



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Fernandes da Mota Silva

INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ALIMENTARES NA
ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA EM
DOENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Dissertação no âmbito do Mestrado em Farmacologia Aplicada
orientada pela Professora Doutora Margarida Castel-Branco e pela
Professora Doutora Ana Cristina Gaspar Cabral e apresentada à
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Adriana Fernandes da Mota Silva

**INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ALIMENTARES NA
ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA
EM DOENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Farmacologia Aplicada
orientada pela Professora Doutora Margarida Castel-Branco e pela
Professora Doutora Ana Cristina Gaspar Cabral e apresentada à
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2020

“É tentando o impossível que se chega à realização do possível”

Henri Barbusse

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio que me deram ao longo deste percurso, sem eles nada disto era possível.

À Professora Doutora Margarida Castel-Branco e à Professora Doutora Ana Cabral, no papel de orientadoras, por todo o apoio, disponibilidade, orientação e dedicação ao longo desta caminhada.

À Unidade de Investigação Clínica em Cardiologia (UICC), pela disponibilidade, amizade e por toda a ajuda na recolha dos dados.

Aos meus amigos, pela amizade, apoio e motivação ao longo deste percurso.

A todos, o meu eterno obrigado do fundo do coração!

Conflito de interesses

A autora certifica que não possui afiliações ou envolvimento em qualquer organização ou entidade com interesse financeiro ou não financeiro no tema em discussão ou nos materiais discutidos nesta dissertação de mestrado.

Resumo

Introdução: A doença cardiovascular é apontada como a principal causa de morte em todo o mundo. A alimentação inadequada e a hipertensão são fatores de risco modificáveis desta doença, sendo reconhecido que melhorias no estilo de vida e um controlo dos valores de pressão arterial contribuem para a diminuição da sua incidência. Por sua vez, sabe-se que a adesão à terapêutica anti-hipertensiva é uma das principais causas de descontrolo da hipertensão e as crenças alimentares uma das barreiras à não adesão a uma alimentação saudável.

Objetivo: Avaliar a influência das crenças alimentares na adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes com doença cardiovascular.

Material e Métodos: Estudo observacional com aplicação de dois questionários a uma amostra de doentes adultos a tomar pelo menos um medicamento anti-hipertensivo e a ser acompanhados na Unidade de Investigação Clínica em Cardiologia no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. O questionário MUAH-16 foi utilizado para avaliar a adesão à terapêutica e entender as causas de não-adesão e o questionário ECA foi utilizado para obter informação acerca das crenças alimentares dos doentes. A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao Microsoft Office Excel. A recolha de dados ocorreu entre 14 de fevereiro e 6 de março de 2020, tendo terminado abruptamente com o início da pandemia COVID-19.

Resultados: De um total de 186 doentes que reuniam condições para participarem no estudo foram abordados 46. Destes, 37 eram do sexo masculino e com uma média de idades de 67,91 anos (DP= 9,41). A pontuação média obtida no questionário MUAH-16 foi de 89,70 (DP=9,15) num total de 112 pontos e a pontuação média obtida no questionário ECA foi de 64,43 (DP=5,37) num total de 85 pontos. Estatisticamente não foi possível estabelecer correlações dado o número reduzido de participantes.

Conclusão: Os participantes do estudo demonstraram ter um nível de adesão satisfatório e crenças alimentares que vão ao encontro das recomendações nutricionais. No entanto, não foi possível determinar se existe uma influência das crenças alimentares na adesão à terapêutica anti-hipertensiva. O presente trabalho demonstrou a exequibilidade deste estudo numa amostra de maior dimensão.

Palavras-chave: Adesão à Terapêutica Anti-hipertensiva; Crenças Alimentares; Doença Cardiovascular; Hipertensão; Questionário ECA; Questionário MUAH-16.

Abstract

Introduction: *Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide. Inadequate nutrition and hypertension are modifiable risk factors for this disease and its recognized that lifestyle improvements and blood pressure control contribute to reducing its incidence. Its known that adherence to antihypertensive therapy is one of the main causes of uncontrolled hypertension and food beliefs one of the barriers to non-adherence to a healthy diet.*

Objective: *The aim of this study is to evaluate the influence of food beliefs on adherence to antihypertensive therapy in patients with cardiovascular disease.*

Material and Methods: *An observational study was conducted in which two questionnaires were applied to a sample of adults patients taking at least one antihypertensive drug and being followed at the Cardiology Clinical Research Unit of the Coimbra University Hospital Center. The MUAH-16 questionnaire was used to assess adherence to therapy and to understand the causes of non-adherence and ECA questionnaire was used to obtain information about patient's food beliefs. The statistical analysis was performed using the Microsoft Office Excel. The data collection occurred between february 14 and march 6, 2020, ending abruptly due to the COVID-19 pandemic.*

Results: *Of a total of 186 patients who were in conditions to participate in the study 46 were approached. 37 were males and with a mean age of 67.91 years (SD=9.41). The mean score of the MUAH-16 questionnaire was 89.70 (SD=9.15) in a total of 112 points and the mean score of the ECA questionnaire was 64.43 (SD=5.37) in a total of 85 points. Statistically it was not possible to establish correlations due to the small number of participants.*

Conclusion: *The participants of the present study showed a satisfactory level of adherence and food beliefs that are in line with the nutritional recommendations. However, it was not possible to determine if there is an influence of food beliefs on adherence to antihypertensive therapy, so further studies are needed. The present work showed the feasibility of this study in a larger sample.*

Keywords: *Adherence to Antihypertensive Therapy; Cardiovascular Disease; Food Beliefs; Hypertension; Questionnaire ECA; Questionnaire MUAH-16.*

Índice

Resumo.....	9
Abstract.....	10
Índice de Tabelas e Figuras.....	13
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	15
INTRODUÇÃO.....	17
1. Doença cardiovascular.....	19
1.1. Epidemiologia.....	19
1.2. Fatores de risco.....	19
1.2.1. Hipertensão arterial.....	20
1.2.1.1. Adesão à terapêutica anti-hipertensora.....	23
1.2.1.1.1. Questionário MUAH-I6.....	27
1.2.2. Alimentação inadequada.....	30
1.2.2.1. Crenças alimentares.....	32
1.2.2.1.1. Questionário ECA.....	33
2. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares.....	37
OBJETIVOS.....	39
1. Objetivo principal.....	41
MATERIAL E MÉTODOS.....	43
1. Desenho do estudo.....	45
2. Amostra.....	45
3. Plano de investigação.....	46
4. Tratamento dos dados.....	46
RESULTADOS.....	47
1. Amostra.....	49
2. Características sociodemográficas.....	49
2.1. Idade e sexo.....	49
2.2. Escolaridade.....	50
3. Dados clínicos.....	51
3.1. Antecedentes pessoais.....	51
3.2. Antecedentes familiares.....	52
3.3. Patologias concomitantes.....	52
3.4. Hábitos tabágicos.....	53
3.5. Terapêutica anti-hipertensora instituída.....	53
4. Questionários.....	54
4.1. MUAH-I6.....	54
4.2. ECA.....	63
5. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares.....	72
DISCUSSÃO.....	75
1. Domínios do questionário MUAH-I6.....	80
2. Subescalas do questionário ECA.....	82
3. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares.....	83
4. Limitações do estudo.....	83
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	97

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial	21
Tabela 2 – Questionário MUAH-I6.....	29
Tabela 3 – Questionário ECA	34
Tabela 4 – Critérios de seleção do estudo.....	45
Tabela 5 – Distribuição dos participantes do estudo por idade.....	50
Tabela 6 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a escolaridade.....	50
Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os antecedentes familiares.	52
Tabela 8 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as patologias concomitantes.....	53
Tabela 9 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os hábitos tabágicos....	53
Tabela 10 – Score do questionário MUAH-I6.....	54
Tabela 11 – Score do questionário ECA.....	63
Tabela 12 – Parâmetros que influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares.....	79

Índice de Figuras

Figura 1 – Adesão à terapêutica.....	24
Figura 2 – Dimensões da adesão.....	26
Figura 3 – Distribuição dos participantes do estudo por sexo.....	49
Figura 4 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os antecedentes pessoais.	51
Figura 5 – Distribuição dos participantes do estudo tendo em conta a terapêutica anti- hipertensora instituída.....	54
Figura 6 – Frequência de respostas à questão 3 do questionário MUAH-I6.....	55
Figura 7 – Frequência de respostas à questão 5 do questionário MUAH-I6.....	56
Figura 8 – Frequência de respostas à questão 7 do questionário MUAH-I6.....	56
Figura 9 – Frequência de respostas à questão 35 do questionário MUAH-I6.....	56
Figura 10 – Frequência de respostas à questão 23 do questionário MUAH-I6.....	57
Figura 11 – Frequência de respostas à questão 24 do questionário MUAH-I6.....	57
Figura 12 – Frequência de respostas à questão 26 do questionário MUAH-I6.....	58
Figura 13 – Frequência de respostas à questão 36 do questionário MUAH-I6.....	58

Figura 14 – Frequência de respostas à questão 9 do questionário MUAH-I6.....	59
Figura 15 – Frequência de respostas à questão 13 do questionário MUAH-I6.	59
Figura 16 – Frequência de respostas à questão 14 do questionário MUAH-I6.	60
Figura 17 – Frequência de respostas à questão 16 do questionário MUAH-I6.	60
Figura 18 – Frequência de respostas à questão 20 do questionário MUAH-I6.	61
Figura 19 – Frequência de respostas à questão 21 do questionário MUAH-I6.	61
Figura 20 – Frequência de respostas à questão 22 do questionário MUAH-I6.	62
Figura 21 – Frequência de respostas à questão 39 do questionário MUAH-I6.	62
Figura 22 – Frequência de respostas à questão 1 do questionário ECA.	64
Figura 23 – Frequência de respostas à questão 2 do questionário ECA.	64
Figura 24 – Frequência de respostas à questão 5 do questionário ECA.	65
Figura 25 – Frequência de respostas à questão 32 do questionário ECA.	65
Figura 26 – Frequência de respostas à questão 47 do questionário ECA.	66
Figura 27 – Frequência de respostas à questão 10 do questionário ECA.	66
Figura 28 – Frequência de respostas à questão 17 do questionário ECA.	67
Figura 29 – Frequência de respostas à questão 23 do questionário ECA.	67
Figura 30 – Frequência de respostas à questão 43 do questionário ECA.	68
Figura 31 – Frequência de respostas à questão 50 do questionário ECA.	68
Figura 32 – Frequência de respostas à questão 11 do questionário ECA.	69
Figura 33 – Frequência de respostas à questão 18 do questionário ECA.	69
Figura 34 – Frequência de respostas à questão 19 do questionário ECA.	70
Figura 35 – Frequência de respostas à questão 33 do questionário ECA.	70
Figura 36 – Frequência de respostas à questão 22 do questionário ECA.	71
Figura 37 – Frequência de respostas à questão 30 do questionário ECA.	71
Figura 38 – Frequência de respostas à questão 45 do questionário ECA.	72
Figura 39 – Dispersão dos scores do questionário ECA e do domínio IV do questionário MUAH-I6.	72
Figura 40 – Dispersão dos scores dos questionários MUAH-I6 e ECA.	73

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DASH- *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DCV- Doença Cardiovascular

DP- Desvio Padrão

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECA- Escala de Crenças Alimentares

HDL- *High-Density Lipoprotein*

HTA- Hipertensão Arterial

HUC- Hospital Universitário de Coimbra

IMC- Índice de Massa Corporal

INSEF- Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

LDL- *Low-Density Lipoprotein*

MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos

MMAS-8- *Morisky Medication Adherence Scale*

MUAH- *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*

PHYSA- *Portuguese HYpertension and SAIt*

SCORE- *Systematic Coronary Risk Estimation*

UICC- Unidade de Investigação Clínica em Cardiologia



INTRODUÇÃO

I. Doença cardiovascular

A doença cardiovascular (DCV) engloba um grupo de doenças que afetam o sistema circulatório, nomeadamente o coração e os vasos sanguíneos. São exemplos de DCV as seguintes (WHO, 2017):

- doença cardíaca coronária
- doença cerebrovascular
- doença arterial periférica
- doença cardíaca reumática
- doença cardíaca congénita
- trombose venosa profunda
- embolia pulmonar.

I.1. Epidemiologia

Aproximadamente 17 milhões de pessoas morrem por ano devido a DCV, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença isquémica do coração as principais causas de morte em todo o mundo. (WHO, 2017).

Em Portugal, no ano de 2017, 29,4% das mortes foram devidas a doenças do sistema circulatório, representando o AVC 11 270 mortes e a doença isquémica do coração 7 314 mortes, sendo, também, a principal causa de morte (Instituto Nacional de Estatística, 2019).

I.2. Fatores de risco

Estima-se que cerca de 80% das mortes por DCV poderiam ser evitadas se fosse efetuado um controlo dos fatores de risco (WHO, 2017).

Os fatores de risco podem ser classificados em dois tipos: os fatores de risco modificáveis, como, por exemplo, hipertensão, sedentarismo, tabagismo, diabetes, dislipidémia, obesidade e excesso de peso, abuso de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada e os fatores de risco não modificáveis, como a idade, o sexo e a genética (Bourbon *et al.*, 2016; Fundação Portuguesa Cardiologia, 2017).

Uma vez que os fatores de risco se potenciam uns aos outros, levando, assim, a um aumento do risco cardiovascular, é fundamental efetuar um controlo dos mesmos (Fundação Portuguesa Cardiologia, 2017).

O risco cardiovascular pode ser calculado pelo SCORE – *Systematic Coronary Risk Estimation* – através do qual se estima o risco a dez anos da ocorrência de um primeiro evento aterosclerótico fatal, tal como o AVC. Este risco é o resultado da interação de fatores de risco, nomeadamente a idade, o sexo, o tabagismo, a pressão arterial e a colesterolémia do doente em questão (Piepoli *et al.*, 2016).

De entre os fatores de risco modificáveis são de destacar a hipertensão e a alimentação inadequada, fatores esses que vão ser aprofundados ao longo deste trabalho.

1.2.1. Hipertensão arterial

A pressão arterial corresponde à força que o sangue exerce na parede das artérias. Quando essa pressão aumenta em demasia está-se perante uma situação de hipertensão (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2017). A hipertensão arterial (HTA) corresponde a valores de pressão arterial acima ou iguais a 140/90mmHg (Williams *et al.*, 2018).

•Epidemiologia

Diversos estudos apontam para o facto de, a nível mundial, 1,13 biliões de pessoas sofrerem de HTA, sendo esta uma das principais causas de morte prematura (WHO, 2019).

A nível europeu estima-se que entre 30 a 45% da população seja hipertensa e Portugal não é uma exceção (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2017). O estudo PHYSA (*Portuguese HYPertension and SAIt*), conduzido pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão entre novembro de 2011 e dezembro de 2012, concluiu que cerca de 42% da população adulta portuguesa tinha HTA, sendo que apenas 42,5% desses doentes tinham a doença controlada. É de sublinhar, também, que dos doentes tratados (74,9%) apenas 55,7% eram doentes controlados (Polonia *et al.*, 2014). Mais tarde, em 2015, no primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), Rodrigues e colaboradores estimaram que a percentagem da população hipertensa portuguesa correspondia a cerca de 36%, onde 71,3% dos doentes tratados tinham a doença controlada (Rodrigues *et al.*, 2017).

Apesar dos estudos demonstrarem que os números estão a descer, a HTA continua a ser um dos principais fatores de risco de DCV, nomeadamente de AVC (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2017).

•Fisiopatologia

A pressão arterial é calculada pelo produto entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica e é regulada por vários mecanismos, entre os quais o sistema nervoso autónomo, o sistema renina-angiotensina-aldosterona, o volume intravascular e mecanismos vasculares (Black and Elliott, 2007).

Com o decorrer dos anos, a HTA pode provocar lesões em alguns órgãos, tais como o coração, cérebro, rins e olhos, podendo levar ao desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, AVC e retinopatia hipertensiva (Black and Elliott, 2007; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2017).

•Classificação

A HTA é classificada em vários graus, tendo em conta os valores de pressão arterial, como se pode analisar na Tabela I (Williams *et al.*, 2018).

Tabela I – Classificação da pressão arterial (Williams *et al.*, 2018).

Classificação da pressão arterial			
Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	e	<90

Para além da classificação em graus, a HTA pode, ainda, ter duas etiologias distintas: HTA essencial ou primária ou HTA secundária. Na primeira, a HTA não está associada a nenhuma doença/condição enquanto que, na segunda, uma doença/condição, como, por exemplo, a Síndrome de Cushing, pode ser a explicação para o aparecimento da doença (Black and Elliott, 2007).

A HTA também pode ser classificada em: HTA sistólica, onde apenas o valor da pressão arterial sistólica se encontra elevado; HTA diastólica, que se traduz no aumento da pressão arterial diastólica; ou ambas (Williams *et al.*, 2018).

•Diagnóstico

Na maioria dos casos a HTA não origina sintomas, pelo que o seu diagnóstico é efetuado através de, pelo menos, duas medições de pressão arterial, em duas ocasiões diferentes, em que se verifica que os valores se encontram acima do limite estabelecido (Williams *et al.*, 2018). Apesar da HTA ser, na maior parte das vezes, assintomática, ela pode ter alguns sintomas associados, como dor de cabeça ou até mesmo tonturas (Fundação Portuguesa Cardiologia, 2017).

•Tratamento

Para o tratamento da HTA há duas estratégias possíveis e complementares: o tratamento não-farmacológico, que passa pela mudança de estilos de vida, e o tratamento farmacológico.

O tratamento não-farmacológico é aconselhado em todos os graus de HTA e caracteriza-se pela adoção de algumas medidas de estilo de vida saudável, como a prática de exercício físico, a diminuição da ingestão de sal, o consumo de frutas e legumes e a restrição de bebidas alcoólicas.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico estão recomendadas as seguintes classes farmacoterapêuticas:

- Diuréticos
- Modificadores do eixo renina-angiotensina
- Bloqueadores da entrada do cálcio
- Depressores da atividade adrenérgica
- Vasodilatadores diretos.

O tratamento farmacológico é recomendado nos doentes com HTA de grau 2 e 3. Contudo nos doentes de alto risco com DCV, nomeadamente doença arterial coronária, com valores de pressão arterial da categoria normal alta é aconselhado, também, o tratamento com fármacos. Em doentes com HTA de grau I de alto risco com DCV, doença renal ou com alguma lesão em algum órgão provocada pela HTA é, também, recomendado o tratamento farmacológico. Para além dos doentes mencionados acima, este tipo de tratamento também está recomendado em doentes de risco baixo/moderado sem DCV, doença renal ou alguma

lesão em algum órgão provocada pela HTA, após 3-6 meses de tratamento não-farmacológico onde o controlo da pressão arterial não foi alcançado (Williams *et al.*, 2018).

•Fatores de risco

Tal como a DCV, a HTA também tem um conjunto de fatores de risco, modificáveis e não modificáveis, que podem aparecer associados, tais como idade, história familiar de HTA, doenças concomitantes (fatores de risco não modificáveis), dieta, *stress*, dislipidemia, hábitos tabágicos e sedentarismo (fatores de risco modificáveis), entre outros (Williams *et al.*, 2018).

Apesar da eficácia comprovada da terapêutica farmacológica e não farmacológica da HTA, uma percentagem significativa dos doentes hipertensos mantém a doença não controlada. Dados retirados do estudo INSEF comprovaram que 28,7% dos doentes não tinha a doença controlada, pelo que há necessidade de se implementarem novas medidas (Rodrigues *et al.*, 2017).

1.2.1.1. Adesão à terapêutica anti-hipertensora

Uma das principais causas de descontrolo da HTA é a não adesão à terapêutica anti-hipertensora, a qual tem sido alvo de vários estudos ao longo dos últimos anos, talvez por ser um dos fatores de risco modificáveis mais importantes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adesão pode ser definida como a “extensão em que o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no seguimento de uma dieta e/ou a execução de mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde”(Sabaté, 2003).

São vários os estudos que têm apontado a baixa adesão à terapêutica como sendo a principal causa de descontrolo da HTA. Na verdade, a adesão à terapêutica das doenças crónicas nos países desenvolvidos é apenas de cerca de 50%, sendo esta percentagem ainda mais baixa nos países em desenvolvimento (Sabaté, 2003). No caso da HTA, essa percentagem não é muito diferente, uma vez que metade dos doentes que iniciam o tratamento para a HTA abandonam o mesmo no primeiro ano e entre os doentes que permanecem em tratamento apenas metade adere a este (Varleta *et al.*, 2015).

Um estudo levado a cabo por Varleta e colaboradores demonstrou que, dos 310 hipertensos incluídos, apenas 54% aderiam ao tratamento (Varleta *et al.*, 2015). O facto de a HTA ser uma doença crónica, permanecendo, portanto, ao longo da vida, e o facto desta estar associada à

ausência de sintomas, são dois dos fatores que contribuem para a baixa adesão à terapêutica (Sabaté, 2003).

Diversos estudos demonstraram que o tratamento da HTA pode reduzir o risco de AVC entre 30 a 40% e em 15% o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM). Reduções na pressão arterial sistólica de apenas 3 mmHg estão associadas a uma redução de 8% na mortalidade por AVC e 5% na mortalidade por doença coronária (Sabaté, 2003; Peacock and Krousel-Wood, 2017). Estima-se, ainda, que apenas um aumento de 10% no tratamento da HTA evite 14 000 mortes em cada ano (Bharti and Bharti, 2018).

A adesão à terapêutica pode ser caracterizada por vários processos nomeadamente: iniciação, implementação e descontinuação. A iniciação corresponde à toma da primeira dose da medicação prescrita, a implementação traduz-se na extensão através da qual a dose atual do doente corresponde ao regime prescrito e, por fim, a descontinuação corresponde ao fim do tratamento. Entre a iniciação e a última dose antes da descontinuação dá-se o nome de persistência (Vrijens *et al.*, 2012; Burnier and Egan, 2019). A não persistência é uma das causas apontadas para a baixa adesão à terapêutica anti-hipertensora e esta classe de medicamentos apresenta uma das maiores taxas de não iniciação (Burnier and Egan, 2019). A não adesão pode ocorrer em qualquer uma das demais fases (Figura 1).

O processo de adesão deve envolver o doente mas, também, a sua família e respetivos cuidadores, profissionais de saúde, instituições e comunidades de saúde, assim como o sistema de saúde nacional (Vrijens *et al.*, 2012).

