



ORIGINAL

Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento de brasileiros com hipertensão: estudo transversal

Emotional regulation, disease perception and treatment adherence in Brazilians with arterial hypertension: a cross-sectional study

Regulación emocional, percepción de enfermedad y adherencia al tratamiento en brasileños con hipertensión arterial: estudio transversal

Isabel Nana Kacupula de Almeida¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7532-8030>

Katarina Milly Pinheiro de Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3573-5643>

Eduarda Maciel de Araujo¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3980-9977>

Andressa Suely Saturnino de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2675-5159>

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a regulação emocional, a percepção da doença e a adesão ao tratamento de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial. **Método:** Estudo transversal. A coleta ocorreu com 30 participantes, através de um questionário eletrônico, divulgado em redes sociais, com a versão brasileira do *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, versão brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve e Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram realizadas análises descritivas por meio do software IBM SPSS Statistics versão 25. **Resultados:** A média do somatório do instrumento de regulação emocional foi $81,4 \pm 20,9$. Sobre o instrumento de percepção da doença, a dimensão da eficácia do tratamento teve menor média ($1,2 \pm 1,9$) e o instrumento de adesão ao tratamento anti-hipertensivo teve a média de $92,9 \pm 6,9$. **Conclusão:** Os participantes demonstraram ter maior dificuldade em se concentrar e realizar tarefas ao experimentar emoções negativas, percebem o tratamento com pouca relevância para a ameaça da doença e deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês.

Descritores: Hipertensão. Emoções. Cooperação do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the emotional regulation, disease perception, and treatment adherence of Brazilians diagnosed with arterial hypertension. **Method:** A cross-sectional study. The collection occurred with 30 participants, through an electronic questionnaire, disseminated on social networks, with the Brazilian version of the *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, the Brazilian version of the *Questionnaire of Perception of Disease Brief Version*, and the *Questionnaire of Adherence to Treatment of Systemic Arterial Hypertension*. Descriptive analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 25 software. **Results:** The mean sum of the emotional regulation instrument was 81.4 ± 20.9 . On the disease perception instrument, the dimension of treatment efficacy had the lowest mean (1.2 ± 1.9) and the instrument of adherence to antihypertensive treatment had a mean of 92.9 ± 6.9 . **Conclusion:** Participants showed greater difficulty in concentrating and performing tasks when experiencing negative emotions, perceived the treatment with little relevance to the threat of the disease, and stopped taking medication at the established times, at least once a month.

Descriptors: Hypertension. Emotions. Patient Compliance.

RESUMÉN

Objetivo: Describir la regulación emocional, la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento de brasileños diagnosticados con hipertensión arterial. **Métodos:** Estudio transversal. La recolección se realizó con 30 participantes, a través de un cuestionario electrónico publicado en las redes sociales, con la versión brasileña del *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, la versión brasileña del *Illness Perception Questionnaire Brief Version* y el *Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica*. Los análisis descriptivos se realizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 25. **Resultados:** La suma media del instrumento de regulación emocional fue de $81,4 \pm 20,9$. En cuanto al instrumento de percepción de la enfermedad, la dimensión eficacia del tratamiento tuvo un promedio más bajo ($1,2 \pm 1,9$) y el instrumento adherencia al tratamiento antihipertensivo tuvo un promedio de $92,9 \pm 6,9$. **Conclusión:** Los participantes mostraron mayor dificultad para concentrarse y realizar tareas cuando experimentan emociones negativas, perciben que el tratamiento tiene poca relevancia ante la amenaza de la enfermedad y no toman la medicación, en los horarios establecidos, al menos una vez al mes.

Descriptores: Hipertensión. Emociones. Cooperación del Paciente.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma condição crônica multifatorial, influenciada por complexas interações genéticas, psicossociais e ambientais. Considerando as medidas de pressão arterial aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com pressão arterial maior ou igual que 140 por 90 mmHg, representa, no Brasil, a 32,3%.⁽¹⁾ A doença continua sendo subtratada, subdimensionada e mal controlada. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela avaliação dos níveis pressóricos e pelo estímulo de adesão ao tratamento, incluindo as terapias farmacológica e não farmacológica.⁽²⁾

