



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

BERNARDO MIGUEL FERREIRA DA SILVA DE MENEZES ANTUNES

***Capacitação e Qualidade de Vida dos Doentes Hipertensos  
seguidos no Centro de Saúde de Góis***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalhado realizado sob a orientação de:

JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES, MD, PhD

MARÇO/2023

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

**Capacitação e Qualidade de Vida dos Doentes Hipertensos seguidos no Centro de Saúde de Góis**

***Capacity and Quality of Life of Hypertensive Patients followed at Góis Health Center***

**Autores**

Bernardo Miguel Ferreira da Silva de Menezes Antunes <sup>1</sup>

José Augusto Rodrigues Simões <sup>1</sup>

**Filiações**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

**Endereço de correio eletrónico**

bernaantunes@gmail.com

## Índice

<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>4</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>7</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>Métodos .....</b>	<b>10</b>
Desenho do estudo.....	11
Seleção de participantes.....	11
Recolha de dados e recodificação de variáveis .....	11
Análise estatística .....	13
<b>Resultados.....</b>	<b>14</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>21</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>22</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>26</b>

## **Lista de Abreviaturas**

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**CapHTA** – Capacitação na Hipertensão Arterial

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EQ-5D**- Escala em 5 dimensões para avaliar a Qualidade de vida

**HTA** – Hipertensão Arterial

**MF** – Médico de Família

**MGF** – Medicina Geral e Familiar

**PHTA** – Pessoa sofrendo de Hipertensão Arterial

**QoL**- Qualidade de vida

**TA** – Tensão Arterial

**TAD** – Tensão Arterial Diastólica

**TAS** – Tensão Arterial Sistólica

**UCSP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

## Resumo

**Introdução:** A Hipertensão Arterial (HTA) é cada vez mais prevalente e surge, atualmente, como um fator de risco decisivo para o desenvolvimento das mais importantes doenças cardiocerebrovasculares. Em Portugal, estima-se que a sua expressão atinja os 42,2% na população adulta. Modificações do estilo de vida, uma abordagem farmacológica individualizada quando indicada e a educação do doente constituem pilares fundamentais para o controlo da HTA. A capacitação definida como a aquisição de informação sobre a sua doença por parte do doente já demonstrou ter benefícios significativos na redução da HTA, constituindo uma preocupação crescente na abordagem e seguimento por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF). O principal objetivo deste estudo é avaliar a capacitação das pessoas sofrendo de hipertensão arterial (PHTA), avaliando também a sua qualidade de vida.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional e transversal numa amostra de conveniência de PHTA através da aplicação do questionário de capacitação sobre HTA (CapHTA) e da escala EQ-5D que avalia a qualidade de vida, em Janeiro de 2023. O CapHTA foi também aplicado ao respetivo médico de MGF, prestador de cuidados. Foi realizada estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Amostra de 103 PHTA em que 51,5% (n=53) pertence ao sexo feminino e 71,8% (n=74) não sabe ler nem escrever. Observou-se que 91,3% (n=94) dos doentes considerava ter a tensão arterial controlada enquanto que n=75 (72,8%) tinha má qualidade de vida, segundo o normativo português. A capacitação para a HTA foi significativamente superior nas PHTA com boa qualidade de vida em contraste com as que percecionavam uma má qualidade de vida. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o CapHTA para pacientes e o CapHTA para médicos. Verificou-se piores resultados nas afirmações referentes ao tempo de eliminação dos medicamentos e interações medicamentosas.

**Discussão:** Os presentes resultados apontam para a realização de mais estudos com amostras de maiores dimensões e que abranjam outras unidades de cuidados de saúde primários, que permitam delinear estratégias de prevenção e controlo de fatores de risco modificáveis, bem como de adesão ao tratamento e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

**Conclusão:** Neste estudo a maior capacitação para a HTA associou-se às PHTA que apresentavam melhor qualidade de vida. Foram identificadas as áreas menos compreendidas pelos doentes e sem perceção do médico.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial, capacitação, qualidade de vida, informação, Medicina Geral e Familiar.

## **Abstract**

**Introduction:** Arterial Hypertension (AHT) is becoming increasingly prevalent and, currently, appears as a decisive risk factor for the development of some of the most important cardio-cerebrovascular diseases. In Portugal, it is estimated that its AHT reaches 42.2% of the adult population. Lifestyle modifications, an individualized pharmacological approach when indicated and patient education are fundamental factors for the control of hypertension. Empowering the patient is defined as the acquisition of information about their disease, this has already shown to have significant benefits in reducing hypertension, which constitutes a growing concern in the approach and follow-up by part of General Practice (GP) doctors. The main objective of this study is to evaluate the knowledge of people suffering from arterial hypertension (PSAHT), whilst also evaluating their quality of life.

**Materials and Methods:** An observational and cross-sectional study was carried out in a convenience sample of PSAHT through the application of a AHT training questionnaire and the EQ-5D scale that assesses quality of life, in January 2023. The AHT training questionnaire was also applied to the respective GP doctor care provider. Descriptive and inferential statistics were performed.

