mais baixos.

Verificamos ainda, que no nosso estudo, os melhores níveis de Adesão se associam a valores mais elevados de pressão arterial sistólica, particularmente, na situação em que o indivíduo não deixa de tomar os medicamentos quando se sente melhor.

Esta questão levanta uma natural controvérsia, já que se esperaria encontrar uma relação entre estas variáveis no sentido de os níveis de Adesão superiores se associarem a valores mais baixos na Pressão Arterial.

No entanto, parece que a Pressão Arterial Sistólica mais elevada funcionará como factor estimulante para a adesão à medicação, eventualmente, por ser reconhecida como um factor de doença.

Neste aspecto, partilhamos da concepção de Horne (1998), de que as representações sobre a doença e as crenças de eficácia do tratamento, terão um papel determinante no processo de Adesão.

Pelo que atrás ficou exposto, poderemos afirmar que a relação entre Qualidade de Vida e Adesão depende essencialmente da percepção individual de Saúde. O melhor nível de Qualidade de Vida passa, no nosso estudo, por uma menor Adesão. Este aspecto não é confirmado por alguns autores (Clark, 1991; Boissel et al., 1995; Guédon, 1995; Harris, Luft, Rudy & Tierney, 1995; Hosie & Wiklund, 1995).

Este facto não retira valor à nossa investigação, de tipo exploratório em que não existem à partida resultados esperados, realçando a importância da Adesão aos Tratamentos Farmacológicos para o controlo da Hipertensão e de ambas para a Qualidade de Vida, enquanto avaliação do estado de saúde (Torrance, 1987).

Investigações posteriores deverão, em nossa opinião, avaliar a Adesão no sentido dinâmico de participação e co-responsabilidade do indivíduo no tratamento.

Também deverá ser dada atenção ao processo de comunicação entre o doente e o profissional de saúde e o grau de satisfação com os cuidados de saúde prestados. Será necessário aprofundar o conhecimento sobre o papel das crenças de saúde e representação da doença. Por outro lado, será importante avaliar os níveis de informação que o indivíduo possui sobre a sua doença.

Relativamente a todos estes aspectos, deverá ser analisado o seu impacto na Qualidade de Vida e Estado de Saúde.

Numa perspectiva de intervenção em Psicologia da Saúde, será conveniente agir ao nível da promoção individual de estilos de vida saudáveis, através do aconselhamento de saúde, em geral e saúde cardiovascular, em particular, desenvolvido nos cuidados de saúde primários e continuados, nos serviços de cardiologia.

Ao finalizar o nosso estudo, não queremos deixar de referir o aspecto, que julgamos basilar, da abordagem da hipertensão arterial essencial: o facto de ser uma doença plurifactorial e de etiologia complexa.

Assim, o nosso estudo, sem a pretensão de fazer generalizações e, tendo em conta as suas limitações metodológicas, procurou ser mais um contributo na perspectiva multifactorial da hipertensão arterial, tal como é apresentada por alguns autores (Appel, 1986; Johnston & Steptoe, 1989; Sarafino, 1990; Weiss et al., 1991; Silva & Mota, 1992).

Nesta perspectiva, surgem também os aspectos psicológicos, que influenciam ou são influenciados, pela própria doença, tendo este estudo procurado caracterizar algumas dimensões. Desta forma, julgamos que as nossas apreciações nos permitem validar a importância que estes factores parecem ter no estilo de vida do indivíduo hipertenso. Aqui, pensamos que será importante equacionar-se, uma perspectiva pluridisciplinar de intervenção, quer ao nível preventivo e profilático quer ao nível terapêutico e de reabilitação.

Julgamos que neste ponto, o psicólogo da Saúde poderá ter um papel importante numa equipa de saúde cardiovascular, estando apto a desempenhar ao nível dos centros de saúde, hospitais e comunidade em geral, diversas funções.

A este propósito, Huete (1993), caracterizou as actividades mais relevantes, nas quais o psicólogo da saúde poderá (e deverá), intervir. Resumidamente, estas actividades englobam aspectos de avaliação dos comportamentos de risco e das variáveis que os mantêm e, igualmente, a promoção dos factores que favoreçam e mantenham estados adequados de saúde, englobando actividades de educação e promoção da saúde, dirigidas para a comunidade, no sentido da alteração de hábitos que conduzam a comportamentos relacionados com alterações cardiovasculares.

Este autor, refere igualmente, actividades de formação de outros profissionais da equipa de saúde, procurando uma sensibilização dos outros técnicos de saúde para as variáveis psicológicas intervenientes no processo de saúde e de doença.