Existem múltiplos fatores, ainda não completamente elucidados pela literatura científica, que podem influenciar a adesão ao tratamento de pessoas que recebem diagnóstico de doença crônica. No caso da HA, há elementos que a literatura aponta como determinantes para o comportamento de seguimento às recomendações para o tratamento. Na Enfermagem, a publicação mais citada sobre as dimensões da adesão ao tratamento anti-hipertensivo é uma análise conceitual, a qual aborda três dimensões como antecedentes: aspectos relacionados ao paciente, ao regime terapêutico e ao sistema de saúde.⁽³⁾ Esses três grupos de fatores antecedentes, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão: os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sociodemográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio da família; os relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde, como a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de HA.⁽³⁾

O ponto de partida para esta pesquisa foi a necessidade de obter respostas sobre alguns aspectos, tais como a regulação emocional e a percepção da doença. A intenção é identificar e compreender se esses aspectos influenciam, de alguma forma, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, tem-se como pergunta norteadora para esta pesquisa: como é a regulação emocional, a percepção de saúde e a adesão ao tratamento de pessoas com HA? Para fins de entendimento do objeto, apresentam-se as definições dos três elementos que o compõem: adesão ao tratamento, consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde;⁽⁴⁾ regulação emocional se refere a um processo dinâmico, intrinsecamente ligado a esforços conscientes no controle dos comportamentos, dos sentimentos e das emoções para que algum objetivo seja alcançado;⁽⁵⁾ percepção da doença é a forma como os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e à doença, levando em consideração suas experiências individuais e coletivas.⁽⁶⁾

Esta pesquisa tem como relevância a possibilidade de trazer resultados que permitam compreender, de alguma forma, aspectos que podem influenciar a adesão ao tratamento da HA. A compreensão desses fatores pode ser importante para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas efetivas, as quais são

ensinadas, desde a graduação em enfermagem, e que, quando entendidas, possuem maior chance de serem colocadas em prática durante a atuação como profissional de saúde. Assim sendo, o objetivo da pesquisa foi descrever a regulação emocional, a percepção da doença e a adesão ao tratamento de brasileiros diagnosticados com HA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que teve como cenário a internet. Foram utilizadas as redes sociais *Facebook*® e *Instagram*® para a divulgação e o recrutamento dos participantes, que se deu por meio de postagens públicas em páginas e grupos que tinham como temática HA.

O tamanho da amostra foi determinado por tempo: quantidade de pessoas que respondessem ao convite para participação durante o período de coleta de dados (fevereiro a abril de 2022). Nesse período, foram obtidas respostas de 30 pessoas, que constituíram a amostra do estudo. A amostragem foi não probabilística, do tipo intencional, tendo em vista que os componentes da população foram escolhidos intencionalmente: os que desejassem participar da pesquisa e respondessem aos critérios de elegibilidade: ter diagnóstico de HA (com e sem doenças associadas); fazer uso de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensivo; idade a partir de 18 anos; usar as redes sociais (*Instagram*® ou *Facebook*®); ser alfabetizado. Foram excluídos aqueles cujos instrumentos de coleta de dados estiveram com, pelo menos, uma pergunta sem resposta das seções de percepção da doença, regulação emocional ou adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário eletrônico produzido a partir do *Google Forms*®. A divulgação do link ocorreu por meio das redes sociais (*Instagram*® e *Facebook*®). Dessa forma, poderiam participar pessoas de todo o Brasil. O questionário foi dividido em cinco partes: 1) dados sociodemográficos; 2) perguntas relacionadas à doença e ao estilo de vida (peso, altura, prática de exercícios físicos, tempo de diagnóstico da doença, quantidade de medicamentos em uso - para HA ou não, número de consultas por ano); 3) avaliação da regulação emocional - versão brasileira do *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS); 4) versão brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ); 5) questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS).