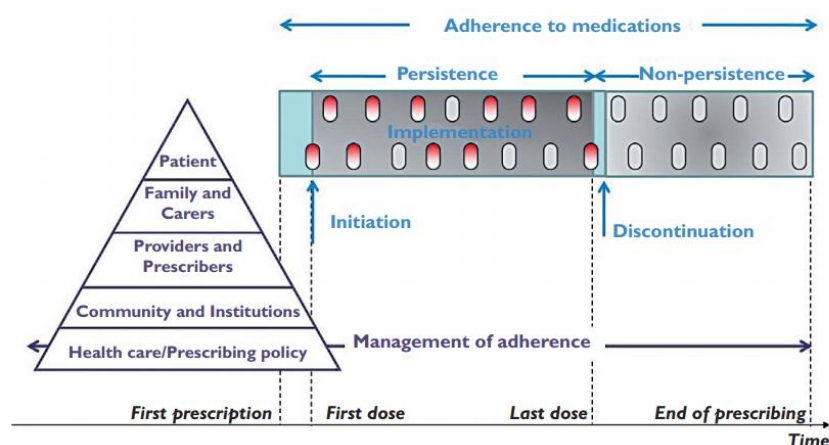


Figura 1 – Adesão à terapêutica. Adaptado de Vrijens B, *et al.* (2012) “A new taxonomy for describing and defining adherence to medications” (Vrijens *et al.*, 2012).

A não adesão pode ser voluntária ou involuntária. A não adesão voluntária é um processo ativo, feito de forma consciente, em que o doente escolhe não realizar o tratamento, porque, por exemplo, não gosta de tomar medicamentos ou pensa que os medicamentos fazem mal ao organismo, entre outros. A não adesão involuntária é um processo passivo em que o doente não cumpre o tratamento, porque se esquece de tomar os medicamentos, por confusão ou até mesmo por não poder comprar os mesmos (Ho, Bryson and Rumsfeld, 2009).

No estudo conduzido por Varleta e colaboradores demonstrou-se que um dos principais motivos para a não adesão à terapêutica é o esquecimento da toma da medicação (cerca de 67% dos participantes) (Varleta *et al.*, 2015).

Outras classificações para a adesão propuseram, também, a distinção entre a adesão primária, definida como a aquisição da medicação prescrita e a adesão secundária, que se traduz no comportamento relacionado com a toma da terapêutica após a aquisição da mesma. Assim, a não adesão primária ocorre quando o doente não adquire a medicação prescrita, sendo o motivo mais frequente o facto de ainda ter medicação em casa, e a não adesão secundária ocorre quando os doentes compram a medicação, mas não a tomam como o prescrito (Costa *et al.*, 2015).

•Dimensões da adesão à terapêutica

A adesão é um processo multidimensional, influenciado por vários fatores, composto por 5 dimensões: fatores socioeconómicos, fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, fatores relacionados com a terapêutica, fatores relacionados com a doença e fatores relacionados com o doente (Figura 2). Dentro de cada dimensão há um conjunto de variáveis que poderão ter impacto na adesão do doente (Sabaté, 2003).

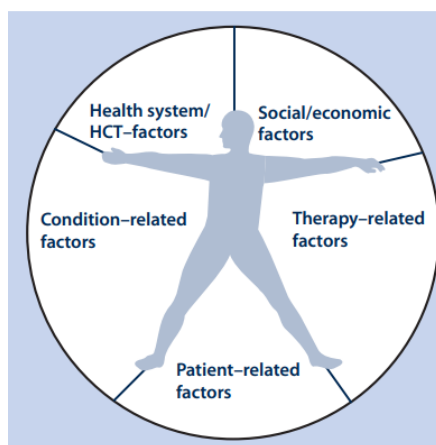


Figura 2 – Dimensões da adesão. Adaptado de World Health Organization “Adherence to long-term therapies – Evidence for action”. 2003 (Sabaté, 2003).

Os fatores socioeconómicos têm sido apontados como ponto-chave no processo da adesão, sendo, também, um dos grupos de fatores mais difíceis de gerir. Variáveis como o grau de literacia e o *status* económico podem ter impacto ao nível deste processo (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011).

Por outro lado, nos fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde, a relação doente-profissional tem sido reconhecida como ponto-chave na adesão à terapêutica, sendo igualmente importante o investimento na educação do doente, bem como a formação dos profissionais de saúde (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011).

Em relação aos fatores relacionados com a terapêutica, a complexidade do tratamento, a duração do mesmo e a presença de reações adversas são os pontos considerados mais importantes. Com efeito, tratamentos simples, de curta duração e com poucos efeitos secundários estão associados a um nível de adesão superior (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011).

No que diz respeito aos fatores relacionados com a doença, a sintomatologia e a sua duração têm sido apontadas como uma possível explicação para a falta de adesão à terapêutica, como sucede com a HTA, uma doença tipicamente assintomática. No entanto, a existência de doenças concomitantes, a qualidade de vida, o conhecimento acerca da doença, bem como o impacto da mesma no estado cognitivo do doente são, também, fatores de extrema importância (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011).

Por fim, em relação aos fatores relacionados com o doente, variáveis como a idade, as crenças pessoais, a aceitação e a percepção da doença, podem ter impacto ao nível da adesão do doente ao tratamento (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011).

• Métodos de medição da adesão à terapêutica

Para medir a adesão à terapêutica existem vários métodos e estes podem dividir-se em duas classes: métodos diretos e métodos indiretos. Os métodos diretos incluem a observação direta da toma de medicação, a quantificação do fármaco e/ou metabolitos no organismo e a medição de marcadores biológicos. Os métodos indiretos incluem questionários, contagem de formas farmacêuticas sólidas, sistemas de monitorização eletrónica e registo de dispensa dos medicamentos pelos serviços farmacêuticos, entre outros (Ho, Bryson and Rumsfeld, 2009).

Os métodos diretos são considerados métodos mais robustos que os indiretos, uma vez que são métodos exatos e avaliam se o doente toma de facto a medicação. No entanto, estes métodos tornam-se mais caros e não são tão práticos para o uso na prática clínica. Os métodos indiretos são métodos mais fáceis de aplicar, não invasivos e mais baratos sendo, contudo, menos exatos (Ho, Bryson and Rumsfeld, 2009).

Dado que a adesão à terapêutica anti-hipertensora é um fator essencial no controlo da HTA, sendo esta, um dos fatores de risco modificáveis mais importantes na DCV, torna-se fundamental estudá-la.

1.2.1.1.1. Questionário MUAH-16

Como já foi mencionado anteriormente existem vários métodos para avaliar a adesão à terapêutica, sendo um deles os questionários. De entre os questionários validados para medir a adesão à terapêutica, somente o questionário *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH) é que tem a capacidade de medir as dimensões da adesão, para além de fornecer informações sobre as causas de não adesão, abordando fatores cognitivos e comportamentais. Este questionário é específico para a HTA, sendo constituído por 25 itens agrupados em 4 domínios, tendo uma escala de *Likert* de 7 pontos que varia desde “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O primeiro domínio corresponde às atitudes positivas em relação à medicação e cuidados de saúde, o segundo domínio à falta de disciplina, o terceiro domínio corresponde à aversão em relação à medicação e, por fim, o quarto domínio corresponde às atitudes proativas em relação aos medicamentos (Wetzels *et al.*, 2006).

Apesar do MUAH ser capaz de fornecer este tipo de informações, este questionário não possui uma pontuação global, não sendo possível, assim, classificar a adesão de um doente (Wetzels *et al.*, 2006; Cabral *et al.*, 2018). Para além disso, contém um número elevado de itens, o que dificulta o seu uso na prática clínica, e a sua validade convergente é difícil de interpretar (Cabral *et al.*, 2018).

Por essa razão, surgiu o MUAH-16, uma versão curta do MUAH original, composto apenas por 16 itens, mantendo os quatro domínios do MUAH original, bem como uma escala de *Likert* de 7 pontos, onde o score máximo é de 112 pontos, invertido em duas escalas (II e III) (Cabral *et al.*, 2018).

De forma a construir o MUAH-16, os autores traduziram e retrotraduziram o MUAH original para português e aplicaram-no a uma amostra de doentes maiores de 18 anos e a tomarem pelo menos um medicamento anti-hipertensor juntamente com o *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Na Tabela 2 está representado o questionário MUAH-16.

Tabela 2 – Questionário MUAH-I6 (Cabral *et al.*, 2018).

Questionário MUAH-I6								
3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo.	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens.	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos.	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários.	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício suficiente para reduzir o risco de sofrer de doenças cardiovasculares.	1	2	3	4	5	6	7
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares.	1	2	3	4	5	6	7
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares.	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos.	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação.	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação.	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação.	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7

Os itens que constituem cada domínio são os seguintes:

- Domínio I: “Atitudes positivas em relação à medicação e cuidados de saúde” – é composto pelos itens 3, 5, 7 e 35;
- Domínio II: “Falta de disciplina” – é composto pelos itens 23, 24, 26 e 36;
- Domínio III: “Aversão em relação à medicação” – é composto pelos itens 9, 13, 14 e 16;
- Domínio IV: “Atitudes proativas em relação aos medicamentos” – é composto pelos itens 20, 21, 22 e 39.

Os domínios I e IV avaliam os fatores positivos para a adesão à terapêutica anti-hipertensora e os domínios II e III avaliam os fatores negativos para a adesão à terapêutica anti-hipertensora.

Após a aplicação dos questionários, constatou-se que o MUAH-16 ao ser comparado com o MUAH original através de uma análise fatorial confirmatória, se aplicava melhor à realidade, ou seja, representava melhor cada dimensão da adesão, sendo os dois questionários significativamente diferentes.

De forma a obter um score global de adesão, o MUAH-16 com todos os fatores correlacionados foi comparado ao MUAH-16 com um score global de adesão, em que os domínios II e III têm o score revertido. Através desta comparação foi possível verificar que os dados não eram significativamente diferentes e, portanto, ambos os modelos se ajustavam bem à realidade.

Em relação à consistência interna, esta foi determinada através do α de Cronbach e para todos os itens de uma escala global este foi de 0,64.

No que diz respeito à validade convergente, através da correlação do score global e dos quatro domínios do MUAH-16 com os scores do MMAS-8 e MAT foi possível verificar que o score global, bem como os quatro domínios do MUAH-16, se correlacionavam positiva e significativamente com os scores dos restantes questionários demonstrando, assim, que o MUAH-16 consegue avaliar a adesão de um doente (Cabral *et al.*, 2018).

O MUAH-16 pode, assim, considerar-se um bom instrumento para medir a adesão à terapêutica anti-hipertensora, sendo mais fácil de aplicar na prática clínica, mantendo os 4 domínios e a escala de *Likert* de 7 pontos do MUAH original. Para além disso, ao contrário do MUAH original, permite a classificação da adesão de um doente, uma vez que tem um score global, bem como a obtenção de informação das causas de não adesão à terapêutica anti-hipertensora.

1.2.2. Alimentação inadequada

As modificações do estilo de vida são um dos alvos principais na prevenção da DCV, sendo um dos seus fatores de risco modificáveis, uma vez que podem atrasar ou prevenir a mesma. Uma alimentação adequada e exercício físico regular estão associados a uma redução do risco de HTA, bem como da dislipidemia, fatores de risco bem conhecidos da DCV (Claas and Arnett, 2016).

Vários são os estudos que comprovaram que o consumo adequado de frutas e legumes pode trazer benefícios à saúde, nomeadamente na redução do risco de doença coronária até cerca

de 20% (Engelfriet *et al.*, 2010). Para além disso, adotar um estilo de vida saudável ajuda a prevenir, também, a desnutrição e outras doenças não transmissíveis (WHO, 2020).

Está comprovado que o consumo excessivo de sal/sódio está associado ao aumento da pressão arterial, bem como do risco de DCV. O consumo excessivo de sal leva a um aumento no volume extracelular, bem como da resistência vascular periférica, aumentando, assim, a pressão arterial (Williams *et al.*, 2018). É recomendado que o consumo de sal seja inferior a 5 g por dia, estando associada esta redução a uma prevenção da HTA, assim como a uma diminuição do risco de AVC e doença coronária (WHO, 2020). Dados retirados do estudo PHYSA indicaram que os portugueses ingerem cerca de 10,7 g de sal por dia, mais do dobro do recomendado (Polonia *et al.*, 2014). Ao contrário do sódio, o potássio na dieta tem um efeito redutor na pressão arterial, sendo uma dieta rica em frutas e vegetais uma das fontes de potássio (Claas and Arnett, 2016). Whelton e colaboradores concluíram que os suplementos de potássio podem reduzir a pressão arterial média em 4,4/2,5 mmHg em doentes hipertensos (Whelton *et al.*, 1998).

A ingestão de bebidas alcoólicas também está associada ao aumento da pressão arterial, pelo que se recomenda que o consumo de bebidas alcoólicas seja moderado, uma vez que a redução da ingestão excessiva de álcool pode diminuir até 4 mmHg o valor da pressão arterial (Claas and Arnett, 2016).

No que diz respeito às gorduras alimentares, vários são os estudos que comprovam a existência de uma relação entre as mesmas e a DCV. Está demonstrado que os ácidos gordos saturados aumentam o colesterol total, assim como das *Low-Density Lipoprotein* (LDL). Por outro lado, os ácidos gordos trans, para além de aumentarem o colesterol LDL, diminuem as *High-Density Lipoprotein* (HDL). Sabe-se, também, que os ácidos gordos monoinsaturados podem reduzir a glicose no sangue e os triglicédeos em diabéticos do tipo 2 (Reddy and Katan, 2004).

As fibras solúveis diminuem o colesterol LDL, sendo protetoras da DCV. A sua ingestão pode ser conseguida através de frutas, vegetais e cereais integrais (Reddy and Katan, 2004).

O consumo de peixe também é um fator importante na prevenção da DCV, estando o seu consumo associado a uma redução do número de EAM, AVC e doenças coronárias (Engelfriet *et al.*, 2010).

Há várias dietas que têm benefícios na prevenção da DCV, entre as quais a dieta DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension* – que visa diminuir os valores de pressão arterial

e a dieta mediterrânea, que tem sido fortemente associada a um efeito cardioprotetor essencialmente por ter um baixo teor de gordura saturada (Reddy and Katan, 2004). Este tipo de dieta caracteriza-se pelo consumo dos seguintes produtos (Serra-Majem *et al.*, 2004):

- elevado consumo de alimentos de origem vegetal (nomeadamente legumes, frutas, cereais pouco refinados e frutos secos, entre outros)
- produtos frescos e locais pouco processados
- utilização do azeite como a gordura principal para a confeção dos alimentos
- consumo frequente de peixes
- baixo consumo de carnes vermelhas
- baixo/moderado consumo de laticínios
- alto consumo de água e consumo moderado de bebidas alcoólicas, nomeadamente o vinho tinto, entre outros.

A alimentação tem um papel fundamental na prevenção da DCV. No entanto, apesar das recomendações, a adesão a medidas de estilo de vida saudáveis é baixa e sabe-se que estas podem ser equivalentes à monoterapia com medicamentos no que diz respeito à HTA (Williams *et al.*, 2018).

Um estudo conduzido por Engelfriet e colaboradores demonstrou que quando todas as recomendações a nível alimentar são seguidas, a expectativa de vida de um indivíduo com 40 anos pode aumentar em mais de um ano (Engelfriet *et al.*, 2010).

Desta forma torna-se necessário entender quais são os fatores que influenciam e determinam as escolhas alimentares de cada indivíduo.

1.2.2.1. Crenças alimentares

Os hábitos alimentares evoluem com o tempo, constituindo um dos comportamentos mais complexos do ser humano, sendo influenciados por diversos fatores, nomeadamente fatores sociais e económicos, que interagem entre si.

Fatores como o custo dos alimentos, preferências individuais, crenças, tradições culturais, idade e sexo, e até mesmo algumas propriedades químicas e físicas dos alimentos, vão influenciar as escolhas alimentares de cada indivíduo (Monneuse, Bellisle and Koppert, 1997; WHO, 2020).

Diversos estudos relataram que a crença de que não era necessário mudar a alimentação era um dos principais obstáculos à mudança na dieta (Lappalainen, Kearney and Gibney, 1998).

As crenças alimentares influenciam de forma significativa a alimentação de cada pessoa, podendo ser benéficas ou prejudiciais à saúde e evoluindo ao longo do tempo. Por exemplo, se um indivíduo acreditar que uma determinada refeição, como a *fast food*, não é prejudicial à saúde, ele vai continuar a comer essa refeição. Por outro lado, se ele acreditar que pode ser prejudicial à saúde, essa refeição já será evitada. O mesmo se aplica na crença de que certos alimentos possam ter influência no estado de saúde de uma pessoa, como é o caso da crença de que a ingestão de alho diminui a pressão arterial (Silva *et al.*, 2007).

No que diz respeito à evolução das crenças ao longo do tempo, um exemplo é a mudança de atitude em relação à dieta, tendo a quantidade absoluta de gordura ingerida diminuído e a proporção de gordura saturada para insaturada mudado, uma vez que há uns anos atrás se acreditava que “gordura é formosura” (Bellisle, 2006).

As crenças alimentares são influenciadas pelo conhecimento social e cultural dos alimentos, sendo determinantes no comportamento alimentar e a sua compreensão torna-se fundamental para entender o comportamento do indivíduo e, assim, realizar intervenções com o intuito de o mudar (Bell *et al.*, 1981; Viana, 2012; Boatemaa, Badasu and De-Graft Aikins, 2018). Para além disso, o conhecimento nutricional também influencia as crenças alimentares, sendo a idade um fator de extrema importância no que diz respeito ao conhecimento nutricional, uma vez que indivíduos mais jovens têm mais conhecimento acerca da alimentação que indivíduos mais idosos (Tepper, Choia and Jrb, 1997).

Deste modo, as crenças alimentares tornam-se fundamentais na adesão a uma alimentação saudável, sendo uma variável que pode influenciar as escolhas alimentares de cada indivíduo, pelo que é necessário estudá-la.

1.2.2.1.1. Questionário ECA

Para avaliar as crenças alimentares, surgiu o questionário ECA – Escala de Crenças Alimentares – que avalia as crenças alimentares na população portuguesa.

Este questionário emergiu da necessidade de se construir e validar um instrumento de avaliação de crenças alimentares na população adulta portuguesa, uma vez que não existiam instrumentos para medir as mesmas nem estudos suficientes neste âmbito. Deste modo, surgiu em 2017, o questionário ECA (Coelho, 2017).

Para elaborar o questionário foi necessário, num primeiro momento, entrevistar 12 indivíduos de forma a avaliar o que caracterizava uma alimentação saudável, bem como a obtenção de informação para a construção dos itens do questionário. Através desta informação, foi possível a elaboração de um questionário de crenças alimentares constituído por duas partes. Uma primeira parte composta por 54 itens, na qual se pretendiam avaliar as crenças alimentares na população portuguesa, e uma segunda parte composta por 9 itens, em que se pretendiam avaliar as crenças sobre a relação entre alimentação e doenças crónicas. Este questionário era de autopreenchimento e tinha uma escala de *Likert* de 5 pontos, variando a opção de resposta entre “discordo bastante” (1 ponto), “discordo” (2 pontos), “nem concordo nem discordo” (3 pontos), “concordo” (4 pontos) e “concordo bastante” (5 pontos). Na última pergunta, relativa à relação entre alimentação e doenças crónicas, a resposta era de escolha múltipla, sendo possível assinalar mais do que uma opção (Coelho, 2017). É de salientar que só a primeira parte do questionário foi sujeita a validação.

Após a elaboração do questionário, a autora aplicou-o a 409 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, sendo que juntamente com este, também foi realizado um questionário sociodemográfico com o intuito de caracterizar a população. O recrutamento de indivíduos foi feito através de meio eletrónico e presencialmente.

No fim da recolha de dados, após uma análise estatística, surgiu o questionário ECA com 17 itens distribuídos por 4 subescalas como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Questionário ECA (Coelho, 2017).

Questionário ECA		Discordo bastante	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Bastante
1	Para ser saudável é importante comer de forma equilibrada.					
2	Ao aderir a uma alimentação saudável os indivíduos irão sentir-se melhor.					
5	Uma alimentação à base de frutas e vegetais é importante para se ser saudável.					
10	Para se conseguir dormir bem à noite, tem de se comer bastante.					

11	O dinheiro influencia na escolha dos alimentos.					
17	Saltar refeições não trará implicações negativas para a saúde.					
18	Não tendo tempo para ter o cuidado de preparar refeições, facilmente irá optar-se por refeições menos saudáveis.					
19	O <i>stress</i> é o principal agente que faz com que uma pessoa recorra a uma alimentação menos saudável.					
22	Uma alimentação saudável é evitar leite e produtos lácteos.					
23	Ter uma alimentação saudável passa por utilizar óleo na maioria das refeições.					
30	Para ter uma alimentação saudável é importante não comer carne.					
32	Uma alimentação saudável proporciona mais energia.					
33	Quando uma pessoa se encontra nervosa tendencialmente irá comer alimentos menos saudáveis (ex. chocolate, pizza).					
43	Aderir a uma alimentação saudável não fará diferença no bem-estar pessoal.					
45	O café e o pão ao pequeno almoço são uma opção menos saudável.					
47	Uma alimentação desequilibrada pode trazer consequências ao bem-estar físico e/ou mental.					
50	Pode-se comer à vontade porque hoje em dia o estereótipo de beleza mudou.					

Cada subescala contém os seguintes itens:

1. Subescala de alimentação e saúde constituída pelos itens 1, 2, 5, 32 e 47;
2. Subescala de hábitos alimentares diários constituída pelos itens 10, 17, 23, 43 e 50;
3. Subescala de barreiras à alimentação saudável constituída pelos itens 11, 18, 19 e 33;
4. Subescala de ideologia constituída pelos itens 22, 30 e 45.

De salientar que a subescala de hábitos alimentares diários é composta pelos itens na negativa, sendo que as restantes escalas são compostas pelos itens na positiva.

Quanto mais alta for a pontuação, mais crenças positivas o indivíduo tem, ou seja, as crenças estão de acordo com as recomendações mundiais de saúde e alimentação. Por outro lado, quanto menor for a pontuação, menos crenças acertadas o indivíduo tem.

Quanto à sensibilidade dos itens das subescalas, com o objetivo de se avaliar se estes têm a capacidade de diferenciar indivíduos estruturalmente diferentes, através da análise das medidas de forma, em que os valores de assimetria e de curtose foram considerados adequados, foi possível verificar que os itens e as subescalas tinham uma boa sensibilidade.

A análise fatorial exploratória de cada subescala foi a seguinte: alimentação e saúde $\alpha=0,76$; hábitos alimentares diários $\alpha=0,72$; barreiras à alimentação saudável $\alpha=0,57$; ideologia $\alpha=0,64$.

Por fim, a fiabilidade da escala foi avaliada através do cálculo do α de Cronbach, tendo-se comprovado que a mesma tinha uma consistência interna razoável (α de Cronbach estratificado=0,74).