Ao nível das acções directas sobre os indivíduos, Huete (1993) refere que o psicólogo da saúde poderá intervir de forma a complementar as terapêuticas médicas (farmacológicas e outras). Esta intervenção deverá ser directa sobre os comportamentos que propiciam os factores de risco.

Gostaríamos de salientar, neste ponto, os múltiplos estudos realizados sobre o sucesso das terapias psicológicas nos doentes hipertensos, nomeadamente alguns estudos referentes à utilização de Biofeedback (McGrady et al., 1986; Barr, Pennebaker & Watson, 1988), Treino Aeróbico (Sherwood, Light & Blumenthal, 1989), Terapia de Grupo e Psicodrama (Cardoso & Coelho, 1980), Terapias Comportamentais (Achmon et al., 1989; Niaura & Goldstein, 1990; Patel, 1990; Phillips, 1997), Terapias Cognitivas (Bennett, 1993) e Relaxação (Lynch & Thomas, 1985; Irvine & Logan, 1991; Jacob et al., 1992), e modelos de intervenção biopsicossociais (Rosen, Brondolo & Kostis, 1995). Na literatura revista, encontrámos apenas um estudo (Adsett et al., 1989), que refere o insucesso da terapia de relaxação, quando comparada com o tratamento farmacológico (beta-bloqueadores).

McIntyre & Silva (1994), apresentam vários modelos multicomponenciais, da aplicação dos quais, tem resultado um efeito sinérgico entre tratamentos comportamentais e tratamentos farmacológicos. Estes modelos partem do princípio de uma causalidade fisiológica e comportamental da hipertensão, procurando implementar intervenções comportamentais dirigidas aos diferentes níveis de regulação da pressão arterial: actividade do sistema nervoso autónomo, débito cardíaco, resistência periférica e desregulação bioquímica. Estes modelos são presentemente aqueles que melhores

resultados têm obtido, no tratamento não exclusivamente farmacológico da hipertensão arterial essencial (Simon, 1992).

Alguns autores (Reig, 1992; Rios, Torres & Diaz, 1992), referem igualmente a importância, como coadjuvante na intervenção do psicólogo da saúde, junto de indivíduos com perturbações cardiovasculares, de um adequado sistema de suporte social, que permita ao indivíduo perceber-lo como disponível e acessível. Este factor é ainda mais importante quando se refere ao suporte social parental.

A este propósito, Dressler (1991), verificou que indivíduos com baixo suporte social parental registavam valores elevados de pressão arterial diastólica, verificando-se o oposto em indivíduos com elevado suporte social parental.

Para finalizar, para além das actividades já mencionadas ao nível da prevenção das perturbações cardiovasculares, cabe ao psicólogo da saúde um importante papel na investigação das variáveis que concorrem para as situações de saúde e de doença. A este nível, o psicólogo utiliza os métodos e técnicas de avaliação próprios da psicologia, os quais, permitem através da metodologia científica, comprovar e avaliar modalidades terapêuticas, não esquecendo o contributo de outras áreas da saúde.

Foi, embora de forma algo limitada, este último aspecto o factor impulsionador do nosso trabalho, o qual teve como principal objectivo poder contribuir para que outros horizontes de investigação nesta matéria sejam traçados. Estes, deverão procurar dar resposta às solicitações de todos aqueles que pretendem e podem beneficiar de um conhecimento mais exacto da problemática da hipertensão arterial essencial.

REFERÊNCIAS

Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkley, C., Coakley, E. & Colditz, G. (1998). Social Networks, Stress and Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 7, 735-750.

Achmon, J. et al. (1989). Behavioral Treatment of Essential Hypertension: A Comparison Between Cognitive Therapy and Biofeedback of Heart Rate. *Psychosomatic Medicine*, 51: 152-164.

Adsett, C. et al. (1989). Behavioral and Psychological Effects of a Beta Blocker and Relaxation Therapy on Mild Hypertensives. *Psychosomatic Medicine*, 51: 523-536.

Agewall, S., Wikstrand, J., Dahlöf, C. & Fagerberg, B. (1995). A Randomized Study of Quality of Life During Multiple Risk Factor Intervention in Treated Hypertensive Men at High Cardiovascular Risk. *Journal of Hypertension*, 13 (12), 1471-1477.

Álvaro, A. (1995). Modelos, Técnicas y Áreas de Evaluación en Psicología de la Salud. In A. Álvaro (Ed.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp.571-631). Madrid: CEPE.

Amar, J., Bieler, L., Salvador, M. & Chamontin, B. (1997). Épaisseur Intima-Média Carotidienne chez L'Hypertendu de la Blouse Blanche et Ambulatoire. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, 90 (8), 1075-1078.