O DERS (versão Brasil) é um questionário autoaplicável, que acessa elementos envolvidos nas dificuldades de regulação emocional. É composto por seis subescalas: Não Aceitação da Resposta Emocional, Falta de Clareza Emocional, Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional, Dificuldade em Controlar Impulsos, Dificuldade em manter Comportamento Dirigido a Objetivos e Falta de Consciência Emocional. As perguntas são respondidas numa escala do tipo *likert*, que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). A soma dos escores das subescalas gera um escore total (até

180). Escores altos indicam maior dificuldade na regulação emocional.⁽⁷⁻⁸⁾

O Brief IPQ possui nove itens (exceto a questão causal - item 9) que são respondidos utilizando uma escala de 0 a 10. É composto de cinco itens para avaliação da representação cognitiva da doença: consequências (item 1), dimensão temporal (item 2), controle individual (item 3), controle do tratamento (item 4) e identidade (item 5). Dois itens avaliam a representação emocional: preocupação (item 6) e emoções (item 8). Um item avalia a compreensão da doença (item 7). Para computar os escores, invertem-se os valores dos itens 3, 4 e 7, e adicionam-se os valores dos itens 1, 2, 5 e 6. Os escores variam de 0 a 70 e quanto mais alto o escore, maior a percepção de ameaça da doença. A avaliação da compreensão da doença e da representação causal (itens 8 e 9) são feitas por perguntas que são respondidas por extenso, segundo sua interpretação. As respostas relacionadas a esse último item podem ser agrupadas em categorias (por exemplo: estilo de vida, estresse e hereditariedade), sendo, então, calculada a frequência das respostas.⁽⁹⁾

O QATHAS é um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HA, desenvolvido com base na Teoria de Resposta ao Item. Possui 12 itens, os quais permitem avaliar o usuário quanto ao uso, dose e horário da medicação, sintomas, rotina do tratamento medicamentoso, uso do sal e de gordura, consumo de carnes brancas, doces e bebidas com açúcar, exercício físico, rotina do tratamento não medicamentoso e comparecimento às consultas. Esses itens estão inseridos em três domínios de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: doença/tratamento, usuário e serviço de saúde. Com o preenchimento, não é obtido um somatório de pontos ou escores, mas, sim, um coeficiente, ou seja, a resposta é um valor do parâmetro estimado para o desempenho daquele respondente. Por tratar-se de cálculo de resposta complexo, realizado com a ajuda de um software, o preenchimento dessa parte do questionário será reproduzido no endereço eletrônico (<http://www.qathas.com.br>) que contém o instrumento disponibilizado pela autora. Ao final, o resultado é o nível da escala em que cada respondente está situado. O coeficiente final pode variar de 60 a 110 e, quanto maior o coeficiente, melhor é a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.⁽¹⁰⁾

Os dados de preenchimento do instrumento *online* foram disponibilizados, pelo *Google*, em uma planilha no *Microsoft Office Excel*, gerada em associação ao arquivo do *Google Forms*. Essa planilha foi importada pelo pacote estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 25 para Mac, para proceder à análise descritiva. De todas as variáveis categóricas originárias das perguntas das partes 1 e 2 do instrumento de coleta de dados foram calculadas frequências absolutas e relativas. Das variáveis quantitativas contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão. Cabe ressaltar que o item 9 do Brief IPQ originou uma variável qualitativa nominal. As respostas desse item foram agrupadas em categorias por similaridade de conteúdo. Dessas categorias

Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento..

foram calculadas frequências absolutas e relativas das respostas.

Os instrumentos foram respondidos após a confirmação digital de aceite em participar do estudo, mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, todas as etapas do estudo respeitaram os aspectos éticos da pesquisa, atendendo às exigências que se encontram estabelecidas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (CAAE: 52915621.0.0000.5576; parecer 5.198.286).

RESULTADOS

Os 30 participantes tinham média de idade de $45,9 \pm 10,3$ anos e a maioria foi de mulheres (80,0%), com nível de escolaridade correspondente a pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) (40,0%), residentes no Nordeste do Brasil (63,3%), com companheiro(a) (70,0%), com média de $3,2 \pm 1,3$ coabitantes na residência (incluindo o(a) respondente) e com ocupação remunerada (73,3%) (Tabela 1).

Em relação à Tabela 2 (características clínicas), a média do índice de massa corpórea (IMC) foi de $29,2 \pm 6,1 \text{ kg/m}^2$, correspondente a sobrepeso. A maioria dos participantes não era tabagista (96,7%), não ingeria bebidas alcoólicas (63,3%) e praticava exercício físico três vezes por semana (53,3%). Foram diagnosticados com HA de 1 a 5 anos (53,3%). Em média, faziam uso de $2,6 \pm 1,4$ medicamentos diariamente, incluindo os anti-hipertensivos.