Deste modo, surgiu o questionário ECA, destinado à população adulta portuguesa, com idade superior a 18 anos, composto por 17 perguntas com uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que a opção de resposta varia desde “discordo bastante” a “concordo bastante”, dividido em 4 subescalas e com um score máximo de 85 pontos (Coelho, 2017).

2. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares

Como já foi analisado anteriormente, a HTA e a alimentação inadequada são dois dos fatores de risco modificáveis mais importantes na DCV, tendo o seu controlo um grande impacto quer na evolução, quer no controlo da doença (Sabaté, 2003; WHO, 2017).

A adesão à terapêutica e as crenças alimentares são fatores chave no controlo da HTA e na adesão a uma alimentação saudável, respetivamente, sendo a não adesão à terapêutica uma das principais causas de descontrolo da HTA e, por sua vez, as crenças alimentares uma das barreiras à não adesão a uma alimentação saudável.

Como já foi referido, um dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora são os fatores pessoais, fazendo parte deste grupo as crenças pessoais.

Visto que as crenças podem influenciar o processo da adesão, será que as crenças alimentares podem, também, influenciar a adesão à terapêutica anti-hipertensora?



OBJETIVOS

I. Objetivo principal

Este estudo tem como objetivo principal a avaliação, numa amostra de doentes com DCV, da influência das crenças alimentares na adesão à terapêutica anti-hipertensora.

Dada a interrupção abrupta devida à pandemia COVID-19, passou a ser objetivo deste estudo avaliar a exequibilidade deste objetivo inicial, com foco nos questionários utilizados e nas variáveis analisadas.



MATERIAL E MÉTODOS

1. Desenho do estudo

O estudo em causa corresponde a um estudo observacional transversal, onde os dados foram recolhidos através da resposta aos questionários MUAH-I6 (Anexo A) e ECA (Anexo B), em forma de entrevista, após a explicação detalhada do projeto, bem como a assinatura do consentimento informado (Anexo C). O carácter voluntário da participação no estudo foi devidamente explicado ao doente, assim como a confidencialidade dos seus dados, sendo os mesmos anonimizados e sendo atribuído a cada participante um código sequencial.

Para a realização do presente estudo foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, da qual se obteve um parecer favorável que se encontra em anexo (Anexo D).

A recolha de dados foi realizada na Unidade de Investigação Clínica em Cardiologia (UICC), no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pólo HUC, aquando das visitas programadas dos doentes à UICC, tendo a recolha ocorrido entre 14 de fevereiro de 2020 e 06 de março de 2020. A recolha de dados terminou abruptamente com o início da pandemia de COVID-19.

2. Amostra

Os doentes adultos com DCV que estavam a ser acompanhados na UICC foram identificados. Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão apresentados na Tabela 4 foi realizada uma entrevista, onde os doentes tiveram oportunidade de responder aos questionários MUAH-I6 e ECA, bem como à folha de caracterização dos dados sociodemográficos (Anexo E).

Tabela 4 – Critérios de seleção do estudo.

Critérios de seleção do estudo	
Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
DCV estabelecida e diagnóstico de HTA	Mulher grávida
Toma de, pelo menos, um anti-hipertensor	Doente com dificuldades cognitivas
Idade igual ou superior a 18 anos	

3. Plano de investigação

Após a explicação detalhada do projeto e dos procedimentos do estudo, as seguintes etapas foram realizadas:

1. Assinatura do consentimento informado;
2. Preenchimento dos dados sociodemográficos;
3. Preenchimento do questionário MUAH-16;
4. Preenchimento do questionário ECA.

4. Tratamento dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa Microsoft Office Excel.

Variáveis como os dados sociodemográficos e clínicos foram analisadas quanto à sua frequência absoluta, bem como a sua média e desvio-padrão (DP).

Quanto aos questionários MUAH-16 e ECA, para além de se analisarem os respetivos scores através da média e desvio-padrão, também foi feita uma análise de frequência às respostas obtidas.

Para além das análises mencionadas acima, estavam previstas análises de correlação, no entanto, dado ao número reduzido de dados, não foi possível realizá-las.



RESULTADOS



1. Amostra

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão apresentados na Tabela 4, constatou-se que 186 doentes reuniam condições para participarem no estudo. Desses 186 doentes, 46 foram abordados para participarem no estudo aquando das visitas programadas à UICC entre 14 de fevereiro de 2020 e 06 de março de 2020.

2. Características sociodemográficas

2.1. Idade e sexo

A distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo encontra-se representada na Figura 3.

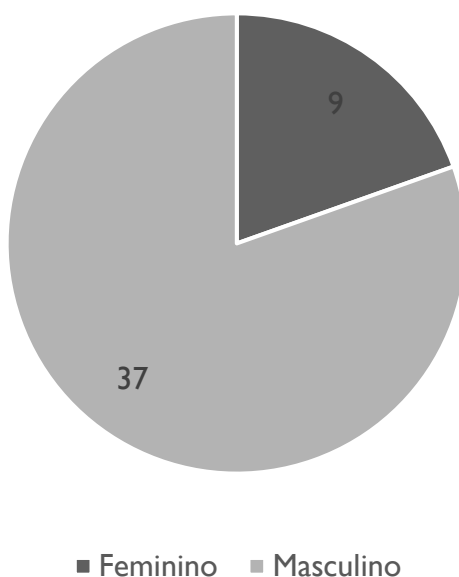


Figura 3 – Distribuição dos participantes do estudo por sexo.

Em relação à média de idades, assim como os seus valores extremos, esta apresenta-se na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes do estudo por idade.

Distribuição dos participantes do estudo por idade					
	Média	Idade mínima	Idade máxima	Nº de doentes acima de 65 anos	Nº de doentes abaixo de 65 anos
População total	67,91 (DP=9,41)	49	84	28	18
Sexo feminino	68,22 (DP=10,07)	53	81	5	4
Sexo masculino	67,84 (DP=9,38)	49	84	23	14

2.2. Escolaridade

Os níveis de escolaridade foram definidos entre 0 e 3, onde o 0 representa o analfabetismo, o 1 o ensino básico, o 2 o ensino secundário e, por fim, o 3 corresponde ao ensino superior. A distribuição dos participantes do estudo tendo em conta a escolaridade está representada na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a escolaridade.

Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a escolaridade	
	Frequência absoluta
Analfabeto (0)	2
Ensino básico (1)	27
Ensino secundário (2)	10
Ensino superior (3)	7
Total	46

3. Dados Clínicos

3.1. Antecedentes pessoais

Os antecedentes pessoais avaliados foram a história de doença cardíaca e história de AVC. Para além destes, a presença de sintomas de HTA e os anos de diagnóstico da mesma também foram avaliados.

A população apresentava em média 10,48 anos (DP=7,67) com HTA, variando entre 1 e 35 anos com a doença.

No que diz respeito à distribuição dos participantes do estudo, tendo em conta os antecedentes pessoais, esta está representada na Figura 4.

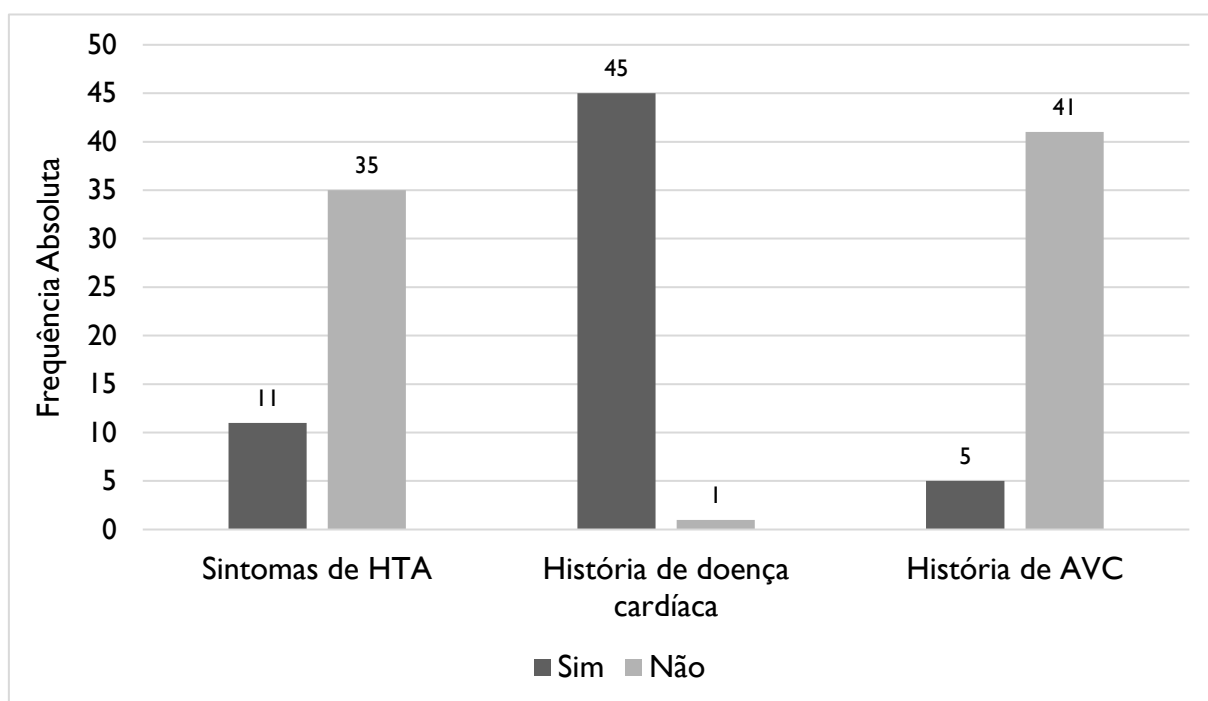


Figura 4 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os antecedentes pessoais.

No que concerne à história de doença cardíaca 4 participantes apresentavam apenas doença coronária, 39 participantes EAM, 1 participante sofria de fibrilhação auricular e, por fim, 1 participante apresentava arritmias cardíacas.

3.2. Antecedentes familiares

Os antecedentes familiares de HTA e de DCV foram avaliados consoante o conhecimento acerca da presença ou ausência das doenças nos familiares mais próximos de cada doente do estudo.

A distribuição dos participantes do estudo consoante os antecedentes familiares está representada na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os antecedentes familiares.

Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os antecedentes familiares		
	HTA	DCV
	Frequência absoluta	Frequência absoluta
Sim	25	19
Não	21	27
Total	46	46

3.3. Patologias concomitantes

As patologias concomitantes avaliadas foram a diabetes, dislipidémia e a obesidade.

A presença de diabetes, assim como a presença de dislipidémia, foi avaliada tendo em conta se o doente tomava ou não medicação para a mesma.

A obesidade foi avaliada tendo em conta o cálculo do índice de massa corporal (IMC), onde se considerou os valores de IMC adotados pela Organização Mundial da Saúde. Deste modo, um indivíduo com um $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ é considerado obeso.

A distribuição dos participantes do estudo de acordo com as patologias concomitantes está representada na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as patologias concomitantes.

Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as patologias concomitantes			
	Diabetes	Dislipidemia	Obesidade
	Frequência absoluta	Frequência absoluta	Frequência absoluta
Sim	11	46	14
Não	35	0	32
Total	46	46	46

3.4. Hábitos tabágicos

Os hábitos tabágicos foram avaliados tendo em conta o consumo atual, prévio ou o não consumo de tabaco por parte dos participantes do estudo.

A distribuição dos participantes do estudo de acordo com os hábitos tabágicos encontra-se representada na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os hábitos tabágicos.

Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os hábitos tabágicos	
	Frequência absoluta
Fumador	2
Nunca fumou	19
Ex-fumador	25
Total	46

3.5. Terapêutica anti-hipertensora instituída

Um dos critérios de inclusão do estudo era a toma de, pelo menos, um anti-hipertensor. Sendo assim, foi avaliado quantos anti-hipertensores é que cada participante estava a tomar, variando a toma entre 1 a 5 anti-hipertensores.

A distribuição dos participantes do estudo tendo em conta a terapêutica anti-hipertensora instituída apresenta-se na Figura 5.

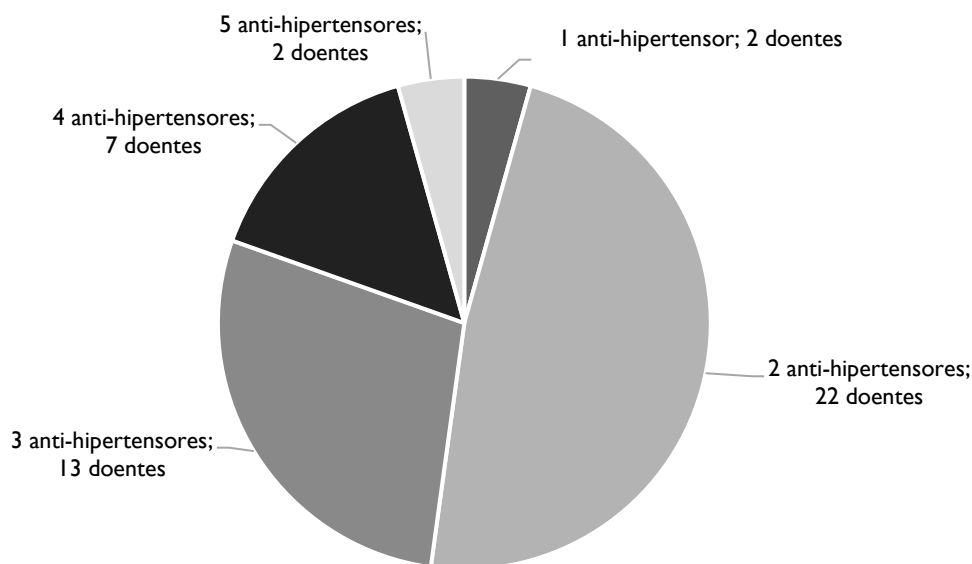


Figura 5 – Distribuição dos participantes do estudo tendo em conta a terapêutica anti-hipertensiva instituída.

4. Questionários

4.1. MUAH-16

•Score

Em média o score total deste questionário foi de 89,70 (DP=9,15) em 112 pontos possíveis, sendo o score mínimo e máximo obtidos nesta amostra 61 e 103 pontos, respetivamente.

O score médio de cada domínio está apresentado na Tabela 10, assim como os seus valores mínimos e máximos.

Tabela 10 – Score do questionário MUAH-16.

Score MUAH-16			
	Média	Score mínimo	Score máximo
Domínio I	26,13 (DP=2,63)	19	28
Domínio II	24,41 (DP=4,03)	13	28
Domínio III	16,85 (DP=5,39)	4	28
Domínio IV	22,30 (DP=3,44)	14	28

•Distribuição das respostas

A frequência de respostas do questionário MUAH-16 está distribuída de acordo com o domínio a que cada pergunta pertence.

A frequência de respostas do domínio I encontra-se representada nas Figuras 6, 7, 8 e 9. Por sua vez, a frequência de respostas do domínio II encontra-se representada nas Figuras 10, 11, 12 e 13, sendo seguida pela frequência de respostas do domínio III que se encontra representada nas Figuras 14, 15, 16 e 17. Por fim, a frequência de respostas do domínio IV está representada nas Figuras 18, 19, 20 e 21.

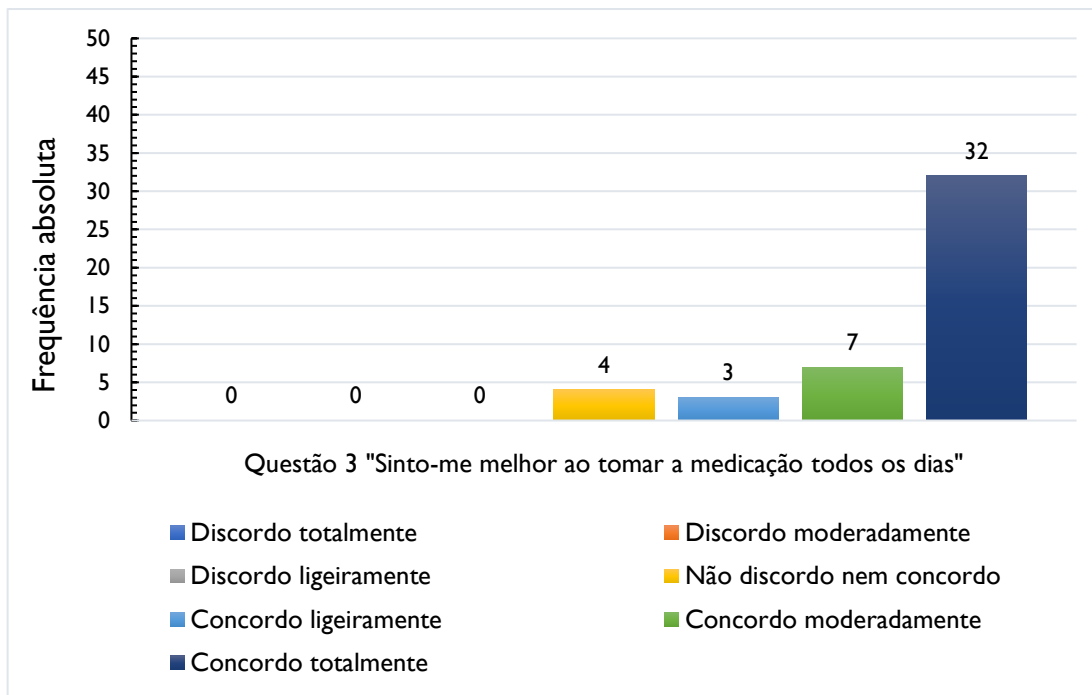


Figura 6 – Frequência de respostas à questão 3 do questionário MUAH-16.

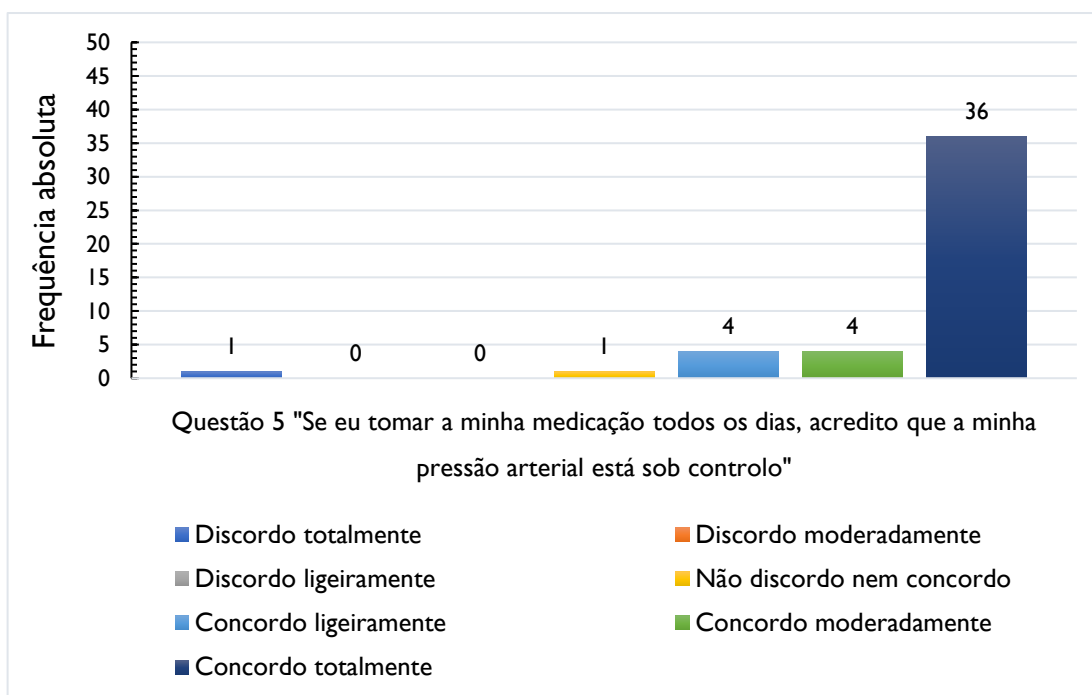


Figura 7 – Frequência de respostas à questão 5 do questionário MUAH-16.

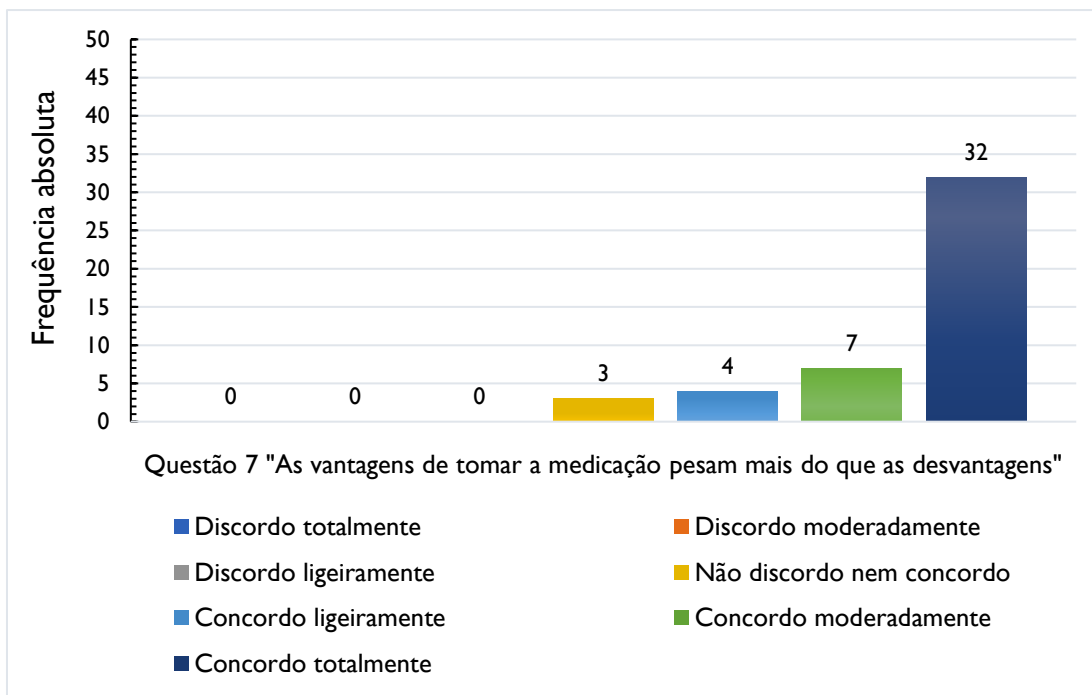


Figura 8 – Frequência de respostas à questão 7 do questionário MUAH-I6.