Antón, B. & Méndez, F. (1999). Líneas Actuales de Investigación en Psicología de la Salud. In M. A. Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud (Fundamentos, Metodología y Aplicaciones)* (pp. 217-245). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Appel, M. (1986). Hypertension. In K. Holroyd & T. Creer (Eds.), *Self-Management of Chronic Disease* (pp. 347-372). Orlando: Academic Press.

Applegate, W. (1992). The Hypertensive Patient: Not Just a Number. *Postgraduate Medicine*, 92 (1), 237-244.

Applegate, W. (1998). Quality of Life During Antihypertensive Treatment - Lessons from the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *American Journal of Hypertension*, 11 (3), 57S-61S.

Arocho, R., McMillan, A. & Sutton-Wallace, P. (1998). Construt Validation of the USA-Spanish Version of the SF-36 Health Survey in a Cuban-American Population with Benign Prostatic Hyperplasia. *Quality of Life Research*, 7 (2), 121-126.

Barbosa, A. (1983). Aspectos Psicossociais da Hipertensão. In *Programa de Controlo da Hipertensão Arterial: Hipertensão Arterial e Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Barnabé, R. (1997). Qualidade de Vida, Relação Conjugal, Satisfação Sexual em Mulheres Mastectomizadas e Mulheres Tumorestomizadas - Um Estudo Comparativo. In J. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 215-230). Lisboa: ISPA.

Barr, M., Pennebaker, J. & Watson, D. (1988). Improving Blood Pressure Estimation Through Internal and Environmental Feedback. *Psychosomatic Medicine*, 50: 37-45.

Beevers, D. & McGregor, G. (1987). *Daily Practice in Hipertension*. London: Martin Dunitz.

Belar, C., Deardorff, W. & Kelly, K. (1987). *The Practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press.

Bennett, P. (1993). *Counselling for Heart Disease*. Leicester: The British Psychological Society.

Black, H., Dluhy, R., Prisant, L. & Weinberger, M. (1998). Hipertensão Refractária. *Patient Care* (Ed. Portuguesa), Abril, 58-73.

Boissel, J-P. et al. (1995). A Randomized Comparison of the Effect of Four Antihypertensive Monotherapies on the Subjective Quality of Life in Previously Untreated Asymptomatic Patients: Field Trial in General Practice. *Journal of Hypertension*, 13 (9), 1059-1067.

Bryman, A. & Cramer, D. (1993). *Análise de Dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS* (2.ª Ed.). Oeiras: Celta Editora.

Bulpitt, C. (1997). Quality of Life as an Outcome Measure. *Postgraduate Medicine*, 73, 613-616.

Bulpitt, C. & Fletcher, A. (1988). Importance of Well-Being to Hypertensive Patients. *American Journal of Medicine*, 84 (Suppl. 1B), 40-46.

Cardoso, R. & Coelho, R. (1980). Doentes Coronários - Grupoterapia e Psicodrama. *Psiquiatria Clínica*, 1 (2): 121-125.

Carroll, D. (1992). *Health Psychology: Stress, Behavior and Disease*. London: The Falmer Press.

Clara, J. (1991). *Factores Condicionantes da Pressão Arterial*. Lisboa: Instituto Luso-Fármaco.

Clark, L. (1991). Improving Compliance and Increasing Control of Hypertension: Needs of Special Hypertensive Populations. *American Heart Journal*, 121 (2), 664-669.

Coca, A. (1998). Actual blood pressure control: are we doing things right?. *Journal of Hypertension*, 16 (suppl. 1), S45-S51.

Coelho, A., Coelho, R., Barros, H., Rocha-Gonçalves, F. & Reis-Lima, M. (1997). Hipertensão Arterial Essencial: Psicopatologia, Compliance e Qualidade de Vida. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 14 (11), 873-883.

Coelho, R. (1986). Hipertensão Arterial Essencial e Perfil Psicológico. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 5: 507-509.

Cohen, F., Horowitz, M., Lazarus, R., Moos, R., Robins, L., Rose, R., & Rutter, M. (1982). Panel Report on Psychosocial Assets and Modifiers of Stress. In G. Elliot & C. Eisdorfer (Eds.), *Stress and Human Health: Analysis and Implications of Research*. New York: Springer.

Consoli, S. (1994). Caractéristiques Psychologiques de l'Hypertendu en Surpoids. *La Revue du Practicien*, 44 (13 sup.): 41-45.