**Results:** Out of a sample of 103 PSAHT in which 51.5% (n=53) are female and 71.8% (n=74) cannot read or write. It was observed that 91.3% (n=94) of the patients considered their blood pressure was controlled, while n=75 (72.8%) had a poor quality of life, according to portuguese regulations. The knowledge for AHT was significantly higher in the PSAHT who had a good quality of life in contrast to those who were perceived to have a poor quality of life. There was no statistically significant correlation between AHT enablement questionnaire for the patients and AHT enablement questionnaire for the physicians. In the study the worst results were a lack of knowledge referring to drug elimination time and drug interactions.

**Discussion:** The present results point to the need for further studies with larger samples and covering other primary health care units, which will enable the outlining of strategies for prevention and control of modifiable risk factors, as well as adherence to treatment and consequent improvement of quality of life.

**Conclusion:** In this study, greater knowledge for AHT was associated with PSAHT had a better quality of life. The areas in which there was the least comprehension by the patients and without the doctor's perception were then identified.

**Keywords:** Arterial Hypertension, enablement, quality of life, information, General Practice.

## Introdução

A Hipertensão Arterial (HTA) constitui atualmente um grave problema de Saúde Pública, representando o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral e um importante fator de risco para eventos coronários, insuficiência cardíaca e doença renal. A HTA contribui ainda para uma elevada morbi-mortalidade das doenças cardiovasculares, nomeadamente doença cardíaca isquémica, insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral (1–4).

A HTA sistémica é definida como tensão arterial sistólica (TAS)  $\geq$  140 mmHg e/ou tensão arterial diastólica (TAD)  $\geq$  90 mmHg, aferida em consultório. Com base nesta definição, a HTA afeta 1.130 milhões de indivíduos em todo o mundo. Destes, 150 milhões encontram-se na Europa Ocidental. A prevalência nos adultos está estimada entre os 30 e 45%. A HTA é progressivamente mais comum com o avançar da idade, chegando aos 60% naqueles com mais de 60 anos. As estimativas colocam a prevalência entre os 41,0 e 42,2% da população adulta portuguesa (5–7).

Devido à crescente epidemia da obesidade e de estilos de vida sedentários, a HTA e a síndrome metabólica não predominam, exclusivamente, nos adultos de meia idade e mais idosos, mas também nos jovens adultos e adolescentes (1,6).

As medidas comportamentais são reconhecidamente eficazes, quer como medidas de manutenção de valores adequados de tensão arterial (TA), quer como adjuvantes no controlo de doentes já hipertensos (1,7).

De igual modo, o estudo PHYSA efetuado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, pôde demonstrar que as taxas de conhecimento na última década quase duplicaram, constatando-se que, desse resultado muito significativo, resultou um impacto favorável refletido na redução da morbi-mortalidade cardiovascular nos últimos dez anos (4).

As mais recentes orientações clínicas da Sociedade Europeia de Cardiologia, consideram que os resultados anti-hipertensivos obtidos com as modificações dos estilos de vida poderão ser equivalentes aos conseguidos com a monoterapia farmacológica. Desta forma, as modificações do estilo de vida, na fase de estabelecimento da HTA, poderão retardar a necessidade de início de terapêutica farmacológica. Nos doentes diagnosticados como hipertensos, tais modificações permitem reduzir o número ou a dose de anti-hipertensivos necessários para o controlo adequado e sustentado da TA (3,8,9).

A grande maioria das situações de HTA é diagnosticada e controlada pelo Médico de Família (MF) nos Cuidados de Saúde Primários, tratando-se da doença crónica mais frequentemente observada em consulta. Os MF desempenham, assim, um importante papel na abordagem global e integrada da pessoa sofrendo de hipertensão arterial (PHTA), em relação ao diagnóstico, tratamento e monitorização regular (10–13).

A PHTA deve ser seguida regularmente e o sucesso terapêutico depende não só do que a equipa faz pelo doente como do que este sabe sobre esta situação crónica. No contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF) deve ser o indivíduo o centro do cuidado e não a sua doença (11,14).

O conceito da Medicina Centrada no Paciente data da década de 1980 e nos nossos dias começa a ocupar um papel central, embora não rígido, na assistência médica. O médico é chamado a identificar as prioridades e preocupações dos consulentes e a envolvê-los na tomada de decisões sobre os seus cuidados (7,10).

Deste modo, surge o conceito “Capacitação” que se entende pela aquisição de informação por parte do consulente que o permita melhor lidar com problemas de saúde, definição esta distinta do *empowerment* que traduz a passagem de um modelo médico paternalístico para um modelo em que há partilha de responsabilidades entre médico e consulente (10).