Os resultados referentes aos instrumentos DERS, Brief IPQ e QATHAS foram apresentados na Tabela 3. O somatório do instrumento de regulação emocional (DERS) foi de $81,4 \pm 20,9$, que correspondeu a menos da metade do somatório máximo do DERS (até 180). Escores altos indicam maior dificuldade na regulação emocional. Das seis subescalas desse instrumento, a que teve a maior média foi correspondente a dificuldade em manter comportamento dirigido a objetivos ($2,7 \pm 0,6$) e a que teve a menor média foi correspondente a dificuldade em controlar impulsos ($1,9 \pm 0,7$). Dessa forma, os 30 participantes demonstraram ter maior dificuldade em se concentrar e realizar tarefas ao experimentar emoções negativas.

No instrumento de avaliação da percepção da doença (Brief IPQ), a média foi de $23,1 \pm 9,2$, correspondendo a percepção de baixa ameaça imposta pela doença. Segundo os itens do instrumento, as maiores médias foram das dimensões impacto da doença na vida ($4,9 \pm 2,7$) e interpretação dos sintomas ($4,8 \pm 3,1$), indicando que os participantes percebem o impacto da doença na vida e os sintomas como relevante ameaça. Em contrapartida, a dimensão eficácia do tratamento teve a menor média ($1,2 \pm 1,9$), o que permite inferir que os participantes percebem o tratamento com pouca relevância para a ameaça da doença. Em relação às perguntas descritivas do Brief IPQ, 76,7% acreditam que a duração da doença será para sempre e 13,3% acreditam que a doença será por algum tempo; 69,3% afirmam que a causa da doença está

ISSN: 2238-7234
Almeida INK *et al.*
relacionada ao estilo de vida (principalmente aspectos psicológicos, como estresse e ansiedade) e 29,7% à hereditariedade.
O instrumento de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (QATHAS) teve a média de 92,9 ± 6,9, resultado influenciado pelos 40% que

Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento..
estavam localizados no coeficiente 90 da escala. Os hipertensos localizados neste nível deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês e reduziram à metade do sal, gordura, doces e bebidas com açúcar.⁽¹⁰⁾

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo. Redenção, Ceará, Brasil, n=30, 2022.

Variáveis	f	%	Média ± DP
Idade			45,9 ± 10,3
Sexo			
Feminino	24	80,0	
Masculino	5	16,7	
Não respondeu	1	3,3	
Escolaridade			
Não frequentou escola	1	3,3	
Ensino fundamental	6	20,0	
Ensino médio	7	23,3	
Ensino superior	4	13,3	
Pós-graduação	12	40,0	
Região em que reside no Brasil			
Centro-Oeste	3	10,0	
Nordeste	19	63,3	
Norte	2	6,7	
Sudeste	6	20,0	
Estado civil			
Com companheiro(a)	21	70,0	
Sem companheiro(a)	9	30,0	
Quantidade de coabitantes da residência*			3,2 ± 1,3
Ocupação remunerada			
Sim	22	73,3	
Não	8	26,7	

DP: desvio-padrão
*Inclui o respondente.
Fonte: autoras (2022).

Tabela 2. Características clínicas (relacionadas à doença e ao estilo de vida) dos participantes do estudo. Redenção, Ceará, Brasil, n=30, 2022.

Variáveis	f	%	Média ± DP
IMC			29,2 ± 6,1
Tabagismo			
Sim	1	3,3	

Não	29	96,7
Etilismo		
Sim, frequentemente	1	3,3
Sim, às vezes	10	33,3
Não	19	63,3
Exercício físico (3x/semana)		
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
Tempo de diagnóstico de HA		
Menos de 1 ano	2	6,7
1 - 5 anos	16	53,3
6 - 10 anos	5	16,7
Mais de 10 anos	7	23,3
Medicamentos em uso*		2,6 ± 1,4

IMC: índice de massa corpórea, HA: hipertensão arterial
*Inclui o(s) anti-hipertensivo(s)
Fonte: autoras (2022).

Tabela 3. Resultados dos participantes em relação aos instrumentos de regulação emocional (DERS), percepção da doença (Brief IPQ) e adesão ao tratamento anti-hipertensivo (QATHAS). Redenção, Ceará, Brasil, n=30, 2022.