Corney, R. (1991). A Necessidade de Melhor Comunicação. In R. Corney (Ed.), *O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento em Medicina* (pp. 3-9). Lisboa: Climepsi Editores.

Direcção Geral de Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Dressler, W. (1991). Social Support, Lifestyle Incongruity, and Arterial Blood Pressure in a Southern Black Community. *Psychosomatic Medicine*, 53: 608-620.

Dunbar-Jacob, J., Burke, L. & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and Management of Adherence to Medical Regimens. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective* (pp. 313-349). Washington: American Psychological Association.

Falcão, L. (1997). Terapêutica Farmacológica da Hipertensão Arterial. In L. Falcão (Ed.), *Clinica e Terapêutica da Hipertensão Arterial* (pp. 11-13). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Falcão, L. & Ravara, L. (1997). Introdução. In L. Falcão (Ed.), *Clinica e Terapêutica da Hipertensão Arterial* (pp. 11-13). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life - The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.

Ferrán, M., Parcet, J., Casabella, B., Fernández, M. & Torre, M. (1987). Educación Sanitaria a Pacientes Hipertensos: Propuesta de un Test de Conocimiento y Cumplimiento. *Atención Primaria*, 5 (1), 25-30.

Fernández-Ríos, L. & García-Fernández, M. (1999). Psicología Preventiva y Calidad de Vida. In M. Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud - Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva, Psicología Universidade.

Flanagan, J. (1982). Measurement of Quality of Life: Current State of the Art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63: 56-59.

Frohlich, E. (1987). Hemodynamic Considerations in Clinical Hypertension. *Medical Clinics of North America*, 71, 803.

Frohlich, E. (1996). Hipertension. In T. Pearson, M. Criqui, R. Luepker, A. Oberman & M. Winston (Eds.), *Primer in Preventive Cardiology* (pp. 102-110). Dallas: American Heart Association.

Garratt, A., Rutta, D. Abdalla, M. & Russell, I. (1994). SF-36 Health Survey Questionnaire: II Responsiveness to Changes in health Status in Four Common Clinical Conditions. *Quality in Health Care*, 3, 186-192.

Gil, V., Belda, J., Muñoz, C., Martínez, J., Soriano, J. & Merino, J. (1993). Validez de Cuatro Métodos Indirectos que Valoran el Cumplimiento Terapéutico en la Hipertensión Arterial. *Revista Clínica Española*, 193 (7), 363-367.

Glasgow, M. & Engel, B. (1987). Clinical Issues in Biofeedback and Relaxation Therapy for Hypertension. In J. Hatch, J. Fisher & J. Rugh (Eds.), *Biofeedback*. New York: Plenum Publishing Corporation.

Guédon, J. (1995). Mise en Place d'un Premier Traitement Antihypertenseur. *Presse Médicale*, 24 (12), 585-589.

Guyatt, G., Feeny, D. & Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118 (8), 622-629.

Hamburg, D. (1985). Toward a Conjunction of Biomedical and Behavioral Sciences. In R. Williams, JR. (Ed.). *Perspectives on Behavioral Medicine*, Vol. 2 (pp. 1-22). Orlando: Academic Press.

Harper, K. & Forker, A. (1992). Antihypertensive Therapy: Current Issues and Challenges. *Postgraduate Medicine*, 91 (6), 163-193.

Harris, L., Luft, F., Rudy, D. & Tierney, W. (1995). Correlates of Health Care Satisfaction in Inner-City Patients with Hypertension and Chronic Renal Insufficiency. *Soc. Sci. Med.*, 41 (12), 1639-1645.

Hays, R., Alonso, J. & Coons S. In M. Staquet, R. Hays & P. Fayers (Ed.). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp.143-153). Oxford: University Press.

Hjendahl, P. & Wiklund, I. (1992). Quality of Life on Antihypertensive Drug Therapy: Scientific End-Point or Marketing Exercise?. *Journal of Hypertension*, 10 (12), 1437-1446.

Hosie, J. & Wiklund, I. (1995). Managing Hypertension in General Practice: Can We Do Better?. *Journal of Human Hypertension*, 9, S15-S18.

Horne, R. (1998). Adherence to Medication: A Review of Existing Research. In L. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to Medical Regimens* (pp. 285-311). London: Harwood Academic.

Huete, E. (1993). Papel del Psicólogo en un Equipo de Salud Cardiovascular. In M. Simón (Ed.), *Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención* (pp. 45-55). Madrid: Ediciones Pirámide.

Instituto Nacional de Estatística (1994). *Censos 91: XIII Recenseamento Geral da População; III Recenseamento Geral da Habitação - Resultados Definitivos*. Lisboa: INE.