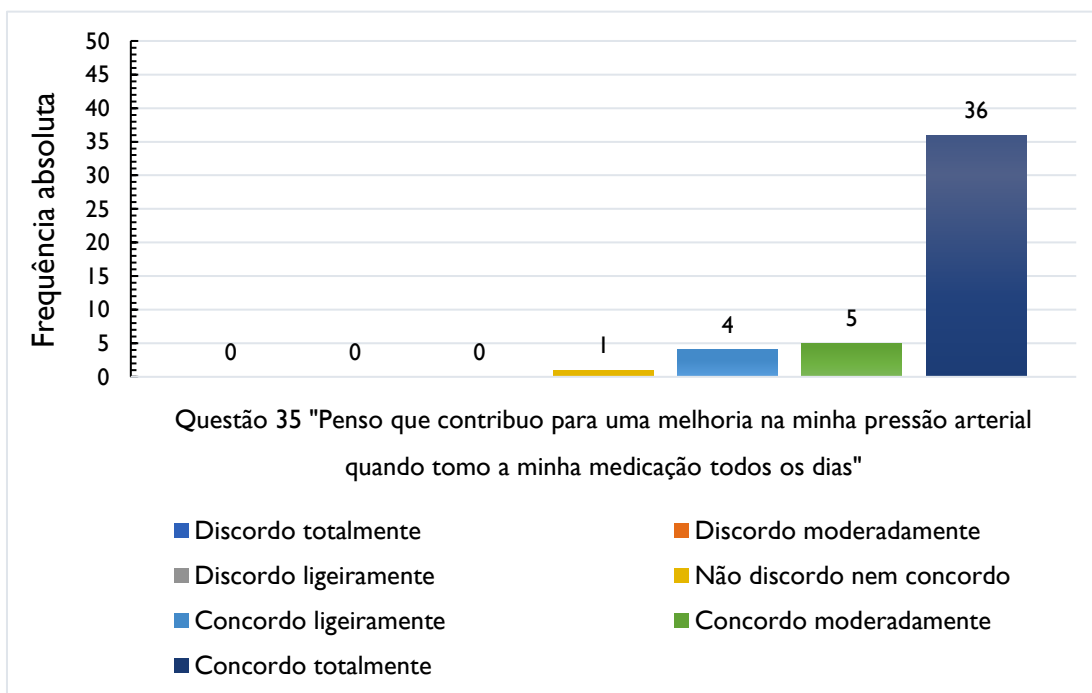


Figura 9 – Frequência de respostas à questão 35 do questionário MUAH-I6.

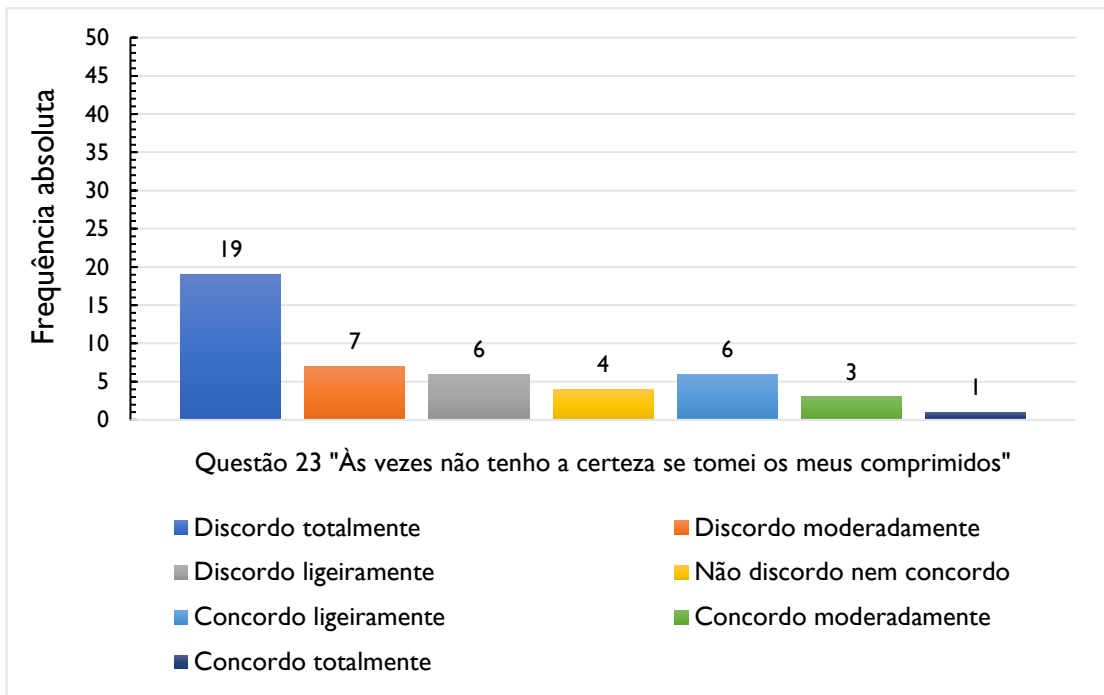


Figura 10 – Frequência de respostas à questão 23 do questionário MUAH-I6.

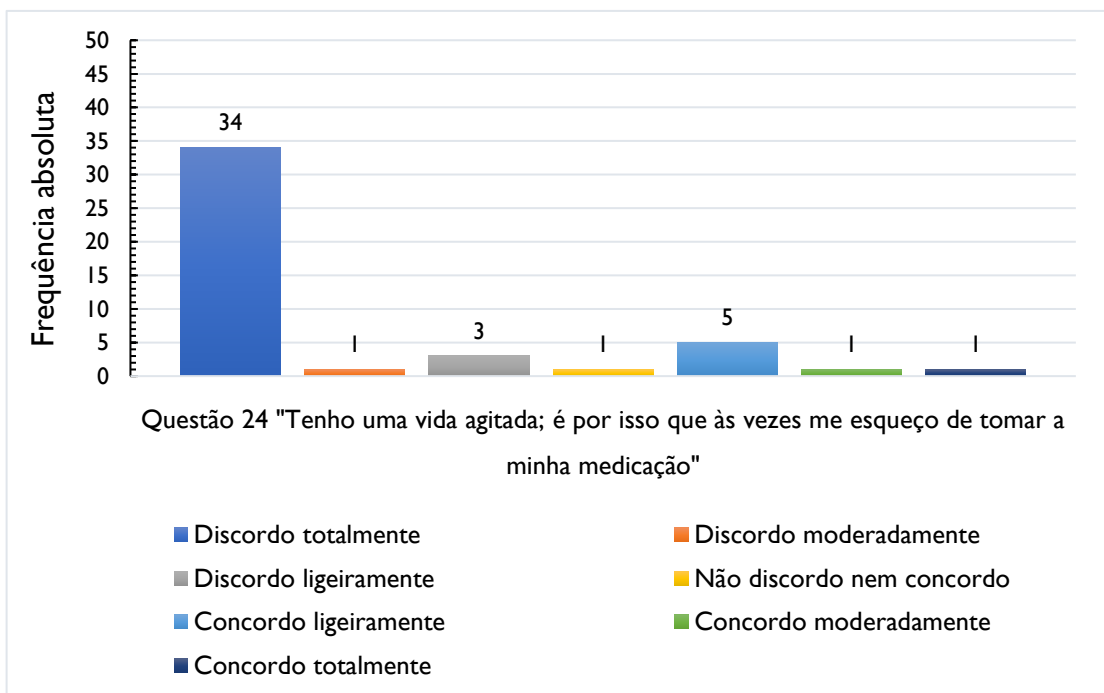


Figura 11 – Frequência de respostas à questão 24 do questionário MUAH-I6.

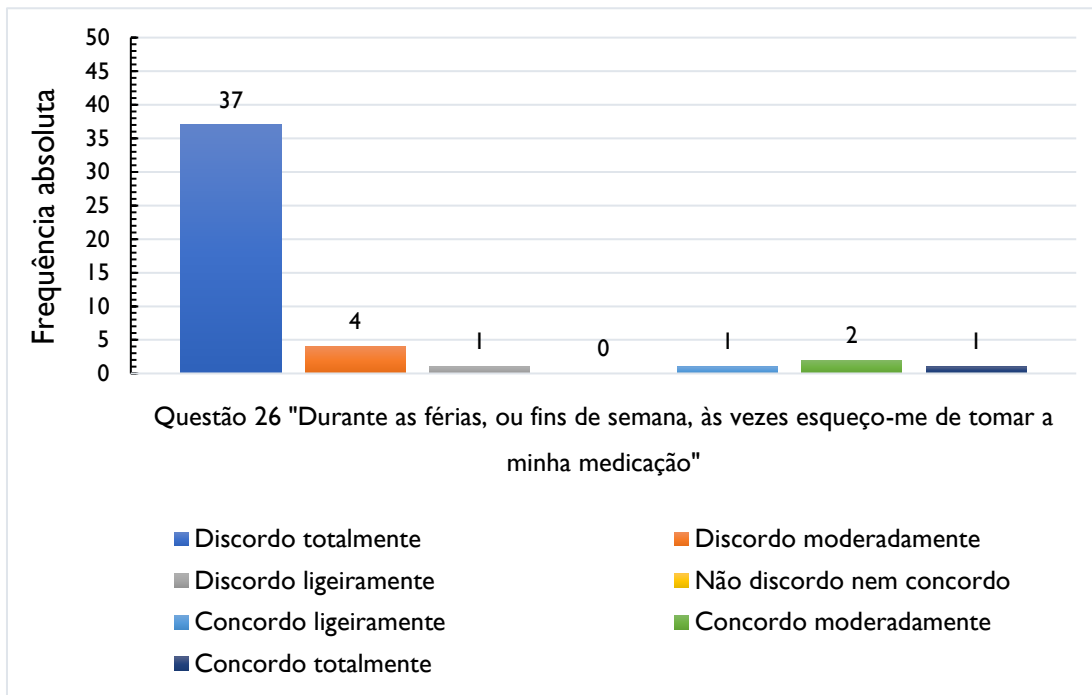


Figura 12 – Frequência de respostas à questão 26 do questionário MUAH-I6.

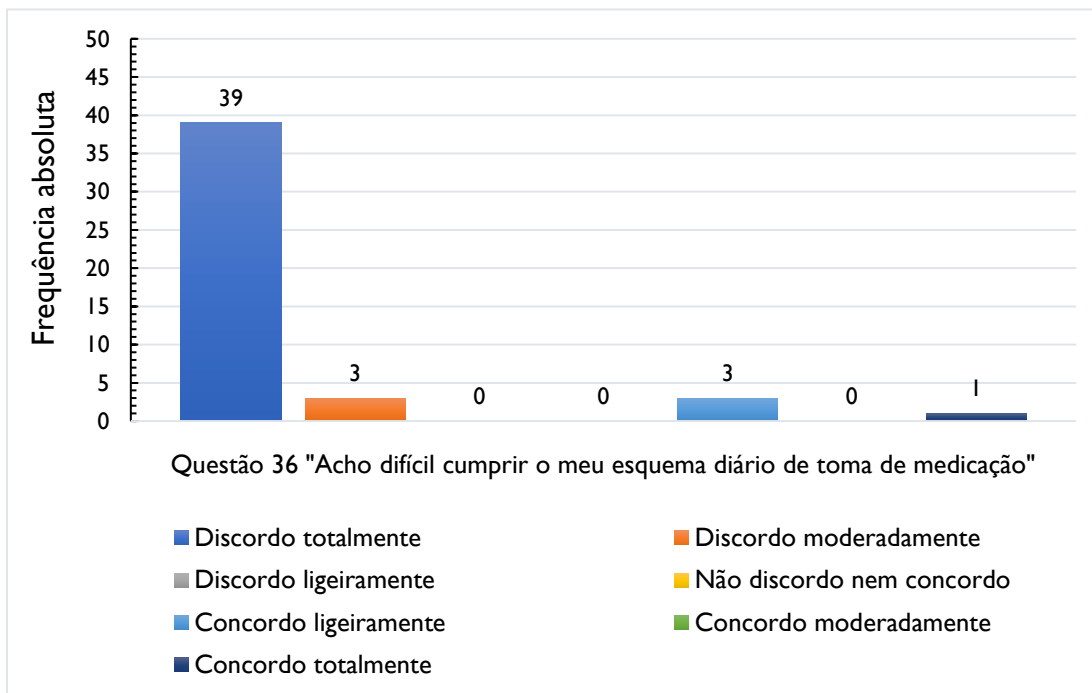


Figura 13 – Frequência de respostas à questão 36 do questionário MUAH-I6.

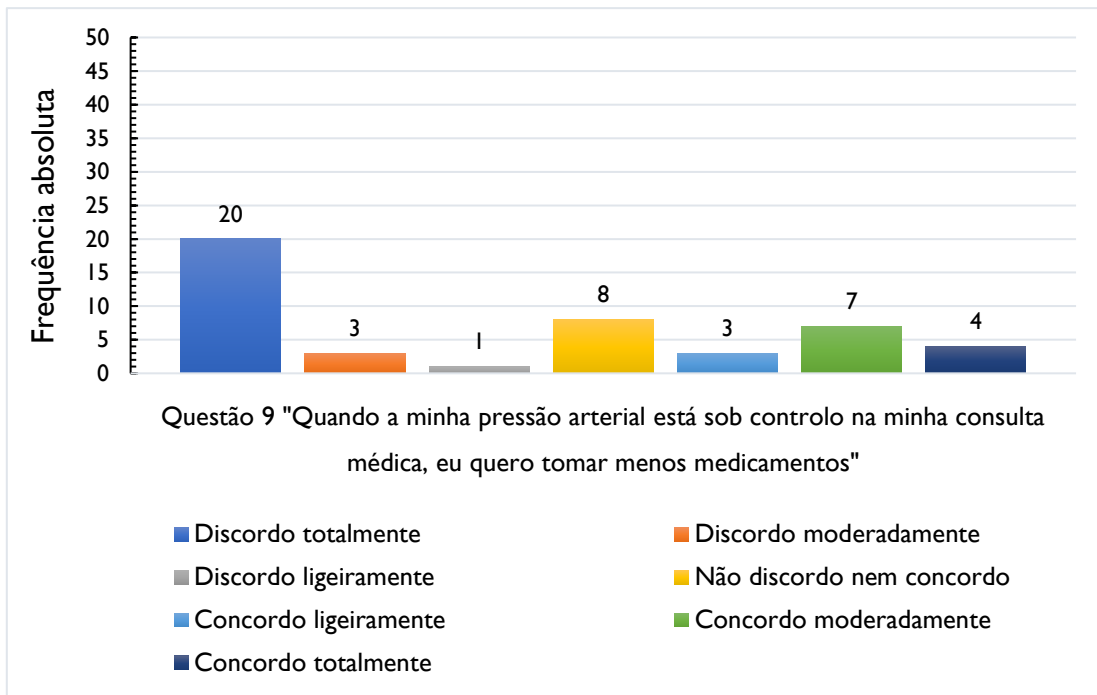


Figura 14 – Frequência de respostas à questão 9 do questionário MUAH-16.

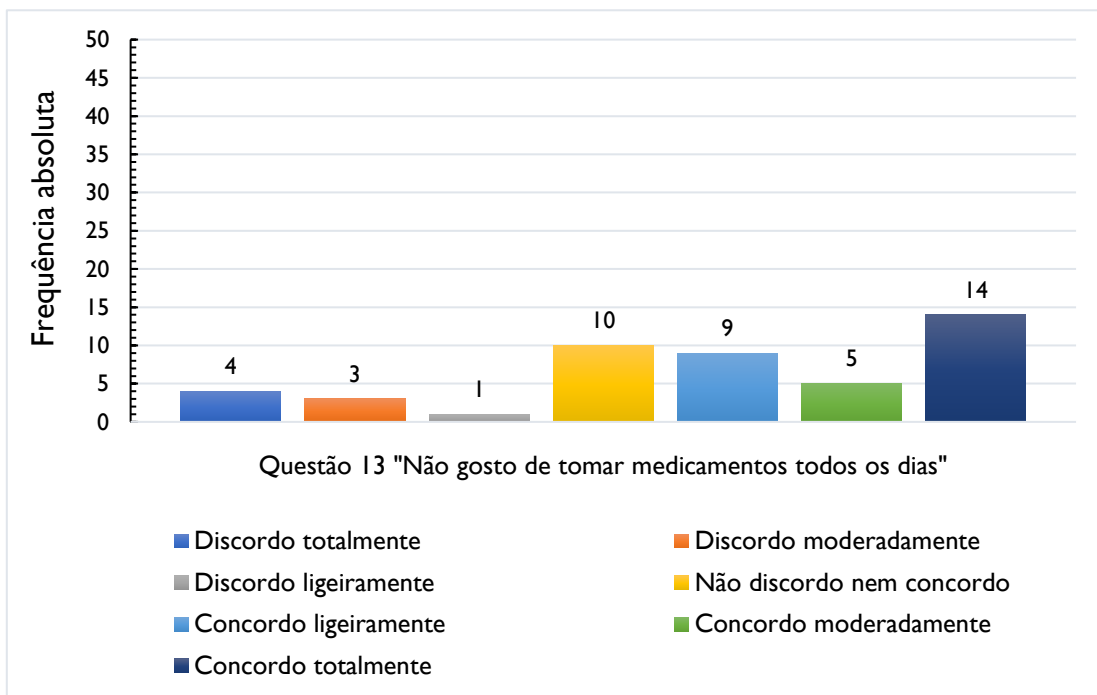


Figura 15 – Frequência de respostas à questão 13 do questionário MUAH-16.

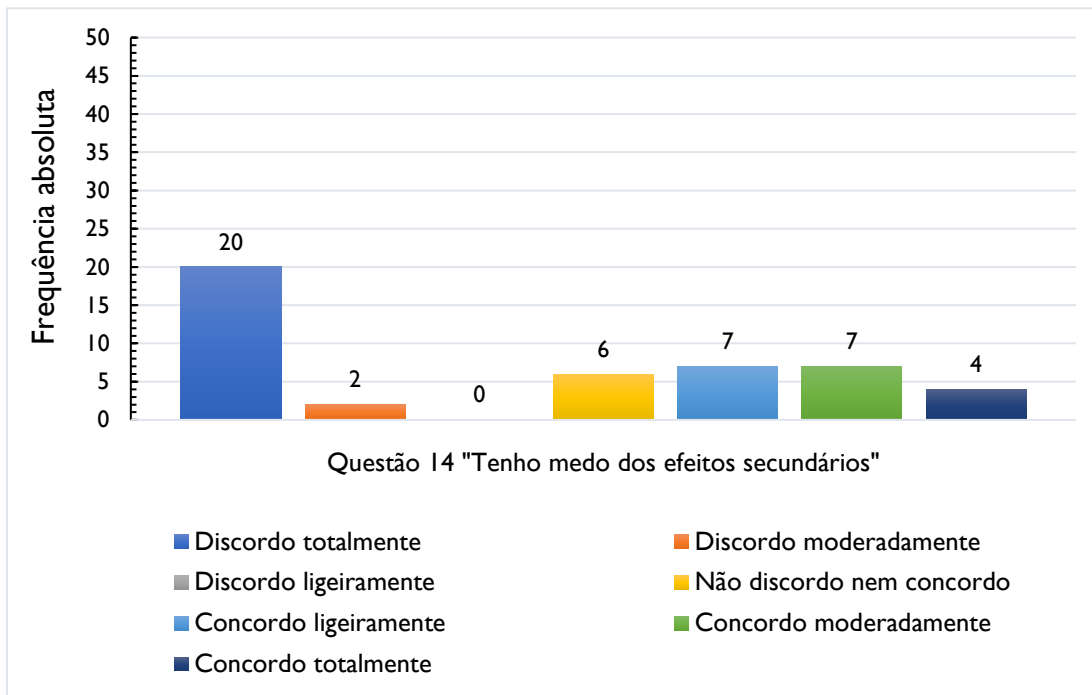


Figura 16 – Frequência de respostas à questão 14 do questionário MUAH-16.

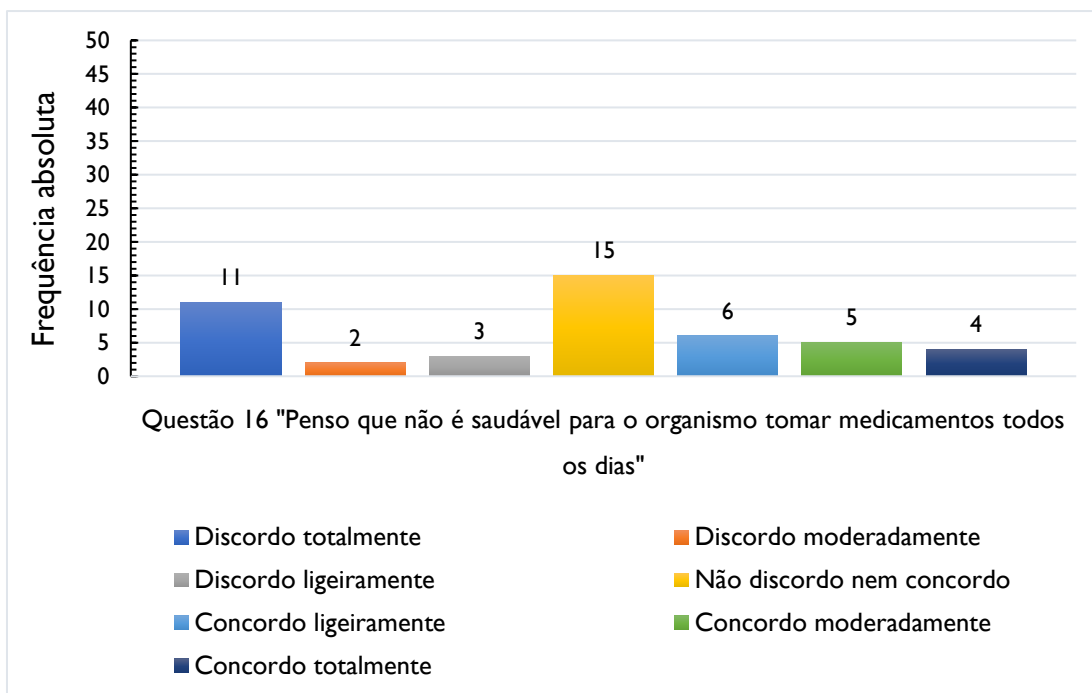


Figura 17 – Frequência de respostas à questão 16 do questionário MUAH-16.