Variáveis	f	%	Média ± DP
DERS			81,4 ± 20,9
Subescalas do DERS			
Não Aceitação da Resposta Emocional			2,1 ± 0,8
Falta de Clareza Emocional			2,0 ± 0,7
Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional			2,1 ± 1,0
Dificuldade em Controlar Impulsos			1,9 ± 0,7
Dificuldade em manter Comportamento Dirigido a Objetivos			2,7 ± 0,6
Falta de Consciência Emocional			2,6 ± 0,7
Brief IPQ			23,1 ± 9,2
Dimensões do Brief IPQ			
Impacto da doença na vida			4,9 ± 2,7
Controle da doença			3,5 ± 2,3
Eficácia do tratamento			1,2 ± 1,9
Interpretação dos sintomas			4,8 ± 3,1
Preocupação com a doença			2,4 ± 2,5
Compreensão sobre a doença			2,6 ± 2,3

Duração da doença

Para sempre	23	76,7
Por algum tempo	4	13,3
Não sabe	1	3,3
Não respondeu	2	6,7

Causas da doença*

Estilo de vida	21	69,3
Hereditariedade	9	29,7
Condição clínica anterior	3	9,9
Não sabe	1	3,3
Não respondeu	1	3,3

QATHAS92,9 ± 6,9

Níveis do QATHAS

70	1	3,3
80	11	36,7
90	12	40,0
100	6	20,0

Brief IPQ: Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve, DERS: *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DP: desvio-padrão, QATHAS: Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
*O participante poderia dar mais de uma resposta.
Fonte: autores (2022).

DISCUSSÃO

A maior parte da população estudada com o diagnóstico de HA era do sexo feminino. O mesmo foi observado em outros estudos.⁽¹¹⁻¹²⁾ Com o aumento da idade, a PA, em mulheres, costuma ser mais elevada, aumentando, assim, a prevalência de HA em mulheres na faixa etária de 65 anos ou mais.⁽²⁾ Resultado encontrado também por autores, demonstrando que a maior prevalência de HA é em mulheres idosas.⁽¹²⁾

Entretanto, no presente estudo, a média de idade dos participantes correspondia às pessoas com pouco mais de 40 anos, pois poucos idosos foram participantes. Dessa forma, acredita-se que, por se tratar de uma pesquisa com recrutamento on-line, por preocupar-se mais com a própria saúde, as mulheres, mesmo que não idosas, tenham se interessado em participar.

Segundo os resultados encontrados no presente trabalho, a HA está cada vez mais presente em indivíduos jovens (adultos). Esse fato pode estar relacionado ao estilo de vida, pois os participantes da pesquisa encontravam-se com o IMC elevado, correspondente a sobrepeso. Sabe-se que existe uma relação direta entre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e elevados níveis pressóricos.⁽²⁾

A HA acomete mais indivíduos com baixo nível de escolaridade, evidenciando que, quanto menor for a

escolaridade, maior a chance de desenvolver HA.⁽¹¹⁾ Entretanto, é importante enfatizar que essa doença tem acometido, cada vez mais, indivíduos com escolaridade avançada, podendo estar relacionada a ocupações que geram mais estresse. Isso, inclusive, foi observado no presente trabalho, no qual a maioria tinha pós-graduação completa (especialização mestrado e doutorado) e possuía ocupações remuneradas.

Foi possível observar que cerca de um terço da amostra consumia bebidas alcoólicas. Apesar de ser em pouca frequência, sabe-se da elevação dos níveis pressóricos em indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas.⁽¹⁾ É um resultado importante, sobretudo, porque reflete aspectos relacionados à adesão ao tratamento não medicamentoso.

Outros fatores, como tabagismo, sedentarismo e uso de medicamentos, podem influenciar as respostas do indivíduo ao tratamento. Neste estudo, a maioria dos participantes não era tabagista. Entretanto, cerca de metade dos participantes não praticava atividade física. Estudos mostram que o sedentarismo está relacionado a diversos problemas de saúde e contribui para o controle da pressão arterial.⁽¹⁾

Sobre o uso de medicamentos, os participantes demonstraram que fazem uso de ≥ 2/dia, incluindo os anti-hipertensivos e medicamentos utilizados para outras finalidades. É importante destacar que existe uma relação entre a quantidade de medicamentos

ingeridos por dia e a adesão ao tratamento.⁽⁴⁾ As características de estilo de vida da maioria dos participantes permite compreender o motivo de poucos medicamentos em uso, já que se pressupõe aumento da quantidade de fármacos prescritos quando não se observa modificação no estilo de vida. Avaliou-se que a maioria dos participantes tinha hábitos que permitem caracterizar o estilo de vida como saudável.