International Resource Center for Health Care Assessment (1992). *How to Score the SF-36 Short-Form Health Survey*. Boston: The Health Institute.

Irvine, M. & Logan, A. (1991). Relaxation Behavior Therapy as Sole Treatment for Mild Hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 53: 587-597.

Jacob, R. et al. (1992). Relaxation Therapy for Hypertension: Setting - Specific Effects. *Psychosomatic Medicine*, 54: 87-101.

Jacoby, A., Baker, G., Steen, N. & Buck, D. (1999). The SF-36 as a Health Status Measure for Epilepsy: A Psychometric Assessment. *Quality of Life Research*, 8, 351-364.

Jenkinson, C., Layte, R. & Lawrence, K. (1997). Development and Testing of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey Summary Scale Scores in the United Kingdom. *Medical Care*, 35 (4), 410-416.

Johnston, D. & Steptoe, A. (1989). Hypertension. In S. Pearce. & J. Wardle (Eds.). *The Practice of Behavioral Medicine* (pp. 1-25). Oxford: The British Psychological Society, Oxford Science Publications.

Julius, S. (1988). Quality of Life Durig Antihypertensive Treatment. *Postgraduate Medicine, Spec*, 33-39.

Kaplan, N. (1997a). Systemic Hypertension: Mechanisms and Diagnosis. In E. Braunwald (Ed.). *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (5th ed.) (pp. 807-839). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Kaplan, N. (1997b). Systemic Hypertension: Therapy. In E. Braunwald (Ed.). *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (5th ed.) (pp. 840-862). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Kaplan, R. (1998). Profile versus Utility Based Measures. In M. Staquet, R. Hays & P. Fayers (Ed.). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp.69-90). Oxford: University Press.

Kawachi, I. & Wilson, N. (1990). The Evolution of Antihypertensive Therapy. *Soc. Sci. Med.*, 31 (11), 1239-1243.

Koopman, H., Deville, W., Eijk, J., Donker, A. & Spreeuwenberg, C. (1997). Diet or Diuretic? Treatment of Newly Diagnosed Mild to Moderate Hypertension in the Elderly. *Journal of Human Hypertension*, 11, 807-812.

Lantelme, P., Milon, H., Buttard, P., Fortrat, J., Gayet, C. & Gharib, C. (1997). La Réactivité de Type «Blouse Blanche» est Associée à la Réactivité au Stress Mental. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, 90 (8), 1093-1096.

Latorre, F., Ortolà, V., Boltó, M., Sánchez, O., Ferreruela, M., Borralleras, J. & Devecchi, J. (1997). Cumplimiento Terapéutico en el Tratamiento de la Hipertensión: 10 Años de Publicaciones en España. *Medicina Clínica*, 109 (18), 702-706.

Lewis, C. & Schaefer, K. (1986). Psychological Reactions to Illness. In O. Payton (Ed.), *Psychosocial Aspects of Clinical Practice* (pp. 93-117). New York: Churchill Livingstone.

Liu, B. (1975). Quality of Life: Concept, Measure and Results. *the American Journal of Economics and Sociology*, 34(1): 1-14.

Lynch, J. & Thomas, S. (1985). Hypertension: Controlling Blood Pressure. In Andrew M. Razin & Associates (Eds.). *Helping Cardiac Patients - Behavioral and Psychoterapeutic Approaches* (pp.1-54). San Francisco: Jossey-Bas.

Madhaven, S. & Alderman, M. (1981). The Potential Effect of Blood Pressure Reduction on Cardiovascular Disease. A Cautionary Note. *Archives of Internal Medicine*, 141, 1583-1586.

Mallion, J.-M. et al. (1998). Compliance, Electronic Monitoring and Antihypertensive Drugs. *Journal of Hypertension*, 16 (suppl. 1), S75- S79.

Matarazzo, J. (1984). Behavioral Immunogens and Pathogens in Health and Illness. In B. Hammonds & C. Scheirer (Eds.), *Psychology and Health* (pp. 9-43). Washington D. C. 20036: American Psychological Association.

Materson, B. & Preston, R. (1989). Newer Principles of Patient Profiling for Antihypertensive Therapy. *Circulation*, 80 (6 - suppl. IV), 128-135.

McGrady, A. et al. (1986). Predictors of Success in Hypertensives Treated with Biofeedback-Assisted Relaxation. *Biofeedback and Self-Regulation*, 11 (2): 95-103.

McHorney, C., Ware, J., Lu, J. & Sherbourne, C. (1994). The Mos 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): III Test of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*, 32 (1), 40-66.