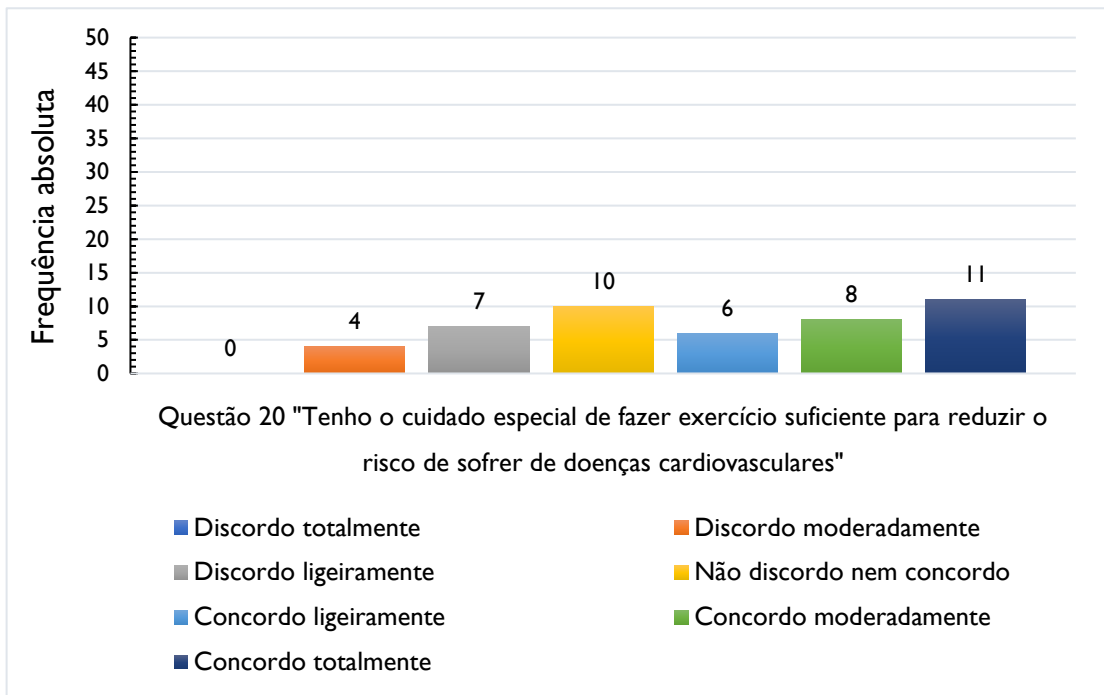


Figura 18 – Frequência de respostas à questão 20 do questionário MUAH-I6.

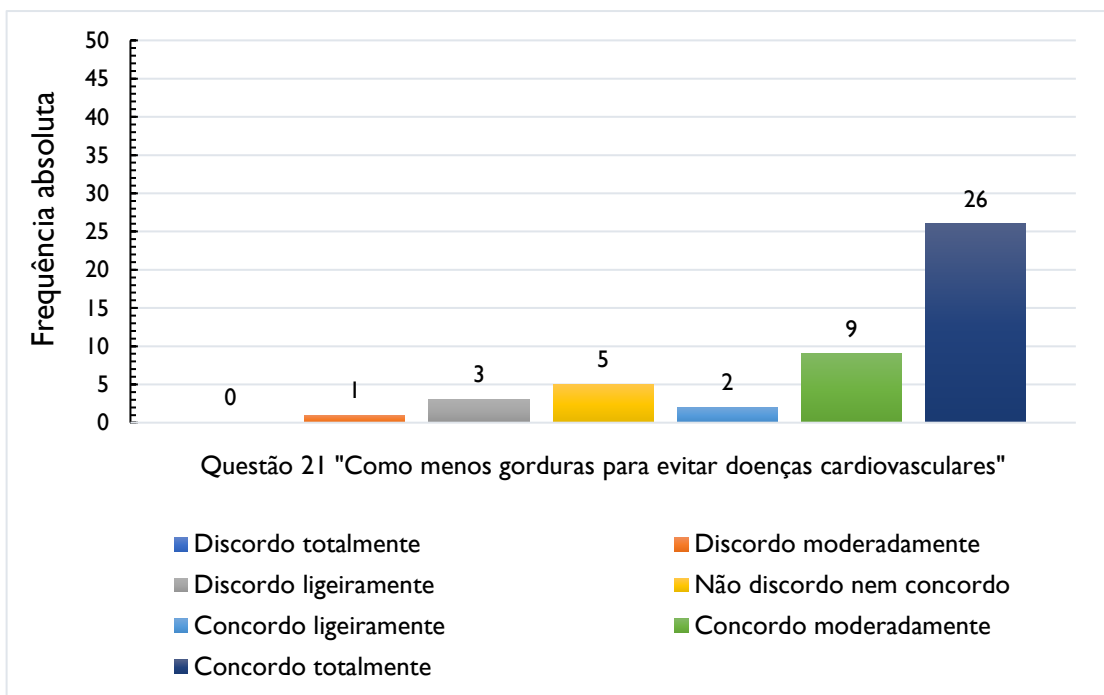


Figura 19 – Frequência de respostas à questão 21 do questionário MUAH-I6.

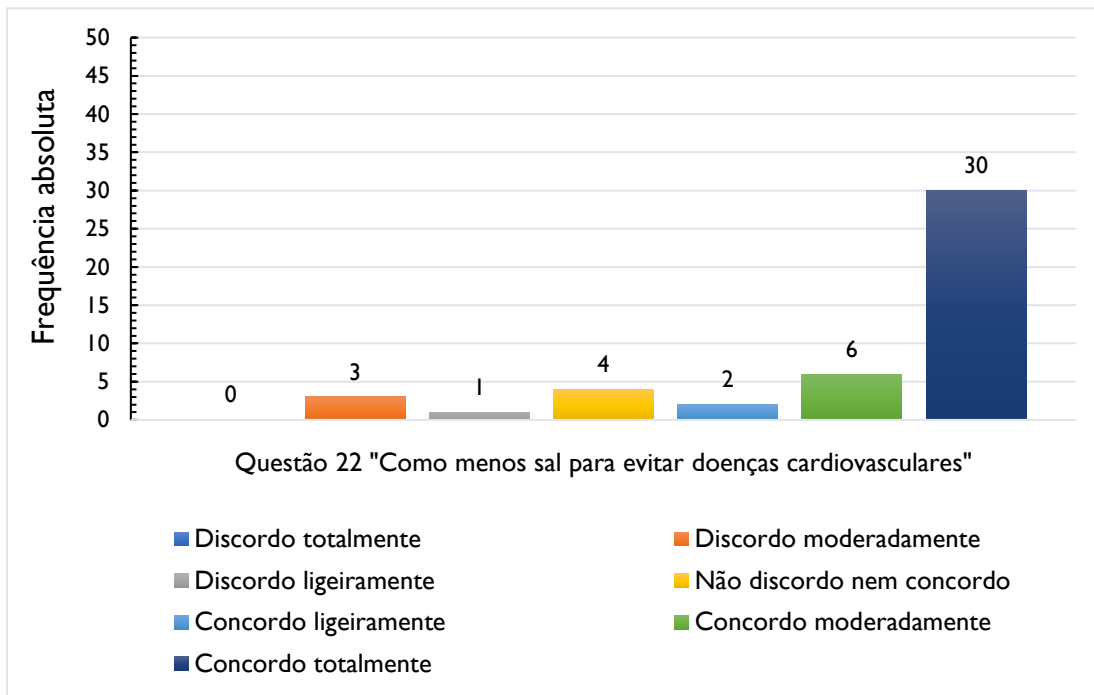


Figura 20 – Frequência de respostas à questão 22 do questionário MUAH-16.

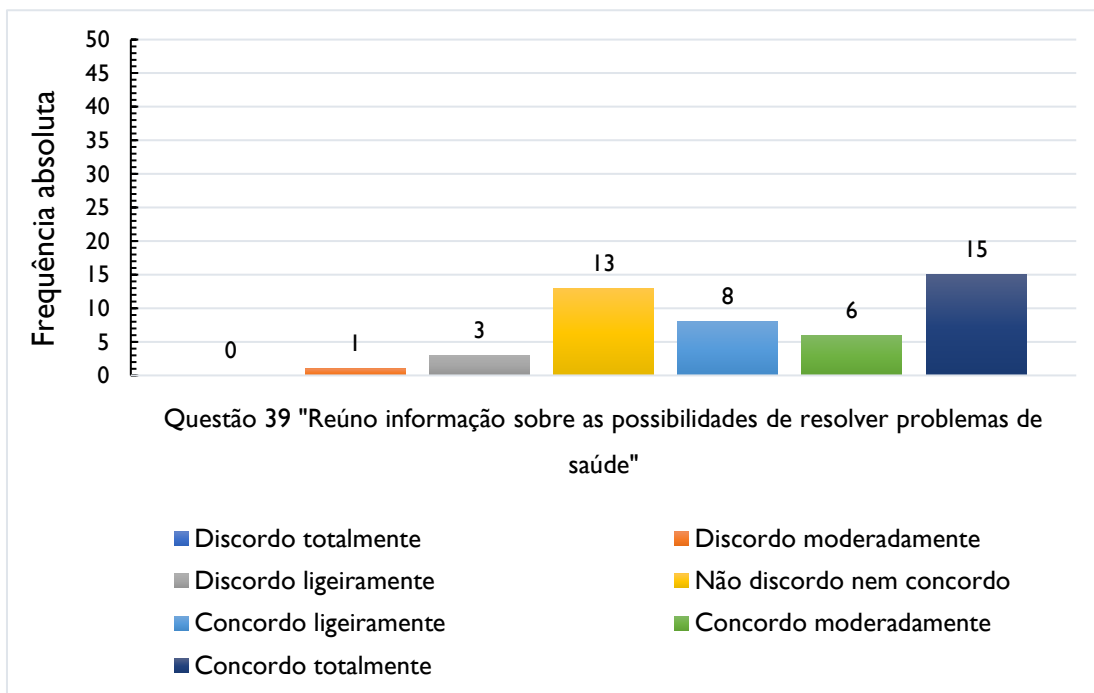


Figura 21 – Frequência de respostas à questão 39 do questionário MUAH-16.

4.2. ECA

•Score

No que diz respeito à média do score final do ECA esta foi de 64,43 (DP=5,37) em 85 pontos possíveis. Na amostra estudada, o valor mínimo do score final foi de 52 pontos e o valor máximo do score final foi de 76 pontos.

O score de cada subescala está representado na Tabela II, bem como os seus valores mínimos e máximos.

Tabela II – Score do questionário ECA.

Score ECA			
	Média	Score mínimo	Score máximo
Subescala I	23,35 (DP=1,80)	17	25
Subescala II	21,37 (DP=2,49)	15	25
Subescala III	13,04 (DP=3,35)	4	20
Subescala IV	6,67 (DP=1,94)	3	12

•Distribuição das respostas

Assim como no questionário MUAH-16, a frequência de respostas do questionário ECA está distribuída de acordo com a subescala a que cada questão pertence.

Assim, a frequência de respostas da subescala I encontra-se representada nas Figuras 22, 23, 24, 25 e 26. A frequência de respostas da subescala II está representada nas Figuras 27, 28, 29, 30 e 31, sendo seguida pela frequência de respostas da subescala III que se encontra representada nas Figuras 32, 33, 34 e 35. Por fim, a frequência de respostas da subescala IV está representada nas Figuras 36, 37 e 38.

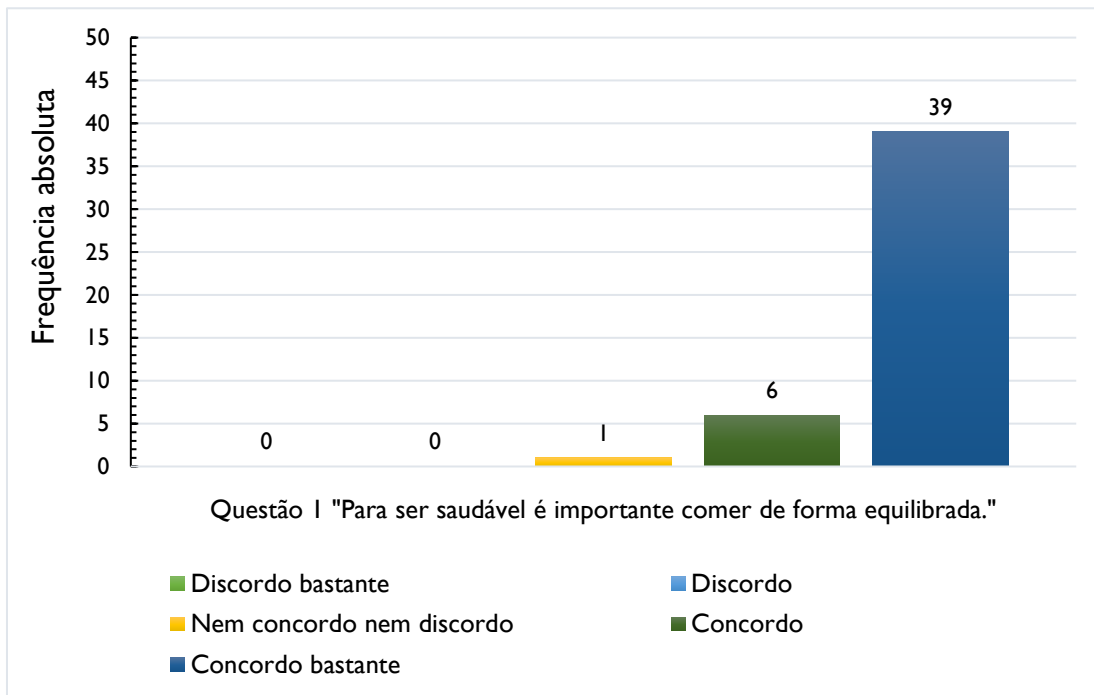


Figura 22 – Frequência de respostas à questão 1 do questionário ECA.

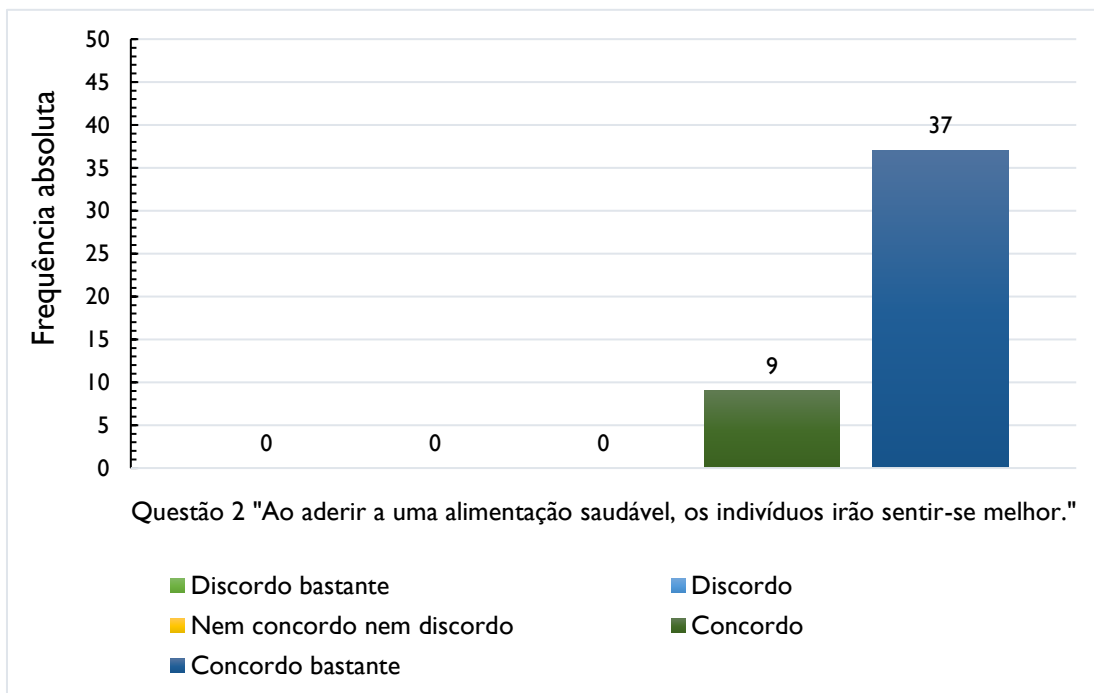


Figura 23 – Frequência de respostas à questão 2 do questionário ECA.

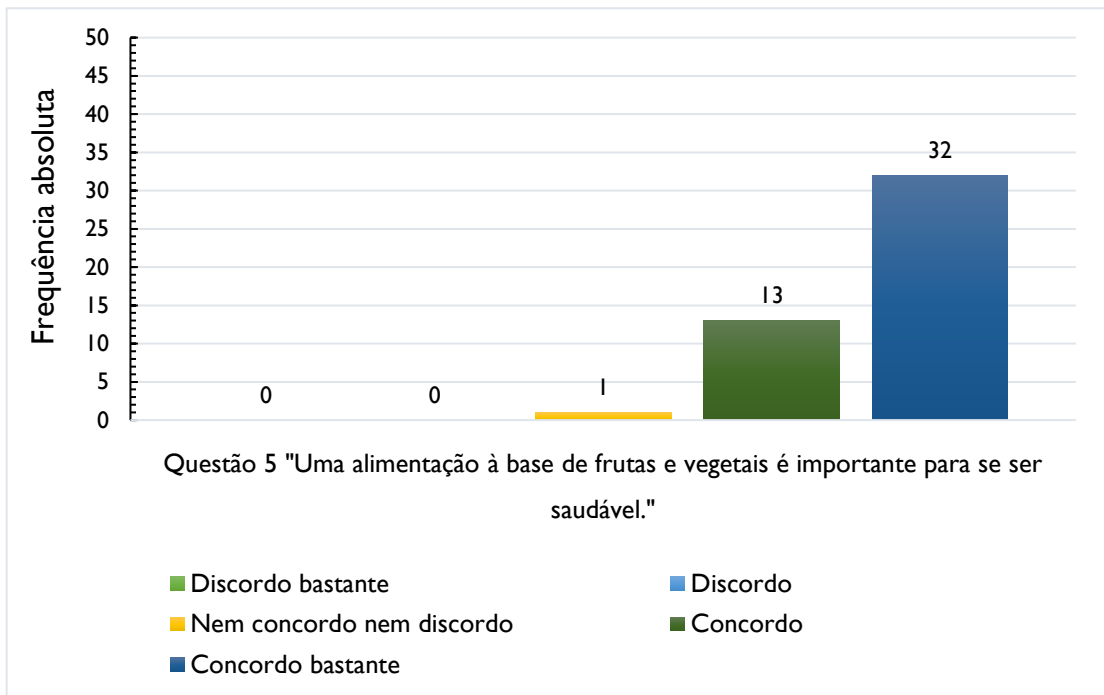


Figura 24 – Frequência de respostas à questão 5 do questionário ECA.

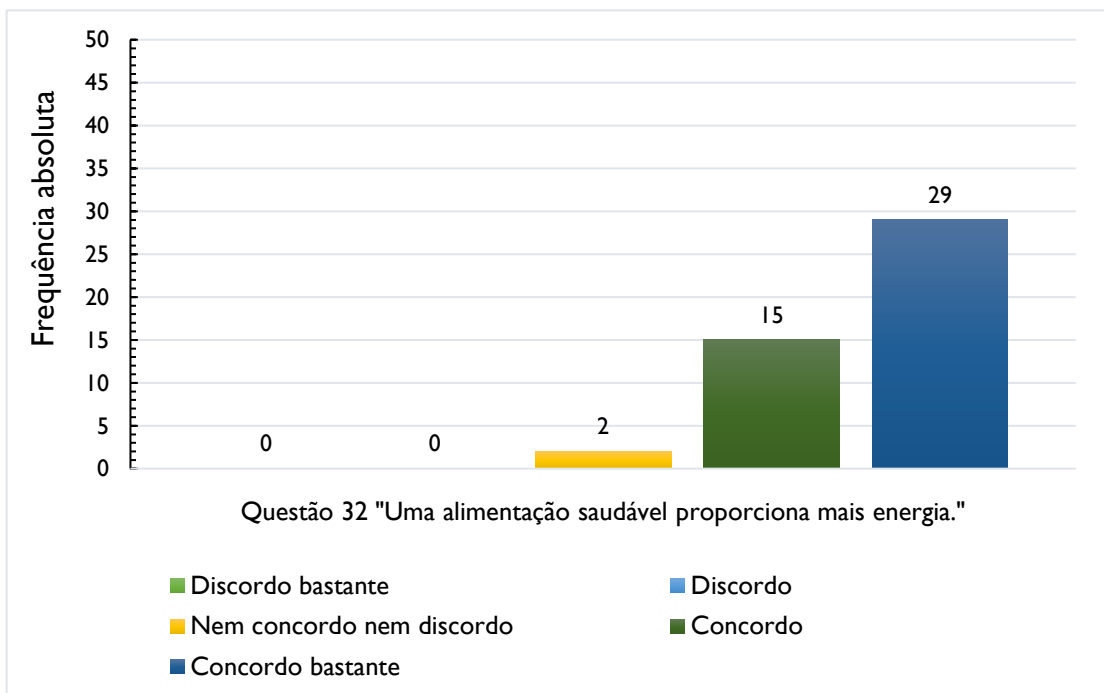


Figura 25 – Frequência de respostas à questão 32 do questionário ECA.

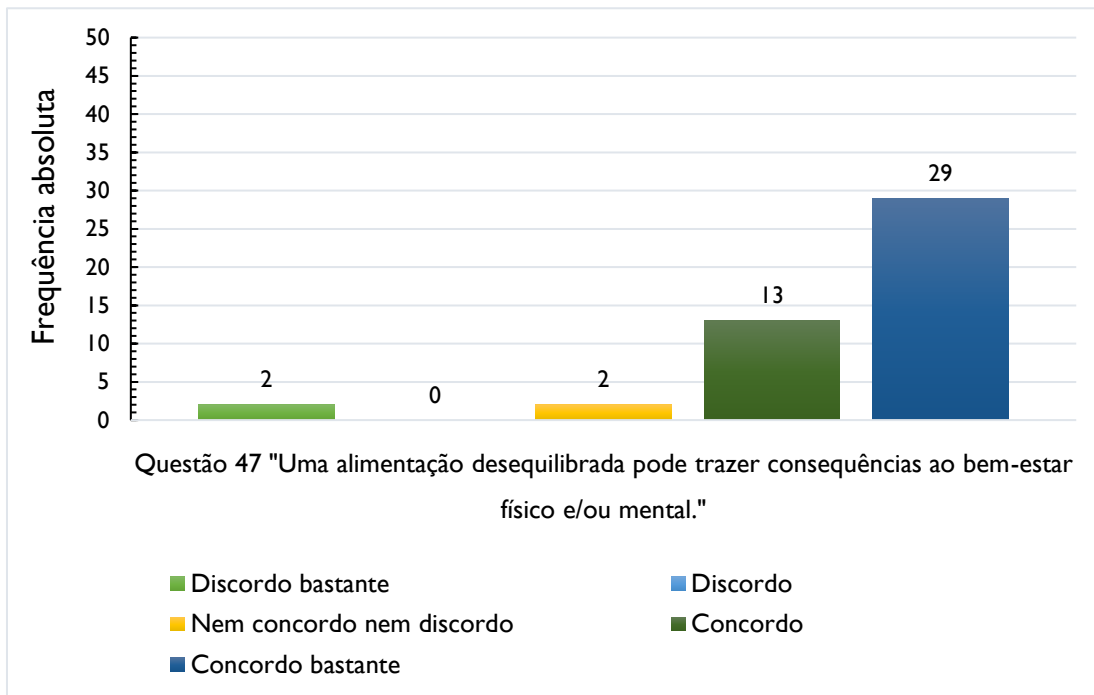


Figura 26 – Frequência de respostas à questão 47 do questionário ECA.