O(s) profissional(is) que acompanha(m) os pacientes na Atenção Primária à Saúde (APS) precisa(m) estar atento(s) a essas questões, a fim de buscar estratégias para evitar avançar nas linhas de escolha das medicações, sem antes readequar o plano de cuidados e para compreender os motivos pelos quais algumas alterações no estilo de vida podem não ter sido implementadas.

Durante a análise dos resultados do DERS, percebeu-se que os participantes tinham menor dificuldade em relação à regulação emocional. Por outro lado, foi possível observar que eles apresentaram dificuldades em manter comportamento dirigido a objetivos.

Esse resultado merece atenção ao se considerar que se trata de pacientes que tomam anti-hipertensivos. Na adesão ao tratamento (farmacológico ou não), é imprescindível a manutenção dos medicamentos e das recomendações prescritas. Entretanto, sabe-se que a dificuldade de controle de emoções negativas pode refletir na boa capacidade de manter comportamentos verbais internos e externos coerentes com atitudes de autocuidado. Isso porque uma pessoa que tem dificuldade de manter comportamento dirigido a objetivos tem como desafio se comprometer com mudanças necessárias que estejam em consonância com os valores próprios e a saúde.⁽¹³⁾

Segundo o instrumento Brief IPQ, os participantes percebem o impacto da doença na vida e os sintomas como relevantes ameaças. Em contrapartida, percebem o tratamento com pouca relevância para a ameaça da doença. Para além da percepção negativa em relação ao diagnóstico permanente da doença (devido ao seu caráter de cronicidade) e à manifestação de sintomas, a percepção de ameaça a esses dois aspectos pode, também, estar associada ao modelo de atendimento voltado às condições agudas (ou à agudização das condições crônicas), na qual o paciente é orientado à busca por atendimento em situações de agravamento da doença crônica (manifestação de sintomas). Além disso, percebe-se, também, a continuidade da concepção biológica do corpo, na qual é considerado saudável aquele que não possui doenças. Dessa forma, entende-se que a percepção da doença e de seus sintomas como ameaças também podem ser explicadas pelo cuidado fragmentado ofertado em diversos serviços de saúde.⁽¹⁴⁾

A percepção menos negativa em relação ao tratamento anti-hipertensivo pode contribuir com boa adesão aos medicamentos.⁽¹⁴⁾ Sendo assim, a presente pesquisa evidencia que os participantes reconhecem a importância do tratamento e que os profissionais de saúde devem estimular ações de propagação da eficácia do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento..

Em relação às perguntas subjetivas da percepção da doença (Brief IPQ), foi notória a compreensão dos participantes no quesito tempo de duração da doença, em que a maioria acredita que a doença é de caráter permanente (crônico) e alguns demonstraram percepção oposta, acreditando que a doença será por algum tempo. Estudos realizados na China e nos Estados Unidos identificaram, entre as crenças comportamentais, a cronicidade do tratamento, que pode ser postergado por toda a vida, tornando-se necessário que o profissional de saúde oriente sobre a doença e o tratamento.^(15,16)

Em relação à percepção de cura da doença está associada à aceitação, a qual tem participação importante nas ações de controle e cuidado. A representação da doença, a forma de cuidar-se, reconhecer-se como hipertenso e encarar as limitações determinam o sucesso do tratamento. Muitas vezes, a negação da doença ou a resistência para seguir às recomendações terapêuticas pode ser uma forma de não assumir uma doença crônica.⁽¹⁷⁾

Em se tratando do instrumento de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (QATHAS), a maioria dos participantes tinha sido diagnosticado entre 1-5 anos e a maior parte dos hipertensos estava no nível correspondente ao coeficiente 90, apresentando alguma dificuldade relacionada ao uso dos medicamentos, pois deixavam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês. Esse resultado é frequentemente relatado na literatura científica e encontrado nas situações de atendimento clínico. Essa não tomada pode estar associada ao esquecimento, mas, também devem ser considerados outros fatores, como a cessação do uso de algum dos medicamentos por conta própria, sobretudo, devido à normalização da pressão arterial.⁽¹⁸⁾