McIntyre, T. & Silva, J. (1994). Hipertensão Arterial: A Psicologia da Saúde e Modelos Complementares de Intervenção. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 109-137). Braga: Apport.

Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-Sense Models of Illness: The Example of Hypertension. *Health Psychology, 4* (2), 115-135.

Mezzetti, A., Pierdomenico, S., Costantini, F., Romano, F., Bucci, A., Gioacchino, M. & Cuccurullo, F. (1997). White-Coat Resistant Hypertension. *American Journal of Hypertension, 10* (11), 1302-1307.

Miguel, J. (1997). A Hipertensão Arterial e as Estratégias da Medicina Preventiva. In L. Falcão (Ed.), *Clinica e Terapêutica da Hipertensão Arterial* (pp. 61-82). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Morisky, D., Green, L. & Levine, D. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care, 24* (1), 67-74.

Myers, C. & Wilks, D. (1999). Comparison of Euroqol and SF-36 in Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Quality of Life Research, 8*, 9-16.

National Institutes of Health - National Heart, Lung, and Blood Institute (1997). *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI)*. [On-line]. Available: http://www.medisa.pt/ppm/ppm_31/29_35.htm.

Neve, P., Collart, F., Degaute, J-P., Demanet, J-C., Dupont, P. & Teixeira, F. (1998). Hipertensão Arterial Essencial. *Informação Terapêutica, 3*, 3-8.

Niaura, R. & Goldstein, M. (1990). Cardiovascular Disease, Part II - Coronary Artery Disease and Sudden Death and Hypertension. In A. Stoudemire (Ed.), *Psychological Factors Affecting Medical Conditions* (pp. 39-56). Washington: American Psychiatric Press.

Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial (1980). *Hipertensão Arterial* (2.^a Ed., Revista). Lisboa: Merk Sharp & Dohme.

Nueten, L., Schelling, A., Vertommen, C., Dupont, A. & Robertson, J. (1997). Nebivolol vs Enalapril in the Treatment of Essential Hypertension: a Double-Blind Randomised Trial. *Journal of Human Hypertension*, 11, 813-819.

Nunes, A., Miguel, J., Neves, M. & Pissarra, M. (1988). *Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Omvik, P., Thaulow, E., Herland, O., Midha, R. & Turner, R. (1993). Double-Blind, Parallel, Comparative Study on Quality of Life During Treatment with Amlodipine or Enalapril in Mild or Moderate Hypertensive Patients: a Multicentre Study. *Journal of Hypertension*, 11 (1), 103-113.

Oparil, S. (1992). Arterial Hypertension. In J. Wyngaarden, L. Smith & J. Bennett (Eds.), *Cecil Textbook of Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Os, I. (1994). Quality of Life in Hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 8 (Suppl. 1), S27-S30.

Pádua, F. & Abreu, M. (1994). *Programa CINDI/Portugal*. Conclusões do Workshop "Controlo da Hipertensão na Comunidade". Barcelona.

Patel, C. (1990). Psychological and Behavioral Treatment of Hypertension. In D. G. Byrne & R. M. Rosenman (Eds.), *Anxiety and the Heart* (pp. 441-469). New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Phillips, K. (1997). Essential Hypertension. In M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The Psychology of Health* (2nd ed.) (pp. 188-203). London: Routledge.

Pitts, M. (1997). The Medical Consultation. In M. Pitts & K. Phillips (Eds.), *The Psychology of Health* (2nd ed.) (pp. 72-91). London: Routledge.

Portillo, L. (1993). Adhesión Terapéutica y Conocimiento en Hipertensión de Pacientes Incluidos en las Consultas de Enfermería. *Atención Primaria*, 12 (8), 469-473.

Pryoala, J., Backer, I., Graham, P., Poole-Wilson, P. & Wood, D. (1994). Prevenção da Doença das Coronárias na Prática Clínica - Recomendações do Grupo de Trabalho da Sociedade Europeia de Cardiologia, Sociedade Europeia de Aterosclerose e Sociedade Europeia de Hipertensão. In Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Aterosclerose e Associação Portuguesa de Hipertensão (Eds.), *Recomendações na Prevenção Primária e Secundária da Doença das Coronárias* (pp. 7-40). Lisboa: Merk Sharp & Dohme.

Purdy, R. & Boucek, R. (1990). *Manual de Terapêutica em Cardiologia*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Reig, A. (1992). La Promocion de la Salud Cardiovascular: Una Perspectiva desde la Psicologia de la Salud. In M. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud* (Vol. 1, pp. 7-61). Valencia: Promolibro.