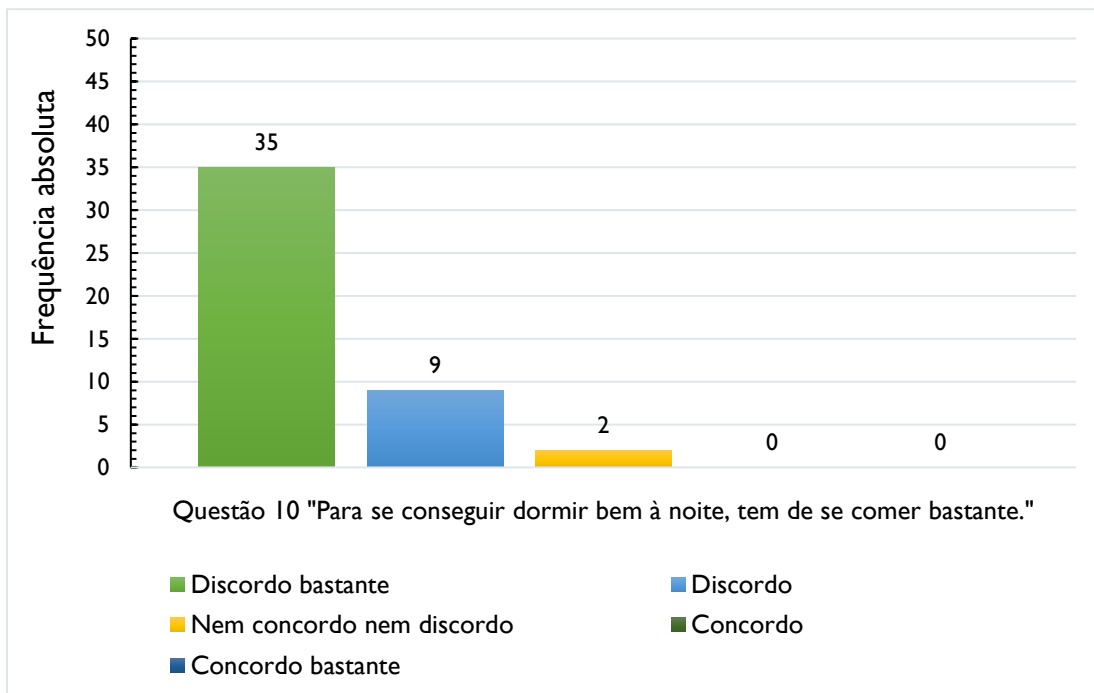


Figura 27 – Frequência de respostas à questão 10 do questionário ECA.

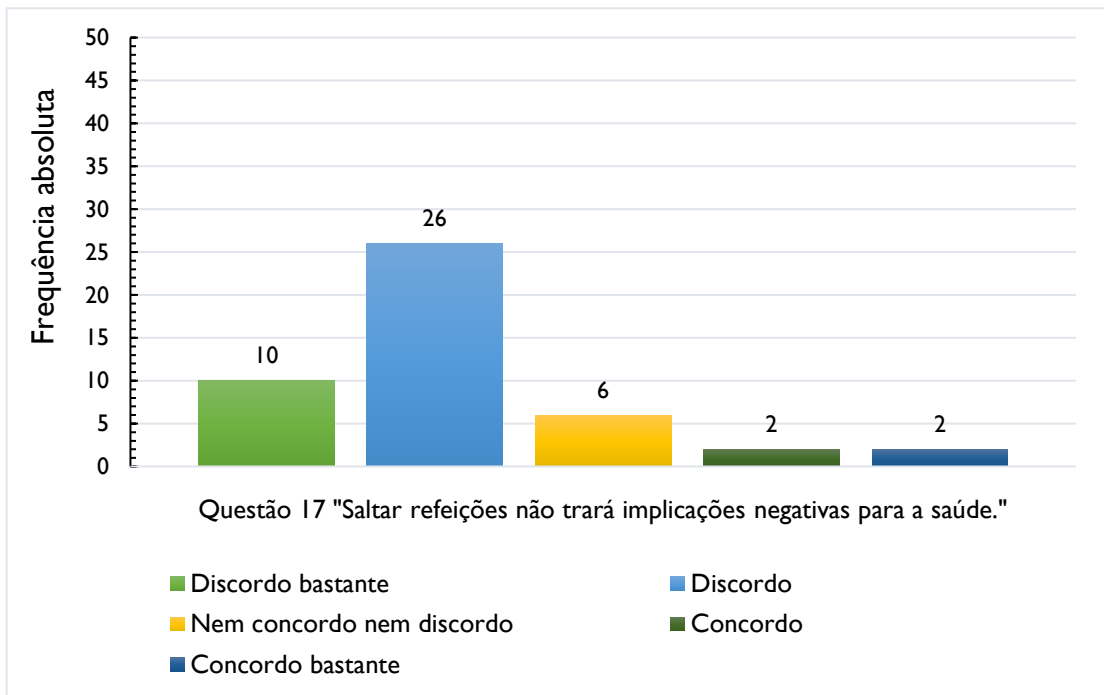


Figura 28 – Frequência de respostas à questão 17 do questionário ECA.

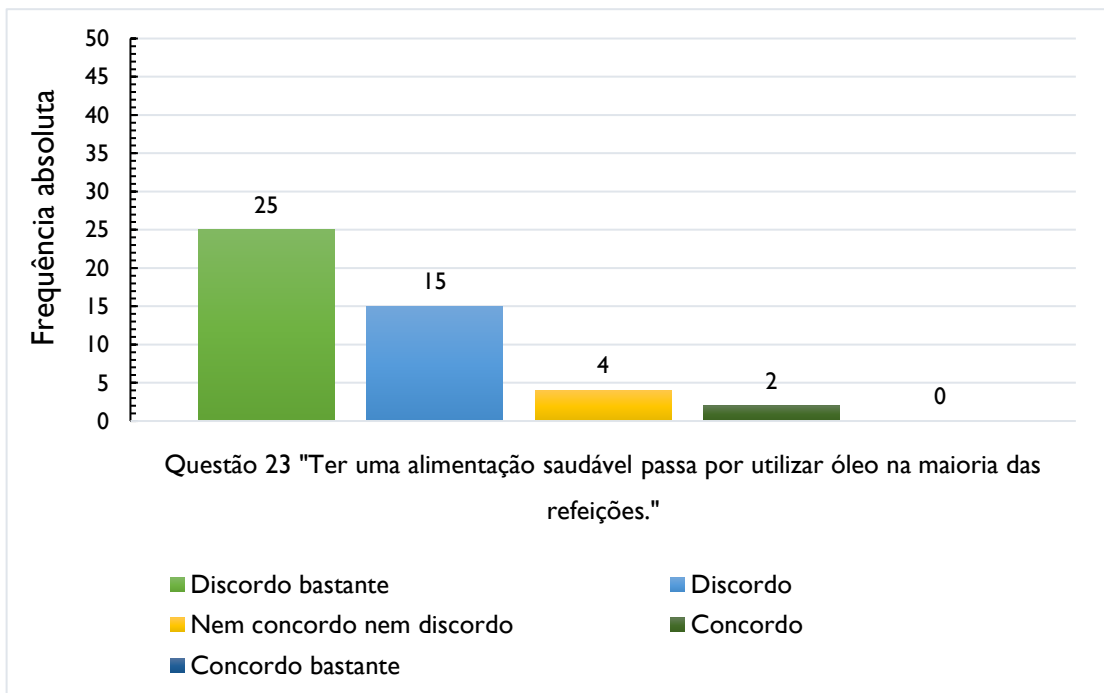


Figura 29 – Frequência de respostas à questão 23 do questionário ECA.

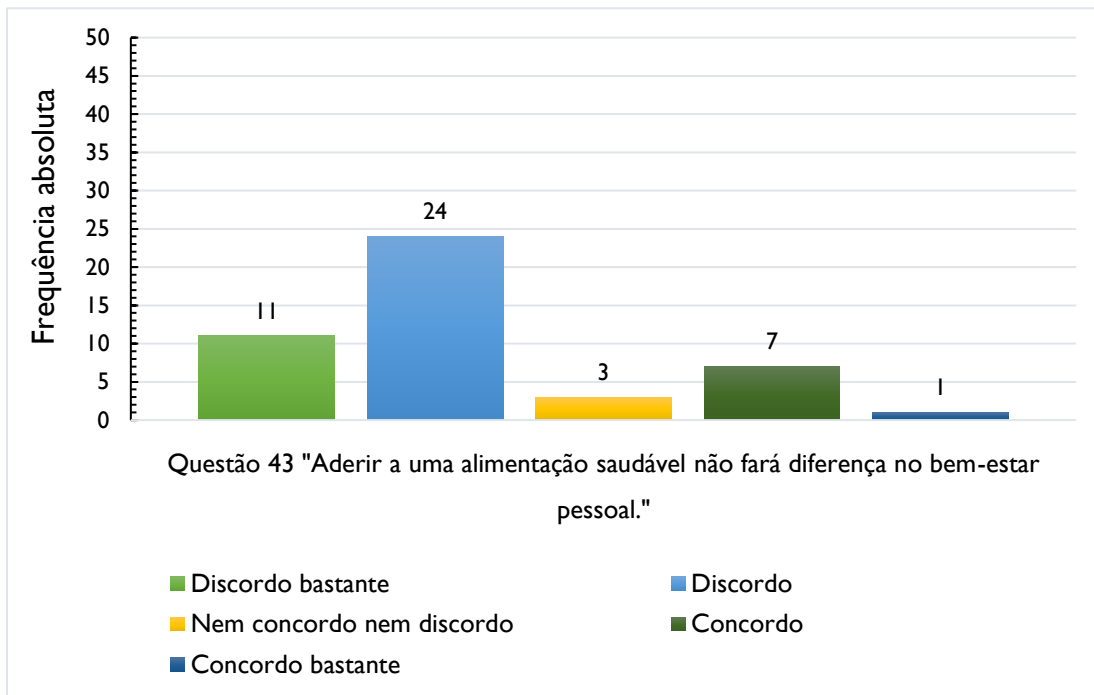


Figura 30 – Frequência de respostas à questão 43 do questionário ECA.

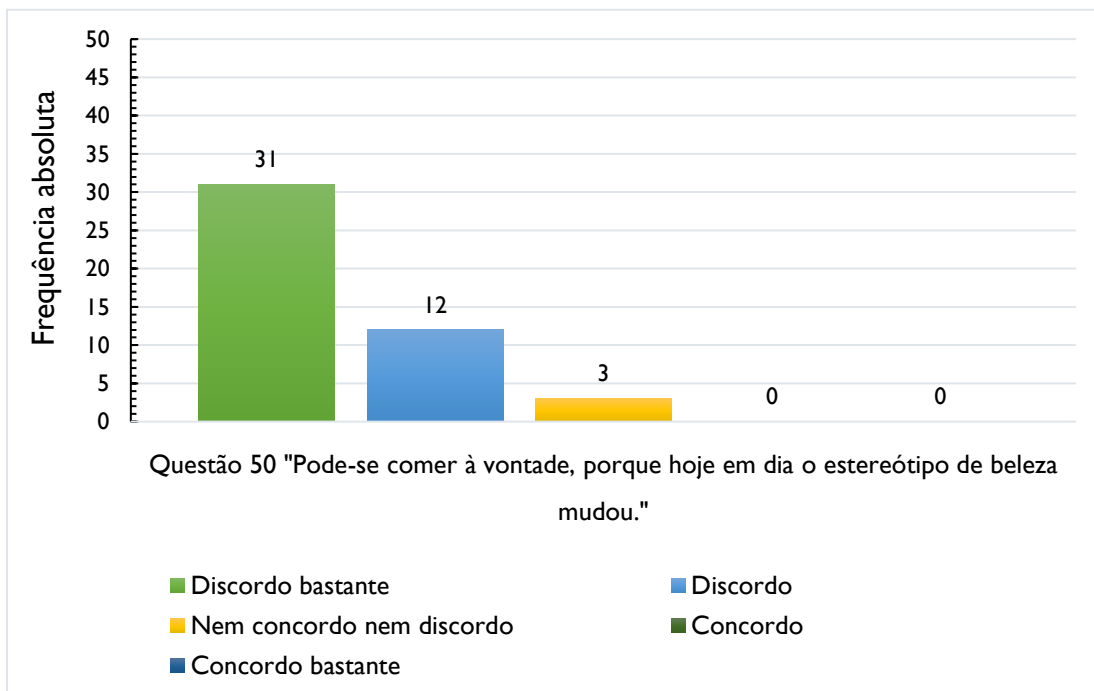


Figura 31 – Frequência de respostas à questão 50 do questionário ECA.

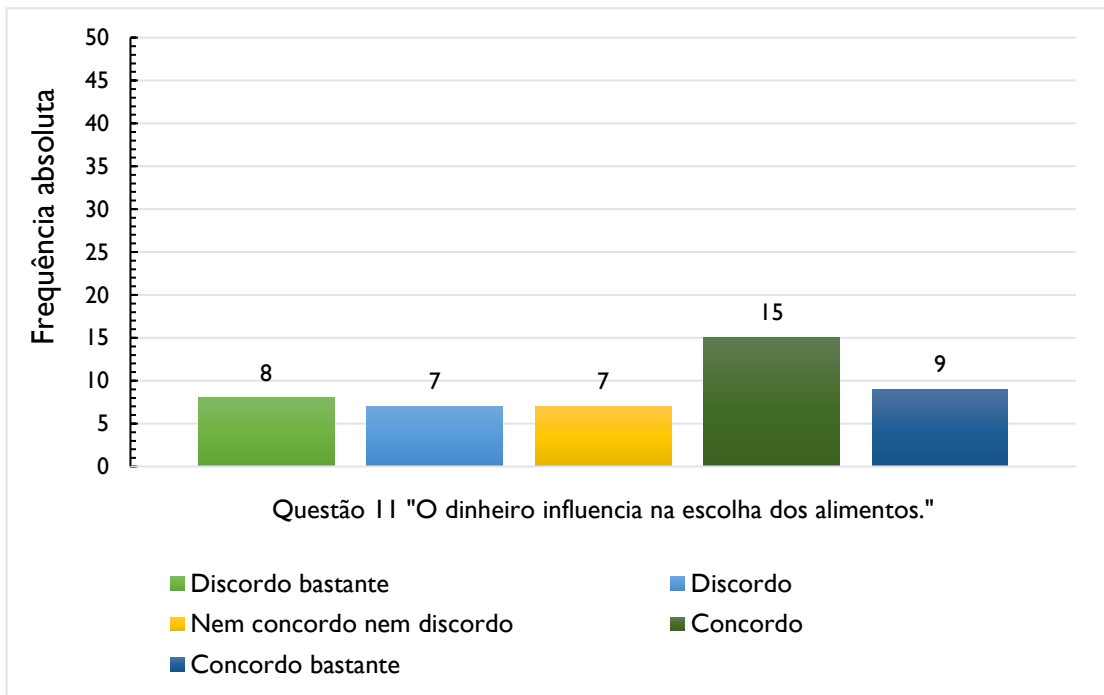


Figura 32 – Frequência de respostas à questão 11 do questionário ECA.

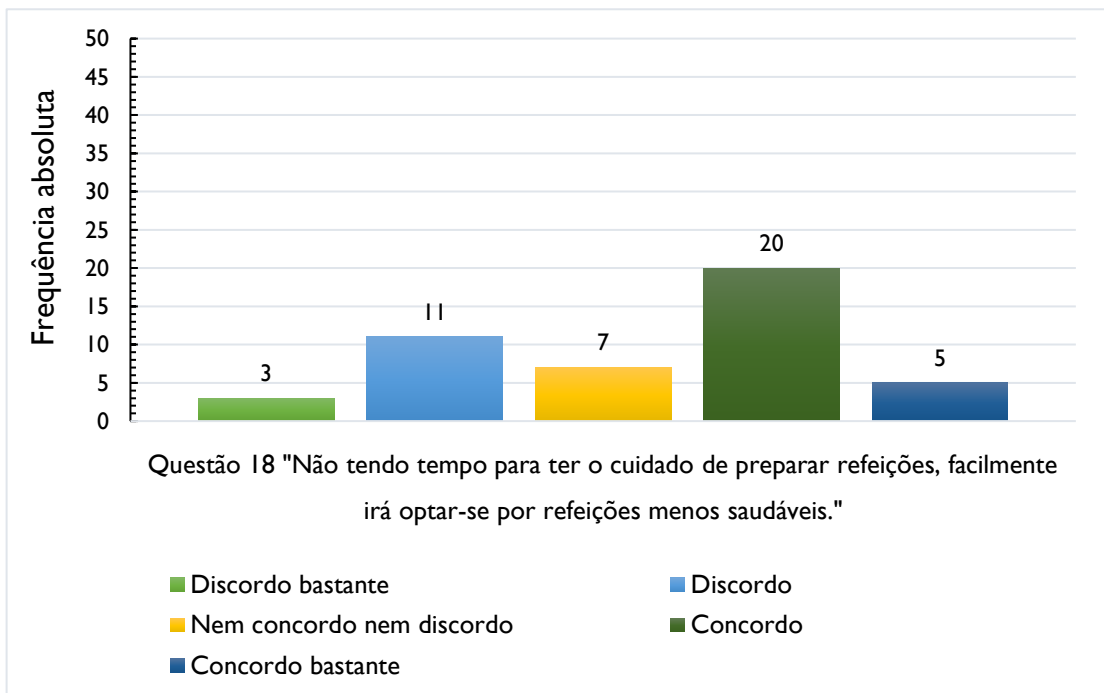


Figura 33 – Frequência de respostas à questão 18 do questionário ECA.

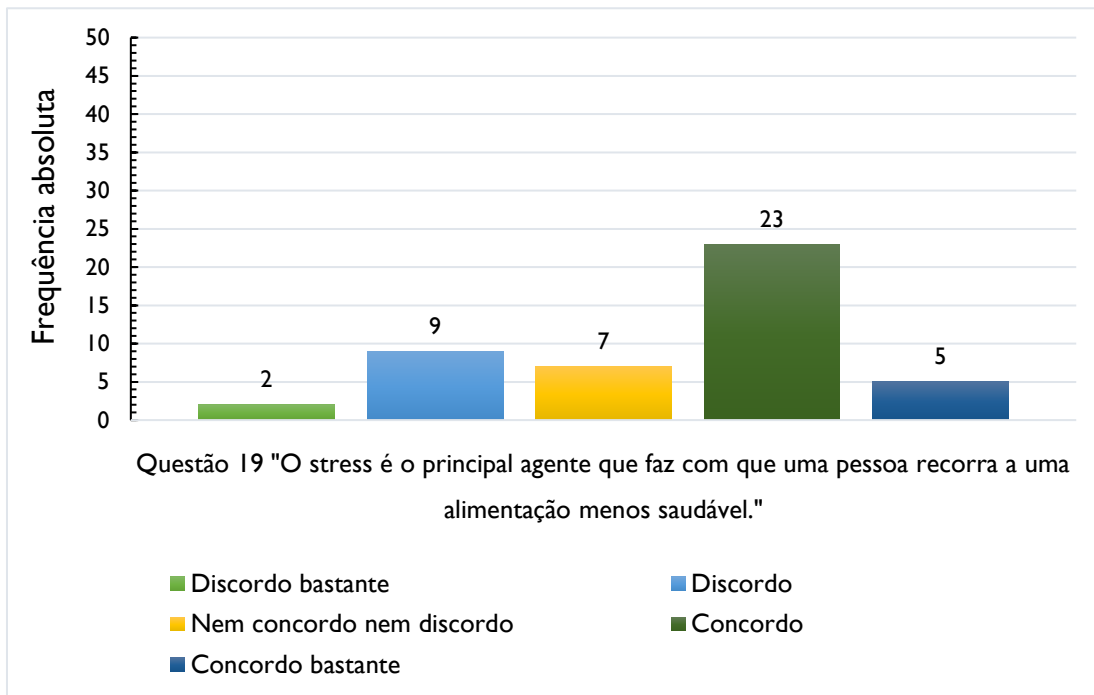


Figura 34 – Frequência de respostas à questão 19 do questionário ECA.

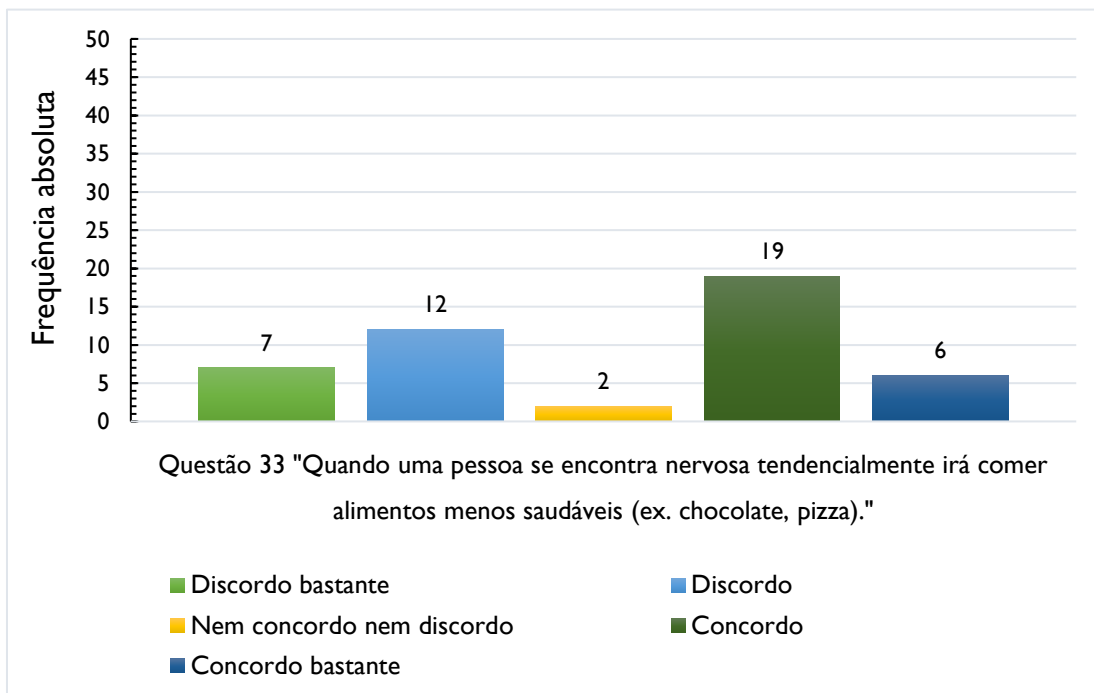


Figura 35 – Frequência de respostas à questão 33 do questionário ECA.