Normalização da pressão arterial é um termo utilizado para se referir ao indivíduo com HA que para de tomar algum medicamento por conta própria, manifestando a sensação de cura, relacionada ao controle desse sinal vital durante um determinado período. É considerada uma das principais razões para a não adesão ao tratamento da HA, mas outros fatores podem estar relacionados à ausência de sintomas, questões emocionais e dificuldade em lembrar o horário para tomar a medicação.⁽¹⁸⁾

A adesão do tratamento pode estar relacionada ao tempo de diagnóstico: quanto maior for o tempo de diagnóstico, maiores chances para adesão do tratamento.⁽²⁾ A relação entre fatores socioeconômicos, estado civil, idade e escolaridade influenciam na adesão ao tratamento da HA, evidenciando que indivíduos com renda familiar baixa, solteiros, com idade mais avançada, do sexo masculino e com menor escolaridade têm menores chances de aderir ao tratamento. Ademais, quanto maior o número de medicamentos (≥ 2 /dia), a literatura aponta que mais difícil é a adesão ao tratamento.⁽⁴⁾

Resgatando os três elementos envolvidos no objeto deste estudo, entende-se que bem-estar emocional (indicados aqui como regulação emocional e percepção positiva da doença), em seu conceito polissêmico, retrata a condição primordial para a

saúde. As alterações sobre o estado emocional do indivíduo podem influenciar diretamente seu percurso clínico, bem como as suas decisões terapêuticas e adoção de medidas de controle da doença.⁽¹⁹⁾

Os resultados aqui discutidos apresentam limitações. O tamanho da amostra foi a principal limitação encontrada, sobretudo porque se trata de pesquisa com instrumento longo e que aborda aspectos psicológicos. Mesmo assim, foi importante analisar respostas referentes ao tempo de tratamento e de percepção da doença, que se trata de aspectos subjetivos relevantes, independente da quantidade de respostas obtidas. Também é limitação a não apresentação de inferências sobre associação entre as três variáveis envolvidas no objeto de estudo, por se tratar de pesquisa descritiva, na qual a intenção foi descrever os três fenômenos, na tentativa de compreendê-los. Por se tratar de dados de pesquisa transversal, não foi possível inferir se a adesão ao tratamento obtida é causa ou consequência da regulação emocional e/ou da percepção da doença. Mesmo assim, é possível reconhecer que tais aspectos podem ajudar a compreender alguns comportamentos de saúde dos participantes.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os participantes demonstraram ter maior dificuldade em se concentrar e realizar tarefas ao experimentar emoções negativas; percebem o impacto da doença na vida e os sintomas como relevantes ameaças, mas que o tratamento tem pouca relevância para a ameaça da doença. Em relação à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, apresentam alguma dificuldade relacionada ao uso dos medicamentos, com a não tomada da medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez por mês.

Entendeu-se que a regulação emocional pode contribuir com a adesão ao tratamento de pessoas com HA, pois a não regulação pode desencadear dificuldade para realizar tarefas relacionadas à adesão ao experimentar emoções negativas. Ademais, observou-se que a percepção da doença por parte dos pacientes também é importante para a adesão ao tratamento da HA, visto que é uma doença crônica, em que o tratamento tem como foco no controle da pressão arterial ao longo da vida do indivíduo.

A falta de conhecimento de alguns participantes, em relação à cronicidade da doença, dificuldade, mesmo que pouco frequente, em relação à realização do tratamento contínuo e não reconhecimento da eficácia do tratamento, contribuem para a não adesão do mesmo. Tais resultados são sujeitos a outros fatores, como crenças que os pacientes têm sobre a cura de doenças e sobre os tratamentos não farmacológicos. Dessa forma, é necessário que a enfermagem volte o seu olhar para estratégias de cuidado que possam proporcionar bem-estar emocional aos indivíduos acometidos por doenças crônicas, como a HA.