Revicki, D., Wood, M., Maton, P. & Sorensen, S. (1998). The Impact of Gastroesophageal Reflux Disease on Health-Related Quality of Life. *American Journal of Medicine*, 104, 252-258.

Ribeiro, J. (1994a). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

Ribeiro, J. (1994b). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 55-72). Braga: APPORT.

Ribeiro, J. (1997). A Promoção da saúde e da Qualidade de Vida em Pessoas com Doenças Crónicas. In J. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J., Mendonça, D. & Martins da Silva, A. (1997). Construção de uma Escala de Qualidade de Vida para Doentes Epilépticos. *Bolet. Epileps.* 2 (2), 32-42.

Ríos, L., Torres, M. & Diaz, L. (1992). Apoyo Social: Implicaciones para la Psicología de la Salud. In M. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud* (Vol. 1, pp. 81-145). Valencia: Promolibro.

Rodrigues, S., Carvalho, R. & Clara, J. (1995). Avaliação Psicológica do Hipertenso Idoso. In J. Gorjão Clara (Ed.), *A Hipertensão Arterial do Idoso* (pp. 99-110). Porto: Laboratórios Bial.

Rosen, R., Brondolo, E. & Kostis, J. (1995). Nonpharmacological Treatment of Essential Hypertension: Research and Clinical Applications. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective* (pp. 63-110). Washington: American Psychological Association.

Rosenman, R. (1988). The Impact of Certain Emotions in Cardiovascular Disorders. In M. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology* (pp. 1-23). New York: Springer-Verlag.

Ruilope, L. & García-Robles, R. (1998). How to Treat the Diabetic Hypertensive Individual Appropriately. *Journal of Hypertension*, 16 (suppl. 1), S91-S93.

Rutta, D. Abdalla, M., Garratt, A., Coutts, A. & Russell, I. (1994). SF-36 Health Survey Questionnaire: I Reliability in Two Patient Based Studies. *Quality in Health Care*, 3, 180-185.

Sackett, D. & Haynes, R. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.

Schlenk, E., Erlen, J., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S., Rohay, J. & Bernier, M. (1998). Health-Related Quality of Life in Chronic Disorders: A Comparison across Studies Using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65.

Schoenberger, J. (1988). Quality of Life Under Antihypertensive Treatment. *Drugs*, 35 (Suppl. 5), 74-79.

Selke, B., Marquis, P. & Lebrun, T. (1998). Les Répercussions Socio-Économiques et de Qualité de Vie de L'Hypertension Artérielle. *Drugs*, 56 (Suppl. 2), 45-53.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

Sherwood, A., Light, K. & Blumenthal, J. (1989). Effects of Aerobic Exercise Training on Hemodynamic Responses During Psychosocial Stress in Normotensive and Borderline Hypertensive Type A Men: A Preliminary Report. *Psychosomatic Medicine*, 51: 123-136.

Shmueli, A. (1998). The SF-36 Profile and Health-Related Quality of Life: An Interpretative Anaysis. *Quality of Life Research*, 7, 187-195.

Siché, J-P. & Laude, D. (1997). Variabilité à Court Terme de la Pression Artérielle. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, 90 (8), 1079-1086

Silva, J. & Mota, E. (1992). Aspectos Iniciais da Hipertensão Essencial. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 11 (7-8): 673-677.

Simon, M. (1992). Aplicaciones Clínicas del Biofeedback: Revision Critica de su Efectividad en Diferentes Campos de Intervencion. In M. Simon (Ed.), *Comportamiento y Salud* (Vol. 1, pp. 178-181). Valencia: Promolibro.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (1989). *Manifesto do Grupo de Estudos de Hipertensão Arterial* (1.º Volume). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (1993). *Manifesto do Grupo de Estudos de Hipertensão Arterial* (2.º Volume). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Stewart, A., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Berry, S., Mcglynn, E. & Ware, J. (1989). Functional Status and Well-Being of Patients with Chronic Conditions. *JAMA*, 262 (7), 907-913.

Stoeckle, J. (1997). Modos de Aumentar a Adesão ao Tratamento Médico. In A Goroll, I. May & A. Mulley (Eds.), *Cuidados Primários em Medicina: Uma Abordagem do Paciente em Ambulatório*. Lisboa: McGraw-Hill.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Torrance, G. (1987). Utility Approach to Measuring Health-Related Quality of Life. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 593-600.

Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens: The Patients Perspective. In J. Sweet, R. Rozensky & S. Tavian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-266). New York: Plenum Press.

Ware, J. (1987). Standards for Validating Health Measures: Definition and Content. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 473-480.