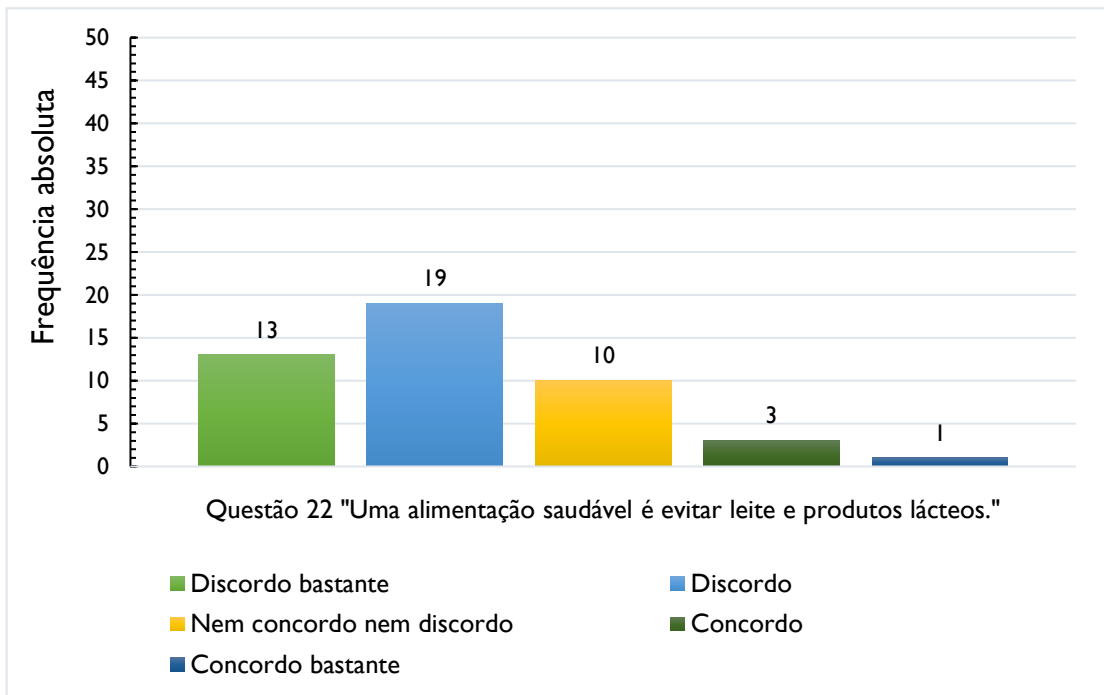


Figura 36 – Frequência de respostas à questão 22 do questionário ECA.

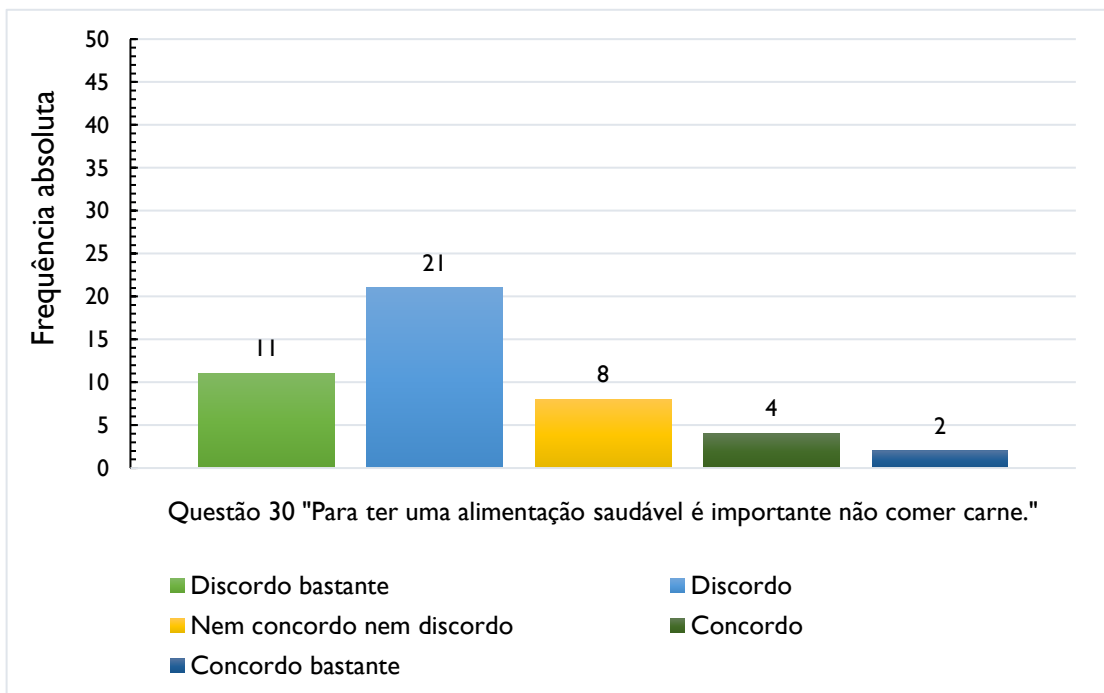


Figura 37 – Frequência de respostas à questão 30 do questionário ECA.

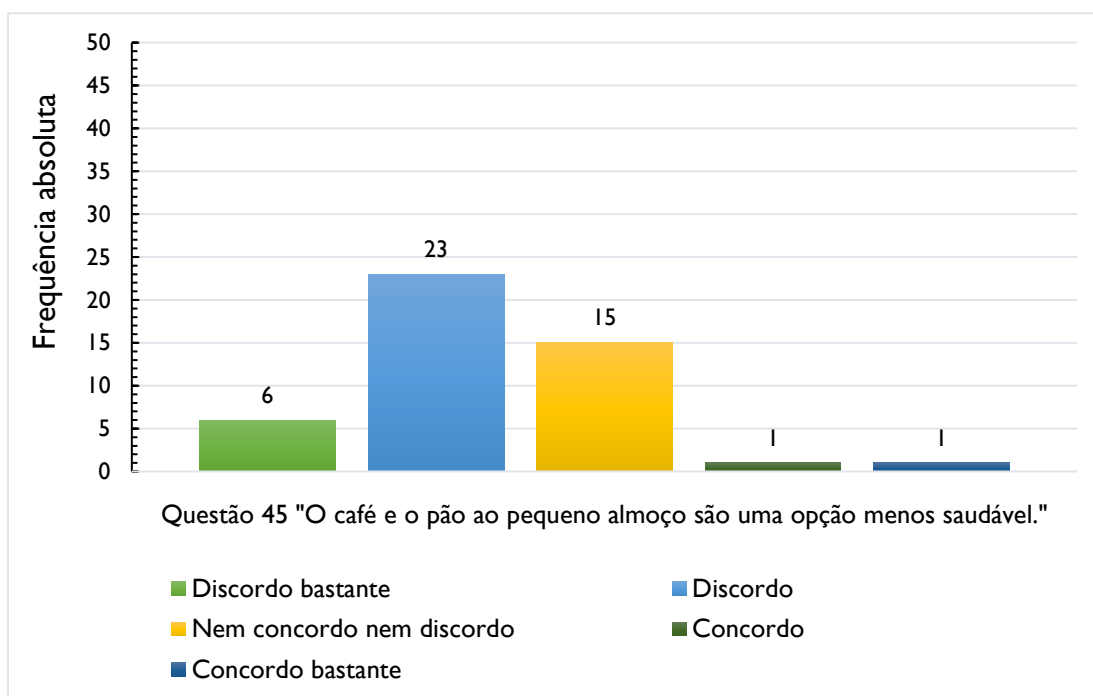


Figura 38 – Frequência de respostas à questão 45 do questionário ECA.

5. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares

De forma a analisar se as crenças alimentares influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora foram analisados os scores dos questionários MUAH-I6 e ECA. Para além disso o score do questionário ECA também foi analisado em função do score do domínio IV do questionário MUAH-I6.

O gráfico de dispersão do score do questionário ECA em função do score do domínio IV do questionário MUAH-I6 apresenta-se Figura 39. A dispersão dos scores dos questionários MUAH-I6 e ECA apresenta-se na Figura 40.

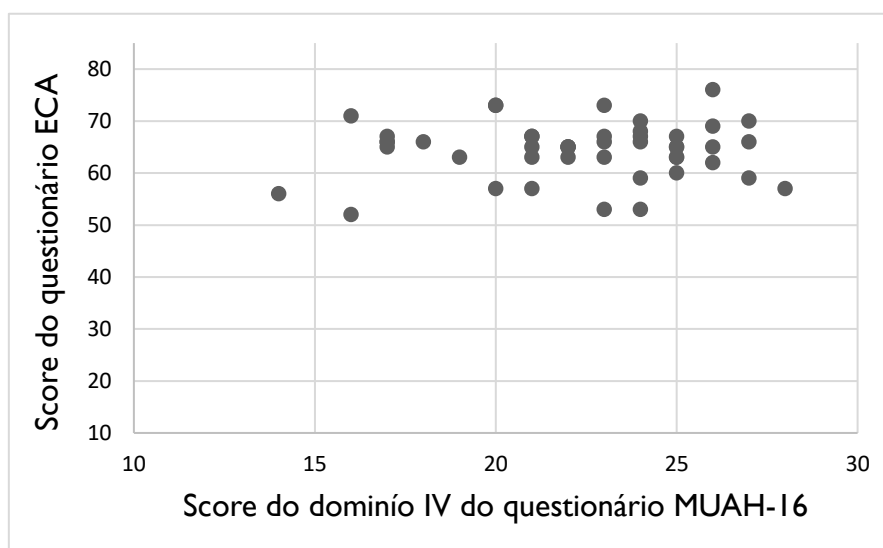


Figura 39 – Dispersão dos scores do questionário ECA e do domínio IV do questionário MUAH-I6.

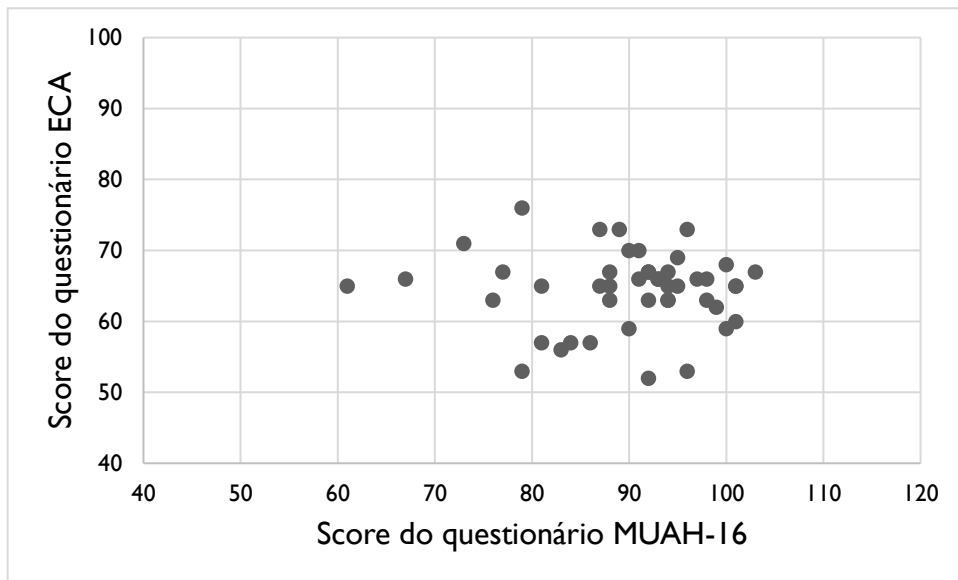


Figura 40 – Dispersão dos scores dos questionários MUAH-16 e ECA.



DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos nos questionários MUAH-16 e ECA pode concluir-se que a amostra revelou uma boa adesão à terapêutica anti-hipertensora, assim como revelou ter mais crenças alimentares positivas do que negativas. Para além disso, o estudo é exequível numa amostra de dimensões maiores.

Tendo em conta a literatura anteriormente consultada, há vários parâmetros que podem influenciar quer a adesão à terapêutica, quer as crenças alimentares.

De acordo com vários estudos, o sexo masculino está mais associado à não adesão à terapêutica (Daniel e Veiga, 2013; Yassine *et al.*, 2016). No estudo conduzido por Ambaw e colaboradores, onde se pretendia avaliar a adesão à terapêutica anti-hipertensora, assim como os fatores associados entre doentes com HTA, em doentes adultos com HTA e a receber tratamento anti-hipertensor, verificou-se que os homens eram menos aderentes à terapêutica em comparação com as mulheres (Ambaw *et al.*, 2012).

Quanto à idade, alguns autores associam a não adesão involuntária ao envelhecimento, na medida em que os idosos, tendo várias patologias associadas e, portanto, mais medicamentos, têm mais facilidade em não tomar a medicação. Para além disso vão perdendo algumas faculdades, como a memória (Cabral, Manuel Villaverde; da Silva, Pedro Alcântara 2010). No entanto vários estudos verificaram que a adesão à terapêutica anti-hipertensora aumentava com a idade, como é o caso do estudo de Hashmi e colaboradores, onde se pretendia medir a adesão ao tratamento anti-hipertensor em doentes adultos, diagnosticados com HTA essencial e a fazer terapêutica anti-hipertensora há mais de um mês. Neste estudo observou-se que os doentes com menos de 40 anos eram menos aderentes que os doentes de 70 anos. Para além destes resultados observou-se, também, que a taxa média de adesão era superior na faixa etária dos 70-80 anos. Isto pode dever-se ao facto dos membros da família assumirem a responsabilidade da medicação destes doentes (Hashmi *et al.*, 2007; Lee *et al.*, 2013; Morrison *et al.*, 2015).

No que toca à escolaridade, estudos demonstram que os níveis de adesão estão associados a um nível de escolaridade mais alto (Daniel e Veiga, 2013; Yassine *et al.*, 2016). De acordo com o estudo conduzido por Yiannakopoulou e colaboradores, onde se pretendia comparar as taxas de controlo da pressão arterial com o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensor, bem como os fatores que influenciavam a adesão, verificou-se que a adesão estava associada a um nível de escolaridade mais alto (Yiannakopoulou *et al.*, 2005).

Quanto à sintomatologia e duração da doença, de acordo com a literatura, o facto dos indivíduos não manifestarem sintomas de HTA e conviverem com a doença há vários anos poderá diminuir a adesão destes doentes à terapêutica anti-hipertensora (Sabaté, 2003; Bosworth *et al.*, 2011). No estudo de Lee e colaboradores, onde se pretendia estudar os perfis de adesão, bem como os fatores associados à adesão à terapêutica anti-hipertensora, em doentes adultos e a tomar, pelo menos, um anti-hipertensor, constatou-se que os doentes que tomavam anti-hipertensores há mais anos manifestavam uma melhor adesão à terapêutica anti-hipertensora do que os doentes que tomavam há menos anos. Tais resultados podem dever-se ao facto de os doentes já possuírem mais conhecimento acerca da sua doença, bem como da terapêutica e dos riscos que correm ao não tomar a medicação (Lee *et al.*, 2013).

Em relação às patologias concomitantes a literatura demonstra que o número de comorbilidades pode afetar negativamente a adesão dos doentes, uma vez que podem agravar a condição do doente, assim como levar ao aumento do regime terapêutico. O estudo conduzido por Ambaw e colaboradores demonstrou que os doentes com nenhuma ou com apenas uma comorbilidade eram mais aderentes ao tratamento anti-hipertensor que os doentes que tinham duas ou mais comorbilidades (Ambaw *et al.*, 2012).

Por fim no que diz respeito à terapêutica anti-hipertensora instituída, alguns estudos demonstraram que os doentes reportavam uma melhor adesão à terapêutica anti-hipertensora quando tomavam mais medicação (Hashmi *et al.*, 2007; Yassine *et al.*, 2016). No estudo conduzido por Natarajan e colaboradores, onde se pretendia medir a adesão, assim como identificar os fatores associados à adesão à terapêutica anti-hipertensora em doentes com diabetes *mellitus* e HTA, constatou-se que os doentes que tomavam mais de 7 medicamentos tinham níveis de adesão superiores em comparação com os restantes doentes (Natarajan *et al.*, 2013).

De acordo com as *guidelines*, a monoterapia inicial apenas é recomendada para HTA de grau I e em doentes de baixo ou moderado risco. A combinação de dois fármacos, para além de ser mais eficaz na redução da pressão arterial que a monoterapia, também reduz a heterogeneidade da resposta da pressão arterial ao tratamento inicial. Desta forma as *guidelines* recomendam a combinação de dois fármacos para a maioria dos doentes (Williams *et al.*, 2018).

Em relação às crenças alimentares, no estudo conduzido por Coelho, onde se pretendia avaliar as crenças alimentares na população adulta portuguesa, verificou-se que as mulheres manifestavam crenças alimentares mais positivas em comparação com os indivíduos do sexo

masculino nas escalas de alimentação e saúde, hábitos alimentares diários e barreiras à alimentação saudável. Quanto à idade, uma vez que com o envelhecimento vão sendo perdidas algumas capacidades, como a capacidade cognitiva, as crenças podem ser mais negativas em indivíduos com idade mais avançada. No estudo de Coelho verificou-se que os indivíduos com idade mais avançada apresentavam menos crenças alimentares positivas que os indivíduos mais jovens. Em relação à escolaridade, no estudo de Coelho constatou-se que os indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados apresentavam mais crenças alimentares positivas em comparação com os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos (Coelho, 2017).

Na Tabela 12 estão representados, em resumo, os vários parâmetros que podem influenciar a adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares.

Tabela 12 – Parâmetros que influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares.

Parâmetros que influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares		
	Adesão à terapêutica	Crenças alimentares
Sexo	O sexo masculino está associado à não adesão.	O sexo masculino está associado a crenças alimentares mais negativas.
Idade	A adesão aumenta com a idade.	O envelhecimento afeta negativamente as crenças alimentares.
Escolaridade	A adesão está associada a níveis de escolaridade superiores.	Níveis de escolaridade baixos afetam negativamente as crenças alimentares.
Sintomatologia da doença	Doenças assintomáticas estão associadas a níveis de adesão mais baixos.	
Duração da doença	As doenças crónicas estão associadas a níveis de adesão mais baixos.	
Patologias concomitantes	O número de comorbilidades afeta negativamente a adesão.	
Terapêutica	A adesão aumenta consoante o número de medicamentos que o doente toma.	

Os resultados obtidos demonstraram que, no geral, os participantes do estudo revelaram uma boa adesão à terapêutica anti-hipertensora, tendo obtido uma pontuação média de 89,70 (DP=9,15) num total de 112 pontos no questionário MUAH-16.

Quanto às crenças alimentares, verificou-se que os participantes apresentaram mais crenças alimentares positivas do que negativas, tendo obtido uma pontuação média de 64,43 (DP=5,37) num total de 85 pontos no questionário ECA.

Estes resultados podem dever-se ao facto dos indivíduos estarem a ser acompanhados na UICC, onde os profissionais de saúde esclarecem as dúvidas dos doentes e transmitem ensinamentos acerca da importância da toma correta da medicação, bem como de uma dieta/estilo de vida saudável. Para além disso, o facto de conviverem com a doença há vários anos também pode levar ao aumento do conhecimento acerca da mesma, assim como da medicação. Como a maioria dos participantes tem mais de 65 anos, a família pode assumir a responsabilidade pela toma da medicação, levando, também, ao aumento da adesão à terapêutica. Deve-se ter em conta, também, que se tratam de doentes em prevenção cardiovascular secundária, o que pode influenciar a adesão à terapêutica anti-hipertensora.

Como a amostra do estudo foi tão reduzida, não foi possível estabelecer correlações estatísticas. Apesar disso, este estudo serviu para testar a exequibilidade dos questionários, na medida em que se testou a sua aplicabilidade numa população com DCV estabelecida. Em estudos futuros, com amostras superiores, será possível avaliar as diferenças nestes parâmetros entre homens e mulheres, entre grupos etários, níveis de escolaridade, etc.

Uma vez que a adesão à terapêutica anti-hipertensora é das principais causas de descontrolo da pressão arterial e as crenças alimentares uma das barreiras à não adesão a uma alimentação saudável este estudo é de extrema importância. Percebendo os comportamentos de não adesão e as crenças da amostra é possível delinear estratégias no sentido de melhorar a adesão dos doentes e desmistificar as crenças alimentares negativas.

I. Domínios do questionário MUAH-16

•Domínio I

O domínio I – atitudes positivas em relação à medicação e cuidados de saúde – foi o domínio que obteve maior pontuação, 26,13 (DP=2,63) num total de 28 pontos. No geral os indivíduos da amostra apresentam crenças positivas em relação à medicação, dado que a maioria das respostas obtidas foram a partir de 4 pontos. O facto de a amostra estar a ter um acompanhamento extra na UICC também pode explicar estes resultados, uma vez que os doentes podem esclarecer as suas dúvidas diante de profissionais de saúde. Para além disso, são doentes em prevenção cardiovascular secundária.

•Domínio II

No que diz respeito ao domínio II – falta de disciplina – a pontuação média obtida foi de 24,41 (DP=4,03) num total de 28 pontos, demonstrando, deste modo, que os indivíduos tomam regularmente a medicação e de acordo com o prescrito. As questões com menor nível de concordância foram as seguintes: “Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos” e “Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação”. Nestas questões é possível verificar que alguns doentes por vezes não têm a certeza se tomaram a sua medicação, sendo que a maioria dos doentes que responderam assim têm uma idade inferior a 65 anos, estando ainda com vida ativa.

•Domínio III

Relativamente ao domínio III – aversão à medicação – este foi o domínio onde se obteve uma menor pontuação, 16,85 (DP=5,39) num total de 28 pontos. Desta forma é possível verificar que os indivíduos da amostra têm uma tendência à aversão à medicação. Ao analisar as respostas é possível perceber que uma grande percentagem dos doentes quer tomar menos medicamentos quando a sua pressão arterial está sob controlo, tem medo dos efeitos secundários dos medicamentos e pensa que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias. Para além disso, mais de metade dos doentes afirmou não gostar de tomar medicamentos todos os dias. Deste modo torna-se necessário educar os doentes, no sentido de explicar a importância da medicação no controlo da sua doença, assim como os possíveis efeitos secundários dos medicamentos e como ultrapassá-los, bem como esclarecer as dúvidas dos mesmos.