O questionário de capacitação sobre Hipertensão Arterial (CapHTA) pretende determinar qual o conhecimento sobre a HTA, de forma a verificar a adesão e manutenção em terapêutica. O EQ-5D é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde que permite gerar um índice representativo do valor do estado de saúde de um indivíduo. Desenvolvido pelo grupo EuroQoL a partir de 1987 e tornado público desde 1990, é baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (15).

O principal objetivo deste estudo é avaliar a capacidade dos doentes de compreender, gerir e lidar com a HTA, avaliando também a sua qualidade de vida. Desta forma, ser-nos-á possível compreender a necessidade de delinear estratégias de prevenção e controlo de fatores de risco modificáveis, bem como de adesão ao tratamento e consequente melhoria da qualidade de vida. Pretende-se também avaliar a relevância de estudos futuros semelhantes com amostras de maiores dimensões e que abranjam outras unidades funcionais de cuidados de saúde primários (16).

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Realizou-se um estudo observacional e transversal em amostra de conveniência de PHTA, utentes na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Góis pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (ACeS PIN).

A recolha de dados decorreu em Janeiro de 2023, tendo sido feito o autopreenchimento dos questionários, em consulta, na UCSP de Góis do Centro de Saúde de Góis.

### **Seleção de participantes**

A amostra em estudo correspondeu à das PHTA que frequentaram as consultas na UCSP de Góis, que aceitaram participar no estudo e se disponibilizaram à sua realização.

A amostra desta população foi constituída por 103 PHTA que responderam às perguntas do questionário.

Estes doentes tinham sido previamente diagnosticados com HTA e estavam, aquando do preenchimento do inquérito, a realizar terapêutica anti-hipertensora.

A participação foi voluntária, anónima e confidencial, tendo sido sujeita a assinatura de Consentimento Informado que informava sobre o tipo de estudo, sigílo em relação aos dados fornecidos e à autorização para posterior análise estatística.

### **Recolha de dados e recodificação de variáveis**

Anteriormente ao início do estudo, foi submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARS do Centro, que se verificou positivo, culminando na homologação pelo Conselho Diretivo da ARS do Centro a 19 de janeiro de 2023 (Anexo III).

A recolha dos dados foi feita em Janeiro de 2023 através da aplicação do CapHTA e da escala EQ-5D para avaliar a qualidade de vida desses doentes com três opções de resposta.

O inquérito CapHTA foi também aplicado ao respetivo MF, prestador de cuidados.

Foi dada permissão, por parte dos seus autores, para a aplicação do questionário CapHTA para pacientes (Anexo I) e CapHTA para médicos (Anexo II) que abordam os seguintes temas: 1- consequências orgânicas da HTA; 2- relação do consumo excessivo de sal com a HTA; 3- correspondência das dislipidémias, excesso de peso e hábitos tabágicos com a maior incidência de morbi-mortalidade associada à HTA; 4- necessidade de cumprir a posologia prescrita da medicação para a HTA; 5- efeitos restritos no tempo da medicação para a HTA e sua farmacocinética; e 6- existência de possíveis interações medicamentosas que possam diminuir os efeitos da medicação da HTA, quando os medicamentos são tomados sem aconselhamento médico (17).

Os questionários CapHTA foram aplicados através de uma escala de *Likert* de 5 valores, sendo 1 – concordo totalmente; 2 – concordo parcialmente; 3 – sem opinião/indiferente; 4 – discordo parcialmente e, por fim 5 – discordo totalmente.

Cada questionário CapHTA para PHTA foi identificado com um número correspondente ao seu homólogo CapHTA para Médicos para que fosse possível, posteriormente, a comparação entre respostas. Este questionário visa avaliar a forma como os médicos julgam que os pacientes compreenderam as informações transmitidas no decorrer da consulta.

O questionário EQ-5D, este aplicado somente aos doentes, é utilizado para avaliar a qualidade de vida em saúde, sendo composto por aspetos sobre a mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão.

Procedeu-se também à recolha de dados que permitiram posterior caracterização da amostra: idade (posteriormente codificada em 5 classes etárias), sexo (masculino ou feminino) e habilitações literárias (posteriormente codificada em não sabe ler nem escrever, ensino básico, ensino secundário, formação profissional e licenciatura).

Às PHTA era ainda colocada a questão “Considera que a sua tensão arterial está controlada?”, a partir da qual foi criada a variável denominada por: auto-perceção sobre o controlo da hipertensão (codificada em controlada e não controlada).

## **Análise estatística**

Na análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 28.

As variáveis categóricas foram representadas através da sua frequência absoluta (n) e relativa (%) e as variáveis contínuas através da média e desvio-padrão (DP). Os testes Qui-quadrado ( $X^2$ ) e Fisher foram usados para estudar a existência de associações significativas entre o sexo, o controlo da tensão arterial e a qualidade de vida. Os testes *Mann-Whitney* (U) e *Kruskal-Wallis* (H) foram usados para comparar a distribuição das escalas CAPHTA e EQ5D entre sexos, grupos etários e qualidade de vida. O Coeficiente de Correlação de *Spearman* ( $\rho$ ) foi usado de forma a correlacionar a escala CAPHTA, EQ5D e o Questionário médico.