Ware, J. & Sherbourne, D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

Weber, M. (1999). Guidelines for Assessing Outcomes of Antihypertensive Treatment. *American Journal of Cardiology*, 84 (2A), 2K-4K.

Weir, M., Prisant, L., Papademetriou, V., Weber, M., Adegbile, I., Alemayehu, D. & Lefkowitz, M. (1996). Antihypertensive Therapy and Quality of Life - Influence of Blood Pressure Reduction, Adverse Events and Prior Antihypertensive Therapy. *American Journal of Hypertension*, 9 (9), 854-859.

Weiss, S. et al., (1991). Cardiovascular Disorders: Hypertension and Coronary Heart Disease. In J. Sweet, R. Rosensky & S. Tovian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 353-373). New York: Plenum Press.

Wenger, N. (1988). Quality of Life Issues In Hypertension: Consequences of Diagnosis and Considerations in Management. *American Heart Journal*, 116 (2), 628-632.

Whelton, P. (1994). Epidemiology of Hypertension. *The Lancet*, 344, 101-106.

Whelton, P. et al. (1997). Efficacy of Nonpharmacologic Interventions in Adults with High-Normal Blood Pressure: Results From Phase 1 of the Trials of Hypertension Prevention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65 (suppl.), S652-S660.

WHO (1948). *Official Records of the World Health Organization*. United Nations, World Health Organization, Interim Commission, n.º 2, 100

WHO/ISH (1993). Guidelines for the Management of Mild Hypertension: Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting. *Journal of Hypertension*, 11 (9), 905-918.

Williams, G. (1987). Quality of Life and Its Impact on Hypertensive Patients. *American Journal of Medicine*, 82, 98-105.

Williams, G. (1991). Hypertensive Vascular Disease. In Wilson et al. (Eds.), *Harrison's: Principles of Internal Medicine* (12th ed.) (Vol 1, pp. 1001-1014). New York: McGraw-Hill.

Williams, G. (1998). Assessing Patient Wellness: New Perspectives on Quality of Life and Compliance. *American Journal of Hypertension*, 11 (11), 186S- 191S.

Wood-Dauphinee, S. & Küchler, T. (1992). Quality of Life as a Rehabilitation Outcome: Are We Missing The Boat?. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.

Zellner, C. & Sudhir, K. (1996). Lifestyle Modifications for Hypertension.

Postgraduate Medicine, 100 (4), 75-80.

ANEXO

Anexo: Instrumento de Avaliação

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL SOBRE HIPERTENSÃO

O questionário que se segue, destina-se a um estudo, da responsabilidade do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sobre a forma como as pessoas com Hipertensão Arterial se sentem.

Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade e precisão, para que os resultados tenham interesse efectivo.

As respostas serão estritamente confidenciais, sendo restritas à equipa responsável pelo estudo.

Será necessário o seu consentimento informado, que deverá assinar em declaração anexa.

Agradecemos desde já a boa vontade na sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que tomei conhecimento dos objectivos deste estudo, consentindo com a minha participação no mesmo.

Data: ____ - ____ -1999

Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO

INSTITUIÇÃO: _____

DATA DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: ____ - ____ - 1999

DATA DE NASCIMENTO: ____ - ____ - 19__

SEXO: F ____ M ____

PROFISSÃO: _____

NÍVEL DE INSTRUÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: Solteiro/a ____ Casado/a ____ Divorciado/Separado/a ____ Viúvo/a ____

ÚLTIMO VALOR DE TENSÃO ARTERIAL: Máxima _____ Mínima _____

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

- Ótima 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Razoável 4
- Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

- Muito melhor 1
- Com algumas melhoras 2
- Aproximadamente igual 3
- Um pouco pior 4
- Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for SIM, e à volta do número 2, se a resposta for NÃO)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for SIM, e à volta do número 2, se a resposta for NÃO)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
- Pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
- Muito fracas 2
- Ligeiras 3
- Moderadas 4
- Fortes 5
- Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, Nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
 A maior parte do tempo 2
 Algum tempo 3
 Pouco tempo 4
 Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar ...	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima .	1	2	3	4	5

12. As perguntas que se seguem estão relacionadas com a forma como toma os medicamentos para a tensão.

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for SIM, e à volta do número 2, se a resposta for NÃO)

	SIM	NÃO
a. Já se esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos para a tensão? ...	1	2
b. Descuida-se, por vezes, com a hora a que deve tomar os seus medicamentos para a tensão?	1	2
c. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar os seus medicamentos para a tensão?	1	2
d. Se, por vezes, se sente pior quando toma os medicamentos para a tensão, deixa de os tomar?	1	2