•Domínio IV

No domínio IV – atitudes proativas em relação aos medicamentos – a pontuação obtida foi de 22,30 (DP=3,44) num total de 28 pontos. No geral os doentes demonstraram reconhecer a importância das medidas não farmacológicas principalmente na alimentação no sentido de prevenir a DCV. Contudo na questão 20 é possível verificar que o exercício físico ainda é um aspeto sensível para alguns doentes. Estes resultados também se podem dever ao facto dos doentes estarem a ter um acompanhamento extra na UICC onde os profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, promovem ensinamentos acerca de um estilo de vida saudável.

2. Subescalas do questionário ECA

•Subescala I

Começando pela primeira subescala do questionário ECA – alimentação e saúde – esta foi a subescala onde os doentes obtiveram a maior pontuação, demonstrando, assim, crenças positivas em relação aos alimentos considerados saudáveis e qual a sua importância na saúde. Ainda assim, uma pequena percentagem da amostra acredita que uma alimentação desequilibrada não traz consequências ao bem-estar físico e/ou mental. Sendo a amostra detentora de DCV, esta pode ser uma explicação para os resultados obtidos, uma vez que a alimentação é um dos fatores de risco modificáveis da doença, sendo um dos alvos principais na gestão da mesma. Desta forma é expectável que estes doentes já tenham recebido ensinamentos sobre uma dieta saudável, tendo, portanto, crenças que vão ao encontro com as recomendações nutricionais.

•Subescala II

No que toca à subescala II – hábitos alimentares diários – no geral os doentes da amostra revelaram ter crenças que vão ao encontro das recomendações nutricionais, traduzindo-se, assim, num maior cuidado com a sua alimentação diária. Contudo, a questão 43 ainda gerou algumas dúvidas, uma vez que alguns doentes ainda acreditam que uma alimentação saudável não faz diferença no bem-estar pessoal.

•Subescala III

Relativamente à subescala III – barreiras a uma alimentação saudável – a amostra concordou que o custo dos alimentos, o tempo e o *stress* são aspetos que impedem a adoção de uma alimentação saudável, sendo que o *stress* foi o aspeto que obteve maior nível de concordância. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Pollard e colaboradores, onde o custo monetário dos alimentos, assim como o tempo são fatores determinantes nas escolhas alimentares (Pollard, Kirk and Cade, 2002).

•Subescala IV

A subescala IV – ideologias – foi a subescala onde se verificou que a amostra tem menos crenças acertadas e onde a maioria discordava com as afirmações. Sendo esta uma escala de ideologias era esperado que surgissem várias opiniões, uma vez que as crenças variam de pessoa para pessoa e a alimentação é um tema que gera diferentes opiniões.

3. Adesão à terapêutica anti-hipertensora e crenças alimentares

Como já foi analisado anteriormente, a adesão à terapêutica e as crenças alimentares são fatores essenciais no controlo da HTA e na adesão a uma alimentação saudável, respetivamente.

Os dados da Figura 39 demonstram que parece existir um padrão de comportamento, com acumulação de pontos por colunas no gráfico, parecendo haver uma tendência que pode levar a pensar que poderá existir uma relação entre a pontuação final do questionário ECA e o domínio IV do questionário MUAH-16. No entanto, são necessários mais dados para poder concluir se existe ou não de facto uma relação.

Ao analisar os dados da Figura 40 é possível verificar que não se observa uma tendência/regra dos dados, uma vez que estes estão muito dispersos. Desta forma é possível que, não se verificando uma relação entre os dados, as crenças alimentares não influenciem a adesão à terapêutica anti-hipertensora. Contudo, uma vez que o número de doentes é tão reduzido, não se pode afirmar com toda a certeza que as crenças alimentares não influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensora em doentes com DCV. Sendo assim, é necessário realizar mais estudos neste âmbito com um maior número de dados.

4. Limitações do estudo

No presente estudo existem vários aspetos que podem ser apontados como limitações.

Num primeiro ponto, a adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares foram medidas através de questionários em forma de entrevista. Apesar de ser um método fácil de aplicar, é menos exato e pode estar sujeito a um viés, nomeadamente *social desirability*, na medida em que o doente pode responder o que o entrevistador quer ouvir.

Por outro lado, os resultados podem estar enviesados uma vez que a amostra tem um acompanhamento extra na UICC e é constituída por indivíduos em prevenção cardiovascular secundária. Uma vez que estes doentes recebem ensinamentos acerca da importância da medicação no controlo da sua doença, assim como da importância de um estilo de vida saudável, a sua adesão à terapêutica e as suas crenças alimentares podem estar aumentadas.

Por fim, o facto do estudo ter apenas 46 doentes não permite avaliar possíveis correlações, sendo necessário recolher mais dados para que se possam tirar conclusões válidas.



CONCLUSÃO

A DCV continua a ser a principal causa de morte em todo o mundo e estima-se que 80% das mortes poderiam ser evitadas se fosse efetuado um controlo dos seus fatores de risco.

A adesão à terapêutica anti-hipertensora e as crenças alimentares são aspetos fulcrais no controlo da HTA e na adesão a uma alimentação saudável, fatores de risco bem conhecidos da DCV. A não adesão à terapêutica tem sido apontada como uma das principais causas de descontrolo da HTA e as crenças alimentares uma das barreiras à adesão a uma alimentação saudável.

Neste sentido torna-se necessário identificar os principais motivos de não adesão à terapêutica anti-hipertensora e as barreiras a uma alimentação saudável. Os questionários, por serem simples e fáceis de aplicar na prática clínica, tornam-se ferramentas importantes no sentido de avaliar a adesão à terapêutica e as crenças alimentares. Em particular o MUAH-16 permitiu-nos verificar que a aversão à medicação é um dos principais motivos de não adesão à terapêutica anti-hipertensora e o ECA permitiu verificar que o custo dos alimentos, o tempo e as crenças pessoais são importantes barreiras à adesão a uma alimentação saudável.

Os resultados obtidos demonstraram que a amostra tem níveis de adesão satisfatórios e crenças alimentares que vão ao encontro das recomendações nutricionais, no entanto não foi possível determinar se existe uma influência das crenças alimentares na adesão à terapêutica anti-hipertensora. Neste sentido são necessários mais estudos de forma a avaliar se existe de facto uma correlação entre estes dois fatores. O presente trabalho demonstrou, ainda, a exequibilidade deste estudo numa amostra de maior dimensão.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- AMBAW, Abere Dessie *et al.* - Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. **BMC Public Health**. ISSN 14712458. 12:1 (2012) 1. doi: 10.1186/1471-2458-12-282.
- BELL, A. Chris *et al.* - A method for describing food beliefs which may predict personal food choice. **Journal of Nutrition Education**. ISSN 00223182. 13:1 (1981) 22–26. doi: 10.1016/S0022-3182(81)80259-2.
- BELLISLE, France - The Factors That Influence Our Food Choices. **Eufic**. June 2006 (2006) 1–19.
- BHARTI, Sahul; BHARTI, Bhavneet - Adherence to Antihypertensive Therapy: A Missing Link Between Treatment and Outcomes. **American Journal of Hypertension**. ISSN 19417225. 31:3 (2018) 290–292. doi: 10.1093/ajh/hpx217
- BLACK, Henry R.; ELLIOTT, William J. - **Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease**. ISBN 9781416030539.
- BOATEMAA, Sandra; BADASU, Delali Margaret; DE-GRAFT AIKINS, Ama - Food beliefs and practices in urban poor communities in Accra: Implications for health interventions. **BMC Public Health**. ISSN 14712458. 18:1 (2018) 1–12. doi: 10.1186/s12889-018-5336-6.
- BOSWORTH, Hayden B. *et al.* - Medication adherence: A call for action. **American Heart Journal**. ISSN 00028703. 162:3 (2011) 412–424. doi: 10.1016/j.ahj.2011.06.007.
- BOURBON, Mafalda *et al.* - Doenças Cardiovasculares - Sabe como prevenir? **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge**. (2016) 24.
- BURNIER, Michel; EGAN, Brent M. - Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. **Circulation Research**. ISSN 15244571. 124:7 (2019) 1124–1140. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.
- CABRAL, Ana C. *et al.* - Developing an adherence in hypertension questionnaire short version: MUAH-16. **Journal of Clinical Hypertension**. ISSN 17517176. 20:1 (2018) 118–124. doi: 10.1111/jch.13137.
- CABRAL, Manuel Villaverde; DA SILVA, Pedro Alcântara - Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. A adesão à terapêutica em Portugal. (2010).

CLAAS, Steven A.; ARNETT, Donna K. - The Role of Healthy Lifestyle in the Primordial Prevention of Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports**. ISSN 15343170. 18:6 (2016). doi: 10.1007/s11886-016-0728-7.

COELHO, Catarina Sofia Gonçalves - Crenças Alimentares: Desenvolvimento E Validação De Um Instrumento. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Psicológica, Sociais e da Vida, Universidade ISPA, Lisboa. (2017).

COSTA, Filipa Alves da *et al.* - Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. **International Journal of Clinical Pharmacy**. ISSN 2210-7711. 37:4 (2015) 626–635. doi: 10.1007/s11096-015-0108-1.

DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo - Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein (São Paulo)**. 11:3 (2013) 331–337. doi: 10.1590/s1679-45082013000300012.

ENGELFRIET, Peter *et al.* - Food and vessels: The importance of a healthy diet to prevent cardiovascular disease. **European Journal of Preventive Cardiology**. ISSN 20474881. 17:1 (2010) 50–55. doi: 10.1097/HJR.0b013e32832f3a76.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA CARDIOLOGIA - **Factores de Risco** - **Fundação Portuguesa Cardiologia**, atual. (2017). [Consult. 8 feb. 2020]. Disponível em: <https://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/>

FUNDAÇÃO PORTUGUESA CARDIOLOGIA - **Hipertensão** - **Fundação Portuguesa Cardiologia**, atual. (2017). [Consult. 3 apr. 2020]. Disponível em: <https://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

HASHMI, Saman K. *et al.* - Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. **PLoS ONE**. . ISSN 19326203. 2:3 (2007). doi: 10.1371/journal.pone.0000280.

HO, P. Michael; BRYSON, Chris L.; RUMSFELD, John S. - Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**. ISSN 00097322. 119:23 (2009) 3028–3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Causas de morte -2017**. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=358633033&PUBLICACOESmodo=2 ISBN 9789892504810.

- LAPPALAINEN, Raimo; KEARNEY, John; GIBNEY, Michael - A pan EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health: An overview. **Food Quality and Preference**. ISSN 09503293. 9:6 (1998) 467–478. doi: 10.1016/s0950-3293(98)00018-4.
- LEE, Gabrielle K. Y. *et al.* - Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. **PLoS ONE**. ISSN 19326203. 8:4 (2013). doi: 10.1371/journal.pone.0062775.
- MONNEUSE, M. O.; BELLISLE, F.; KOPPERT, G. - Eating habits, food and health related attitudes and beliefs reported by French students. **European Journal of Clinical Nutrition**. ISSN 09543007. 51:1 (1997) 46–53. doi: 10.1038/sj.ejcn.1600361.
- MORRISON, Valerie L. *et al.* - Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: A multinational, cross-sectional survey. **Value in Health**. ISSN 15244733. 18:2 (2015) 206–216. doi: 10.1016/j.jval.2014.12.013.
- NATARAJAN, Nandini *et al.* - Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes *mellitus* and hypertension. **Canadian Family Physician**. ISSN 0008350X. 59:2 (2013).
- PEACOCK, Erin; KROUSEL-WOOD, Marie - Adherence to Antihypertensive Therapy. **Medical Clinics of North America**. ISSN 0025-7125. 101:1 (2017) 229–245. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.005>.
- PIEPOLI, Massimo F. *et al.* - 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **European Heart Journal**. ISSN 15229645. 37:29 (2016) 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
- POLLARD, J.; KIRK, S. F. L.; CADE, J. E. - Factors affecting food choice in relation to fruit and vegetable intake: a review. **Nutrition Research Reviews**. ISSN 0954-4224. 15:2 (2002) 373–387. doi: 10.1079/nrr200244.
- POLONIA, Jorge *et al.* - Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade the PHYSA study. **Journal of Hypertension**. ISSN 14735598. (2014). doi: 10.1097/HJH.000000000000162.
- REDDY, K. Srinath; KATAN, Martijn B. - Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. **Public Health Nutrition**. ISSN 1368-9800. 7:1a (2004) 167–186. doi: 10.1079/phn2003587.

RODRIGUES, Ana P. *et al.* - Prevalência de hipertensão arterial em Portugal : resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). **Boletim Epidemiológico Observações**. ISSN 0160-7715 (Print). 2 (2017) 11–14. doi: 10.1107/S0907444905036759.

SABATÉ, E. - **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. World Health Organization.

SERRA-MAJEM, Lluís *et al.* - Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? **Public Health Nutrition**. ISSN 1368-9800. 7:7 (2004) 927–929. doi: 10.1079/phn2004564.

SILVA, Daniela Gonçalves *et al.* - Crenças alimentares como hábitos de vida. **Rev. enferm. UERJ**. 15:2 (2007) 255–260.

Sociedade Portuguesa de Hipertensão - atual. (2017). [Consult. 22 feb. 2020]. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

Sociedade Portuguesa de Hipertensão - atual. (2017). [Consult. 9 sep. 2020]. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/100

TEPPER, Beverly J.; CHOIA, Young-Suk; JRB, Rodolfo M. Nayga - Understanding food choice in adult men: influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary restraint. **Food quality and Preference**. 8:4 (1997) 307–317.

VARLETA, Paola *et al.* - Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. **Revista Medica de Chile**. ISSN 07176163. 143:5 (2015) 569–576. doi: 10.4067/s0034-98872015000500003.

VIANA, Victor - Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**. ISSN 0870-8231. 20:4 (2012) 611–624. doi: 10.14417/ap.24.

VRIJENS, Bernard *et al.* - A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**. ISSN 03065251. 73:5 (2012) 691–705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.

WETZELS, Gwenn *et al.* - Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire.” **Patient Education and Counseling**. ISSN 07383991. 64:1–3 (2006) 151–158. doi: 10.1016/j.pec.2005.12.010.

WHELTON, PAUL K. *et al.* - Effects of Oral Potassium on Blood Pressure. **Survey of Anesthesiology**. ISSN 0039-6206. 42:2 (1998) 100. doi: 10.1097/00132586-199804000-00041.

WHO - **Cardiovascular diseases (CVDs)**, atual. (2017). [Consult. 2 jul. 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

WHO - **Healthy diet**, atual. (2020). [Consult. 22 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

WHO - **Hypertension**, atual. (2019). [Consult. 22 feb. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

WHO - **WHO/Europe | Cardiovascular diseases** [Consult. 26 may. 2020]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>

WILLIAMS, Bryan *et al.* - 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**. ISSN 15229645. 2018). doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.

YASSINE, Mohammad *et al.* - Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. **Journal of Epidemiology and Global Health**. ISSN 22106014. 6:3 (2016) 157–167. doi: 10.1016/j.jegh.2015.07.002.

YIANNAKOPOULOU, Eugenia Ch *et al.* - Adherence to antihypertensive treatment: A critical factor for blood pressure control. **European Journal of Preventive Cardiology**. ISSN 20474881. 12:3 (2005) 243–249. doi: 10.1097/01.hjr.0000160601.41762.44.



ANEXOS



Anexo A
Questionário MUAH-16

Questionário MUAH-16

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo moderadamente
- 3 - Discordo ligeiramente
- 4 - Não discordo nem concordo
- 5 - Concordo ligeiramente
- 6 - Concordo moderadamente
- 7 - Concordo totalmente

Questionário MUAH-16

Discordo totalmente → Concordo totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício suficiente para reduzir o risco de sofrer de doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B

Questionário ECA

Anexo E: Escala de Crenças Alimentares

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
1. Para ser saudável é importante comer de forma equilibrada.					
2. Ao aderir a uma alimentação saudável, os indivíduos irão sentir-se melhor.					
3. Uma alimentação à base de frutas e vegetais é importante para se ser saudável.					
4. Para se conseguir dormir bem à noite, tem de se comer bastante.					
5. O dinheiro influencia na escolha dos alimentos.					
6. Saltar refeições não trará implicações negativas para a saúde.					
7. Não tendo tempo para ter o cuidado de preparar refeições, facilmente irá optar-se por refeições menos saudáveis.					
8. O stress é o principal agente que faz com que uma pessoa recorra a uma alimentação menos saudável.					

9. Uma alimentação saudável é evitar leite e produtos lácteos.					
10. Ter uma alimentação saudável passa por utilizar óleo na maioria das refeições.					
11. Para ter uma alimentação saudável é importante não comer carne.					
12. Uma alimentação saudável proporciona mais energia.					
13. Quando uma pessoa se encontra nervosa tendencialmente irá comer alimentos menos saudáveis (ex. chocolate, pizza).					
14. Aderir a uma alimentação saudável não fará diferença no bem-estar pessoal.					
15. O café e o pão ao pequeno almoço são uma opção menos saudável.					
16. Uma alimentação desequilibrada pode trazer consequências ao bem-estar físico e/ou mental.					
17. Pode-se comer à vontade, porque hoje em dia o estereótipo de beleza mudou.					

Anexo C

Consentimento informado

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: “Avaliação de fatores de risco de não controlo de Doença Cardiovascular estabelecida”

INVESTIGADOR: Prof. Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CO-INVESTIGADOR: Prof. Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves

NOME DO DOENTE:

CÓDIGO DO DOENTE: _____

I. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na Unidade de Cardiologia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra com o objetivo de recolher, numa amostra de doentes adultos que tomem pelo menos um antihipertensor, informação acerca dos fatores de risco de não controlo da doença cardiovascular, como os hábitos alimentares, a adesão à terapêutica, as crenças associadas à medicação e à alimentação, a presença de distúrbios do sono e ansiedade relacionada com a patologia ou terapêutica.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Este estudo consiste numa entrevista a decorrer enquanto o doente espera pela consulta na sala de espera e irá proceder da seguinte forma:

Procedimento nº1: assinatura do Consentimento Informado.

Procedimento nº2: Alocação aleatória no grupo de estudo

Procedimento nº3: Preenchimento dos questionários:

- Grupo A: EHA, ECA, MUAH-16 e HKT;
- Grupo B: PERSYVE, BAI, BMQ e MUAH-16;
- Grupo C: *Stop-Bang*, Escala de *Epsworth* e PSQI.

Para finalizar apenas haverá um preenchimento dos dados sociodemográficos e relacionados com a terapêutica atual do doente com o médico do mesmo.

3.RISCOS E POTENCIAIS INCOVENIENTES PARA O DOENTE

Não haverá nenhum risco ou potencial inconveniente para o doente neste estudo.

4.POTENCIAIS BENEFÍCIOS

O estudo não trará benefícios diretos ao doente. Os benefícios indiretos são de índole científica.

5.PARTICIPAÇÃO/ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

6.CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7.COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8.CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

Contacto: +351 239 488 430

Email: isabel.vitoria@netcabo.pt

Professor Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves

Contacto: +351 239 800 093

Email: Lgoncalv@ci.uc.pt

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo intitulado “*Avaliação de fatores de risco de não controlo de Doença Cardiovascular estabelecida*”

1. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo Prof. Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves. O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
3. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
4. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
7. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do

Participante _____

—

Assinatura: _____

Data: _____/_____/_____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do

Investigador: _____

—

Assinatura: _____

Data: _____/_____/_____

Anexo D

Parecer da Comissão de Ética



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para efeito

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
DigM^º Diretor Clínico do CHUC

2, 12, 2019
Dr. Francisco Parente
Diretor Clínico
CHUC - EPE
SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

N.º 303/CES

29-11-2019

Proc. N.º CHUC-134-19

ASSUNTO: Estudo Observacional: "AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO DE NÃO CONTROLO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR ESTABELECIDADA"
Entrada na CES: 18-11-2019
Investigador/a/es: Prof.ª Doutora Isabel Vitória Figueiredo, Prof.ª Associada com Agregação da Fac de Farmácia da UC
Co-Investigador/a/es: Profr. Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves, Diretor S. Cardiologia; Adriane Fernandes Da Mota Silva; Prof.ª Doutora Ana Cabral; Diana Batista Sobreira; Joana Dos Santos Matos, Prof.ª Doutora Margarida Castel Branco; Paula Alexandra Mesquita Nêni; Raquel Pinto Coelho
Serviço de Realização: Cardiologia do CHUC

Cumpra informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 27 de novembro de 2019, considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC. No entanto, deverá ser excluída do Caderno de Registo de Dados qualquer referência que possibilite a identificação do doente, de modo a garantir a anonimização.

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor João Pedroso de Lima
Presidente

CES do CHUC: Prof. Doutor Lino Manuel Martins Gonçalves, Ent.º Adm.º Unico, Avenida D. João III, 4000-353 Coimbra, Portugal
Dr. José António Melo, Prof. Dr. Miguel Antunes da Silva, Rua de São João, 4000-353 Coimbra, Portugal

Anexo E

Caracterização dos dados sociodemográficos

QUESTIONÁRIOS – ADEÇÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA

Data ___/___/___ Consulta: _____

PERFIL DO DOENTE:

1. Código do doente: _____ 2. Ano de nascimento: _____
3. Sexo: M₍₁₎___ F₍₂₎___ 4. Escolaridade: _____
5. Há quanto tempo é hipertenso? _____ anos
6. Tem sintomas associados à HTA: S₍₁₎___ N₍₀₎___
7. PA controlada: S₍₁₎___ N₍₀₎___

8. Antecedentes pessoais:

	Sim ₍₁₎	Não ₍₀₎
a) Doença do coração		
b) HTA durante a gravidez		
c) AVC		

9. Antecedentes familiares:

	Sim ₍₁₎	Não ₍₀₎
a) Hipertensão Arterial		
b) Doença Cardiovascular		

10. Patologias concomitantes:

- a) Diabetes S₍₁₎___ N₍₀₎___ Controlada: S₍₁₎___ N₍₀₎___ NS₍₉₎___
b) Dislipidemia S₍₁₎___ N₍₀₎___ Controlada: S₍₁₎___ N₍₀₎___ NS₍₉₎___
c) Doenças respiratórias (DPOC) S₍₁₎___ N₍₀₎___ Controlada: S₍₁₎___ N₍₀₎___ NS₍₉₎___
d) Obesidade S₍₁₎___ N₍₀₎___

11. Hábitos Tabágicos: Fumador₍₁₎___ Nunca fumou₍₀₎___ Ex-fumador₍₉₎___

12. Terapêutica anti-hipertensiva instituída: 12a. conhece: S₍₁₎___ N₍₀₎___