Definiu-se como valor de p para diferença estatisticamente significativa o valor de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Segundo a Tabela 1, a amostra do estudo foi constituída por 103 PHTA, dos quais 53 eram mulheres (51,5%). Relativamente à idade, a maior representação encontrava-se entre 60-69 anos (58,3%). Não se verificou existir uma diferença significativa da idade entre sexos ( $p=0.465$ ).

Quanto ao grau de escolaridade, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre grupos para a variável “Sexo” ( $p=0.019$ ). Dos que apresentavam um grau inferior (não sabe ler nem escrever) 54% eram homens enquanto que 83,3% dos que apresentavam um grau superior (licenciatura) eram mulheres.

**Tabela 1** – Distribuição da idade e grau de escolaridade de acordo com o sexo.

	Sexo, n (%)			Teste
	Masculino (n=50)	Feminino (n=53)	Total (n=103)	
<b>Idade (anos)</b>				
<b>40-59</b>	9 (18,0%)	13 (24,5%)	22 (21,3%)	
<b>60-69</b>	15 (30,0%)	15 (28,3%)	30 (29,1%)	
<b>70-79</b>	15 (30,0%)	15 (28,3%)	30 (29,1%)	$p=0,465^*$
<b>80-89</b>	9 (18,0%)	10 (18,9%)	19 (18,4%)	
<b>90-99</b>	2 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	
<b>Grau de escolaridade</b>				
<b>Não sabe ler nem escrever</b>	41 (82,0%)	33 (62,3%)	74 (71,8%)	
<b>Ensino básico</b>	6 (12,0%)	9 (17,0%)	15 (14,6%)	
<b>Ensino secundário</b>	1 (2,0%)	6 (11,3%)	7 (6,8%)	$p=0.019^*$
<b>Formação profissional</b>	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
<b>Ensino superior</b>	1 (2,0%)	5 (9,5%)	6 (5,8%)	

\* U de Mann Whitney

A análise da auto-perceção sobre o controlo da HTA, qualidade de vida e pontuação total do CapHTA em função do sexo encontra-se representada na Tabela 2. Verificou-se maioritariamente a opinião de ter a tensão arterial controlada. Verificou-se existir diferenças entre os sexos quanto à qualidade de vida, sendo esta significativamente inferior no sexo masculino ( $p=0.016$ ). A capacitação para a HTA foi também superior no sexo feminino, que apresentou pontuações significativamente inferiores face ao CapHTA ( $p=0.022$ ) comparativamente ao sexo masculino.

**Tabela 2** – Auto-perceção sobre o controlo da HTA, qualidade de vida (EQ-5D), segundo o normativo português e capacitação para a HTA (CapHTA) segundo o sexo.

	Sexo			Teste
	Masculino (n=50)	Feminino (n=53)	Total (n=103)	
<b>Auto-perceção sobre o controlo da HTA, n (%)</b>				
<b>Controlada</b>	46 (92,0%)	48 (90,6%)	94 (91,3%)	$p>0.999^*$
<b>Não Controlada</b>	4 (8,0%)	5 (9,4%)	9 (8,7%)	
<b>Qualidade de vida pelo normativo português, n (%)</b>				
<b>Má</b>	42 (84,0%)	33 (62,3%)	75 (72,8%)	$p=0.016^*$
<b>Boa</b>	8 (16,0%)	20 (37,7%)	28 (27,2%)	
<b>Escala CAPHTA, média±DP</b>	6,7±0,7	6,4±0,6		$p=0.022^{**}$

CapHTA, Questionário de capacitação sobre Hipertensão Arterial; DP, desvio-padrão.

\*Teste Exato de Fisher

\*\* U de Mann Whitney

Não foram encontradas diferenças significativas de distribuição do CapHTA entre classes etárias ( $p=0.075$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição do CapHTA de acordo com a idade.

Idade (anos)	Escala CAPHTA, média±DP	Teste
40-59	6,5±0,7	
60-69	6,5±0,6	
70-79	6,5±0,6	$p=0.075^*$
80-89	6,8±0,8	
90-99	8,0±0,0	

CapHTA, Questionário de capacitação sobre Hipertensão Arterial; DP, desvio-padrão.

\* H de Kruskal-Wallis

A capacitação para a HTA foi também significativamente superior nos doentes com HTA com boa qualidade de vida, em contraste com os que percecionavam uma má qualidade de vida (6,7±0,7 vs. 6,3±0,5;  $p=0.030$ ).

Em relação à comparação entre os resultados do CapHTA para PTHA e para médicos, observou-se existir uma correlação positiva, mas estatisticamente não significativa,  $p=0,357$ .