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021;116(3):516-658. doi: <http://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
2. Barbosa MEM, Bertelli EVM, Aggio CM, Scolari GAS, Marcon SS, Carreira L. Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. Rev enferm UERJ [Internet]. 2019;27:e45894. doi: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45894>.
3. Araújo GBS, Garcia, TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletr Enf [Internet]. 2006;8(2):259-72. doi: <http://doi.org/10.5216/ree.v8i2.7041>.
4. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. [Internet]. 2018;42(116):179-90. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>.
5. Batista HHV, Noronha APP. Instrumentos de autorregulação emocional: uma revisão de literatura. Avaliação Psicológica [Internet]. 2018;17(3):389-98. doi: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.15643.12>.
6. Gomez PF, Gutiérrez MGR, Moreira RSL. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2011;64(5):925-30. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500019>.
7. Cancian ACM. Efeitos de uma intervenção baseada no treinamento de habilidades da terapia comportamental em indivíduos com obesidade. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/9804>. Acesso em: 18 Jul. 2022.
8. Cancian ACM, Souza S, Silva P, Machado L, Oliveira S. Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Trends in Psychiatry and Psychotherapy [Internet]. 2019;41(1):18-26. doi: <http://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0128>.
9. Nogueira GS, Seidl EMF, Tróccoli BT. Análise fatorial exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). Psic Teor e Pesq. 2016;32(1):161-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168>.
10. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. Rev Saude Publica. [Internet]. 2014;48(2):231-39. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044>.
11. Ferreira PAA, Bodevan EC, Oliveira LC. Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. [Internet]. 2019;17(1):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v17i1.5003>.
12. Boostani M, Ezadikhah Z, Sadeghi M. Effectiveness of group-based acceptance and

commitment therapy on the difficulty emotional regulation and distress tolerance patients with essential hypertension. International Journal of Educational and Psychological Researches. [Internet]. 2017;3:205-11. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/2395-2296.204118>.

13. Zargar Y, Hakimzadeh G, Davodi I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hypertension and emotion cognitive regulation in people with hypertension: a semi-experiential study. Jundishapur J Chronic Dis Care. [Internet] 2018;8(2):e79347. doi: <http://dx.doi.org/10.5812/jjcdc.79347>.

14. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. J Manag Care Pharm. [Internet]. 2014;20(1):58-65. doi: <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.58>.

15. Yang S, He C, Zhang X, Sun K, Wu S, Sun X, Li Y. Determinantes da adesão anti-hipertensiva entre os pacientes em Pequim: Aplicação do modelo de crença em saúde. Patient Education and Counseling. [Internet]. 2016;99(11):1894-900. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.014>.

16. Long E, Ponder M, Bernard SK. Atitudes e crenças relacionadas à hipertensão e autogestão da hiperlipidemia entre homens afro-americanos que vivem no sudeste dos Estados Unidos. Patient Education and Counseling. [Internet]. 2017;100(5):1000-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.011>.

17. Nascimento KC, Borges L. Barreiras e facilitadores da adesão aos tratamentos na percepção de agentes comunitários de saúde. Boletim Interfaces. [Internet]. 2021;5(1):67-80. Disponível em: <http://costalima.ufrrj.br/index.php/bipsi/article/view/1065/1177>. Acesso em: 18 jul. 2022.

18. Monteiro, A, Silva G, Silva L, Silva L, Cunha L, Torres P. Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. Brazilian Journal of Health Review. [Internet]. 2020;3(1):1289-305. doi: <http://doi.org/10.34119/bjhvr3n1-099>.

19. Costa PA, Oliveira Neta MS, Azevedo TF, Cavalcanti LT, Rocha SRS, Nogueira MF. Emotional distress and adherence to self-care activities in older adults with diabetes mellitus. Rev Rene. [Internet]. 2022;23:e72264. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222372264>.

Fontes de financiamento: Não

Conflitos de interesse: Não

Data da submissão: 2022/27/07

Aceite: 2022/13/11

Publicação: 2023/26/01

Autor correspondente:

Isabel Nana Kacupula de Almeida

E-mail: isavictor194@gmail.com

Como citar este artigo:

Almeida INK, Sousa KMP, Araujo EM, Oliveira ASS. Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento de brasileiros com hipertensão: estudo transversal. Rev Enferm UFPI [internet]. 2022 [acesso em: dia mês abreviado ano]; 11: e2846. DOI: 10.26694/reufpi.v11i1.2846