A análise descritiva das respostas ao CapHTA encontra-se apresentada na Tabela 4. No que diz respeito ao tempo de atuação e eliminação dos medicamentos, 43,7% (n=45) referiu concordar parcialmente enquanto 4,9% (n=5) referiu o mesmo, quando questionado relativamente a interações medicamentosas.

**Tabela 4** – Frequência das respostas às questões da escala CapHTA.

<b>Questões</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Indiferente</b>
<b>Efeitos nocivos da HTA no sistema cardiovascular</b>	101 (98,1%)	2 (1,9%)	
<b>Consumo excessivo de sal</b>	100 (97,1%)	3 (2,9%)	
<b>Excesso de gordura e fumar</b>	103 (100%)		
<b>Horário e quantidade dos medicamentos</b>	100 (97,1%)	3 (2,9%)	
<b>Tempo de atuação e eliminação dos medicamentos</b>	57 (55,3%)	45 (43,7%)	1 (1%)
<b>Interações medicamentosas</b>	98 (95,1%)	5 (4,9%)	

CapHTA, Questionário de capacitação sobre Hipertensão Arterial.

## Discussão

A prevalência da HTA tem vindo a aumentar, particularmente observada no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, assumindo o MF um papel preponderante na abordagem e seguimento da PHTA. Sabendo que esta patologia afeta cerca de 42,2% da população adulta portuguesa, torna-se essencial dispor de instrumentos capazes de identificar qual o conhecimento sobre a HTA, com o intuito de verificar a adesão e manutenção em terapêutica, de forma fácil e cientificamente validada (5).

A importância da educação do doente pela equipa médica foi já abordada em vários estudos e Normas da DGS. Tendo sido comprovado o impacto positivo da informação sobre a HTA nos resultados de saúde, é importante perceber quais as áreas e informações que deverão ser mais exploradas pelos prestadores de cuidados médicos, de forma a complementar de forma mais efetiva a sua educação (12).

O presente trabalho fez uso do questionário CapHTA, que pretende averiguar qual o conhecimento dos doentes sobre a HTA, da EQ-5D para avaliar a qualidade de vida e do CapHTA para médicos, que visa perceber a forma como os médicos julgam que os pacientes compreenderam as informações transmitidas na consulta.

A leitura dos resultados deve ser, no entanto, cautelosa. O tamanho da amostra deverá ser apontado como uma limitação, não sendo suficiente para inferir que todos os outros CS se comportem de igual modo. Porém, os resultados alcançados deverão ser tidos em conta como orientadores de futuros trabalhos, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida às PHTA e uma redução da mortalidade associada à HTA.

A baixa literacia da amostra, em que apenas 13,6% apresenta um grau de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário pode também interferir na capacitação dos doentes e, consequentemente, nos resultados obtidos (18,19).

Além disso, a amostra de conveniência obtida diz respeito somente a uma amostra com limitação do ponto de vista geográfico, que não representa o total nacional, visto ser constituída apenas por doentes da UCSP de Góis do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, o que pode enviesar os resultados obtidos pelas particularidades de cada UCSP.

Outra limitação foi encontrada durante a aplicação do questionário, em que, por vezes, os pacientes não compreendiam as afirmações, sendo necessário proceder à explicação das mesmas. Esta limitação, importante tendo em conta a baixa literacia da amostra, poderia pôr em causa a coerência entre as respostas dadas e a perceção gerada pela consulta.

De referir ainda que a variável auto-perceção dos doentes sobre o controlo da sua tensão arterial, pode estar sujeita a um viés de desejabilidade social, podendo a questão subjacente ser, também esta, pouca objetiva.

O processo de seleção do doente para o estudo foi realizado pelo médico de MGF ao ser verificado o diagnóstico de HTA já pré-estabelecido.

Quanto ao grau de escolaridade, foi encontrada diferença significativa entre grupos para a variável "Sexo", tendo as mulheres demonstrado maior nível de instrução educacional. Tal resultado vai ao encontro do relatado nos Censos de 2022 em que 60,7% da população residente em Portugal com Ensino Superior, com idade entre 16 e 89 anos, são mulheres (20). A capacitação para a HTA foi também significativamente superior no sexo feminino, o que pode sugerir uma maior capacidade de lidar e gerir a doença por quem tem um maior nível de literacia (18,21).

Verificou-se maioritária a opinião de ter a tensão arterial controlada, no entanto, a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa. Ainda que neste estudo não tenha sido analisada a diferença entre a auto-perceção dos doentes hipertensos sobre a sua condição e o controlo efetivo confirmado por valor medido em consulta, segundo literatura nacional e internacional podemos inferir que a percentagem de doentes com a sua TA efetivamente controlada será bastante inferior a 91,3%, valor correspondente aos 94 doentes desta amostra que julgam ter a sua TA controlada (22). Desta forma, denota-se falta de compreensão e interesse no controlo da HTA e segundo Yu Ko, et al. (em 2013), o facto de uma parte dos hipertensos não saberem que a HTA não tem cura, de que quase sempre é assintomática e que existe a necessidade de elevada adesão e manutenção da terapêutica e a estilos de vida saudáveis, pode culminar não só numa fraca adesão, como num pior controlo da HTA (22).

Apesar de vários estudos mostrarem que globalmente as mulheres apresentam piores índices de qualidade de vida, neste estudo verificou-se existir diferenças entre os sexos quanto à qualidade de vida, sendo esta significativamente inferior no sexo masculino (23,24).

Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição da escala CapHTA entre grupos etários. Perante a carência de estudos que abordam a associação entre estas variáveis, seria relevante existir mais investigação neste sentido pois, deste modo, seria possível comparar gerações quanto ao grau de capacitação, algo oportuno dado que o conceito da Medicina Centrada no Paciente tem vindo a ocupar um papel cada vez mais central na assistência médica.

A capacitação para a HTA foi também significativamente superior nos doentes com HTA com boa qualidade de vida em oposição aos que percecionavam uma má qualidade de vida. Este

resultado é relevante, na medida em que se a nossa intervenção contemplar outras áreas como as abordadas no sistema descritivo do EQ-5D, iremos melhorar a qualidade de vida do doente e, assim, aumentar a capacitação para a HTA. A capacitação e a manutenção em terapêutica são pontos fulcrais na abordagem desta patologia, que só é sintomática em algumas situações particulares, para que a PHTA se mantenha em terapêutica (25,26).

Embora sem relevância estatística, parece existir uma menor concordância entre doentes e médicos (CapHTA-PHTA e CapHTA-médicos), na questão 2- relação do consumo excessivo de sal com a HTA e na questão 5- efeitos restritos no tempo da medicação para a HTA e sua farmacocinética. Entende-se que os médicos julgam ter transmitido mais informação sobre a HTA do que aquela que é percebida pelos doentes. Como consequência, o médico poderá não reforçar esses pontos, levando a que o doente adquira menos conhecimento sobre a HTA e não compreenda a necessidade de alterar alguma conduta que não esteja de acordo com os seus objetivos em termos de ganhos de saúde.

Sabe-se que o conhecimento por parte da PHTA das 6 informações abordadas no questionário CapHTA para PHTA têm um impacto positivo no controlo da sua TA. No que diz respeito ao tempo de atuação e eliminação dos medicamentos e interações medicamentosas verificam-se piores resultados comparativamente aos restantes tópicos abordados. Tal poderá ser uma condicionante de pior adesão terapêutica e controlo da doença. Com estes novos dados passamos a ter conhecimento sobre qual a informação mais deficitária, o que possibilita uma abordagem de educação populacional que, abrangendo estas questões, permitirá uma redução da TA e consequente risco cardiovascular (17,27).

## **Conclusão**

Conclui-se que a capacitação para a HTA é superior nos doentes com HTA com boa qualidade de vida, sendo que a maioria da amostra considera ter uma má qualidade de vida, segundo o normativo português. Verifica-se também que a grande maioria das PHTA julga ter a sua TA controlada.

Sabe-se agora que as informações abordadas pelas questões 5 e 6 do CapHTA para PHTA deverão ser melhor abordadas junto dos doentes, para que se obtenham melhores resultados na consulta e no controlo da HTA.

Mais estudos deverão ser realizados no futuro, com amostras de maiores dimensões e que abranjam outras unidades funcionais de cuidados de saúde primários, permitindo reforçar as conclusões obtidas e investigar a existência de outras correlações estatisticamente significativas.

Desta forma, será possível proporcionar uma melhor qualidade de vida às PHTA e uma redução da mortalidade associada à HTA.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões pela ajuda e orientação, fundamentais na realização do meu trabalho final.

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pelo auxílio prestado durante a elaboração deste trabalho.

Ao meu pai, Dr. Paulo Antunes, pela colaboração na realização deste estudo.

À minha família e aos meus amigos, por todo o apoio dado ao longo destes anos.

## Bibliografia

1. Reis R. Medidas comportamentais para controlo da Hipertensão Arterial. Revisão das guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia 2003-2013 e JNC8. *Revista Fatores de Risco*, 32. 2014;9–13.
2. Santiago L, Carvalho R, Pereira C, et al. Hipertensão Arterial: Conhecimento, manutenção em terapêutica e impacto na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2016;Nov-Dez 56:12–8.
3. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. 2014;
4. Pinto F. Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2014;(39):2.
5. Bilreiro M, Correia LM, Silva AS, Brasão M da L. Fatores associados a hospitalização por lesão de órgão-alvo em doentes seguidos em consulta dedicada à hipertensão arterial sistémica: um estudo caso-controlo. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular [Internet]*. 1 de Fevereiro de 2023 [citado 16 de Março de 2023];(93):22–9. Disponível em: <https://revistahipertensao.pt/index.php/rh/article/view/54>
6. Azevedo V, Dias L, Soares I, et al. May Measurement Month 2017: Results from Cabo Verde-Sub-Saharan Africa. *European Heart Journal Supplements*. 2019;21(SupD):D28–30.
7. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: A cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract [Internet]*. 8 de Fevereiro de 2012 [citado 2 de Abril de 2023];13(1):1–9. Disponível em: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-6>
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–104.
9. Oliveira G, Mendes M, Malachias M, et al. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2017;36(11):789–98.

10. Borges T, Galamba C, Fernandes A, Reis I, Alves J, Ormonde T. A experiência da realização de MAPA em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2017;(56):6–10.
11. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 1 de Setembro de 2015 [citado 2 de Abril de 2023];5(9):e009287. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e009287>
12. Direção Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma da Direção Geral Saúde. 2011;026/2011:1–14.
13. Segura J, Banegas JR, Ruilope LM. Usefulness of ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) in daily clinical practice: Data from the Spanish ABPM registry. *Clin Exp Pharmacol Physiol* [Internet]. Janeiro de 2014 [citado 2 de Abril de 2023];41(1):30–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23710883/>
14. Europa W. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/ Medicina Familiar). Society. 2005;511–6.
15. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;(26):664–75.
16. Who. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action. *Ann Saudi Med* [Internet]. Maio de 2004 [citado 2 de Abril de 2023];24(3):221. Disponível em: </pmc/articles/PMC6147925/>
17. Agrela P, Santiago L. Análise da Capacitação dos Doentes com Hipertensão Arterial Comparativamente à Perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.
18. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [citado 2 de Abril de 2023];96(2):165–70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24882088/>
19. Ko Y, Balasubramanian TD, Wong L, Tan ML, Lee E, Tang WE, et al. Health literacy and its association with disease knowledge and control in patients with hypertension in Singapore. *Int J Cardiol* [Internet]. 9 de Outubro de 2013 [citado 2 de Abril de 2023];168(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992931/>
20. Portugal: População residente com idade entre 16 e 89 anos por nível de escolaridade completo mais elevado: total e por sexo | Pordata [Internet]. [citado 16 de Março de 2023]. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+total+e+por+sexo-333>

21. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini M V., Persell SD, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns* [Internet]. Junho de 2009 [citado 2 de Abril de 2023];75(3):381–5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19442477/>
22. Pereira P, Santiago L, Caetano I. Adesão à Terapêutica, Capacitação, Qualidade de vida: relação com o controlo da Hipertensão Arterial.
23. Badr HE, Rao S, Manee F. Gender differences in quality of life, physical activity, and risk of hypertension among sedentary occupation workers. *Qual Life Res* [Internet]. 1 de Maio de 2021 [citado 16 de Março de 2023];30(5):1365–77. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33447960/>
24. Prata J, Quelhas Martins A, Ramos S, Rocha-Gonçalves F, Coelho R. Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 1 de Março de 2016 [citado 16 de Março de 2023];35(3):153–60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26923365/>
25. Santiago LM, Pereira C, Botas P, Simões AR, Carvalho R, Pimenta G, et al. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 1 de Julho de 2014 [citado 16 de Março de 2023];33(7):419–24. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/pt-pacientes-com-hipertensao-arterial-em-articulo-S0870255114000353>
26. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, et al. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol* [Internet]. 3 de Outubro de 2013 [citado 2 de Abril de 2023];168(3):2981–3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23647601/>
27. Santiago LM, Pereira C, Botas P, Simões AR, Carvalho R, Pimenta G, et al. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 1 de Julho de 2014 [citado 2 de Abril de 2023];33(7):419–24. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/pt-pacientes-com-hipertensao-arterial-em-articulo-S0870255114000353>

## **Anexos**

### **Anexo I – Questionário CapHTA para pacientes e EQ-5D sobre QoL**

Este questionário destina-se aos doentes Hipertensos seguidos nos Centros de Saúde de Góis. Pretende-se avaliar a capacidade e a qualidade de vida desses doentes.

Tem caráter anónimo.

Peço a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**Sexo:** masculino \_\_\_\_ feminino \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Grau de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

Considera que a sua tensão arterial está controlada?

**Sim** \_\_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_\_

### **A-Capacitação**

**Por favor responde a este questionário segundo a legenda:**

- 1-Concordo totalmente
- 2- Concordo parcialmente
- 3- Indiferente
- 4-Discordo parcialmente
- 5-Discordo totalmente

	concordo totalmente			discordo totalmente	
	1	2	3	4	5
1. Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.	<input type="radio"/>				
2. O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial	<input type="radio"/>				
3. Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.	<input type="radio"/>				
4. Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.	<input type="radio"/>				
5. Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.	<input type="radio"/>				
6. Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.	<input type="radio"/>				

## B- Qualidade de vida

Pense sobre seu estado de saúde atual.

Assinale com uma cruz (X) em cada um dos seguintes grupos indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde:

### Mobilidade

1. Não tenho problemas em andar\_\_\_\_\_
2. Tenho alguns problemas em andar\_\_\_\_\_
3. Estou limitado a ficar na cama\_\_\_\_\_

### Cuidados Pessoais

1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais\_\_\_\_\_
2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir \_\_\_\_\_
3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho\_\_\_\_\_

**Atividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais\_\_\_\_\_
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais \_\_\_\_\_
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais \_\_\_\_\_

**Dor/Desconforto**

1. Não tenho dores ou desconforto\_\_\_\_\_
2. Tenho dores ou desconforto moderados\_\_\_\_\_
3. Tenho dores ou desconforto extremos\_\_\_\_\_

**Ansiedade/Depressão**

1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a) \_\_\_\_\_
2. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)\_\_\_\_\_
3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)\_\_\_\_\_

## Anexo II – Questionário CapHTA para médicos

Este questionário destina-se aos médicos que seguem os doentes Hipertensos no Centros de Saúde de Góis. Pretende-se avaliar a capacidade e a qualidade de vida desses doentes. Tem caráter anónimo.

Peço a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**Centro de Saúde** \_\_\_\_\_

**Tensão arterial do doente:** \_\_\_\_\_ (valor medido hoje ou o mais recente)

**Preencha por favor o quadro de acordo com a legenda:**

1-Concordo totalmente

2- Concordo parcialmente

3- Indiferente

4-Discordo parcialmente

5-Discordo totalmente

1      2      3      4      5

	1	2	3	4	5
1. Julgo que percebeu que o informei relativamente aos efeitos nocivos da hipertensão arterial no sistema vascular e consequente lesões orgânicas renais, oftálmicas, neuronais e cardíacas.					
2. Julgo que percebeu que o informei sobre consumo excessivo de sal na dieta alimentar e a sua importância na patogénese da hipertensão arterial.					
3. Penso que percebeu que o alertei para o papel cumulativo do elevado Índice de Massa Corporal, dislipidémia e exposição ao fumo do tabaco nos efeitos deletérios da hipertensão arterial.					

<p>4. Penso que percebeu que o aconselhei a cumprir meticulosamente a posologia prescrita para a medicação da hipertensão arterial.</p>					
<p>5. Penso que compreendeu a farmacocinética e efeitos restritos no tempo dos medicamentos prescritos na hipertensão arterial.</p>					
<p>6. Penso que percebeu as possíveis interações farmacológicas e possível diminuição do efeito da medicação para a hipertensão arterial, quando tomada em concomitância com outra medicação.</p>					

**Anexo III – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para realização do estudo.**



**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

<b>PARECER FINAL:</b> Parecer favorável.	<b>DESPACHO:</b> Tomar conhecimento e deliberar segundo o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde. 19.01.2022 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
---	--

**ASSUNTO:** 131/2022 - "Capacitação e Qualidade de Vida dos Doentes Hipertensos seguidos no Centro de Saúde de Góis."

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

<b>Autor principal/afiliação institucional:</b> Bernardo Miguel Ferreira da Silva de Menezes Antunes / Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
<b>2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:</b> José Augusto Rodrigues Simões / Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
<b>Objetivos:</b> Avaliar a capacidade dos doentes de compreender, gerir e lidar com a hipertensão arterial, avaliando também a sua qualidade de vida.
<b>Material e métodos.</b> Estudo observacional transversal, em que se procederá à recolha, observação e análise dos dados em um único momento temporal sem qualquer intervenção por parte do investigador. Em primeiro lugar, os doentes selecionados serão convidados para o estudo e livremente assinarão o consentimento informado livre e esclarecido. De seguida, irão preencher o questionário que incluirá dados de caracterização sociodemográfica, morada, o julgamento sobre o controlo da tensão arterial, o questionário de capacitação sobre Hipertensão Arterial (CapHTA) e as escalas EQ-5D para avaliar a qualidade de vida desses doentes. Os médicos que seguem estes doentes deverão também preencher o questionário CapHTA para Médicos. Constam, em anexo, os questionários de capacitação sobre Hipertensão Arterial

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

(CapHTA) para pacientes e médicos e as escalas EQ-5D. Após preenchimento dos mesmos, proceder-se-á à análise estatística e inferencial, estabelecendo correlações entre os resultados obtidos utilizando o software SPSS, "Statistical Package for the Social Sciences". Para a descrição da amostra será efetuada uma análise estatística descritiva, sendo que para compreender as associações do controlo com as outras variáveis será feita uma análise inferencial paramétrica e não paramétrica. Todas as análises inferenciais serão realizadas com nível de confiança de 95%. Foi já obtida a autorização de uso para os dois instrumentos.

### Cronograma:

O relatório que se segue será entregue às unidades participantes e à Comissão de Ética da ARS do Centro IP. O estudo iniciar-se-á nos dias seguintes ao conhecimento da homologação do parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro. Em 30 dias será encerrada a base de dados. Em outros 30 dias será feita análise de dados e produção do relatório para defesa na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

### 3.5 - Expectativa de resultados (máximo de 200 palavras):

Com os resultados deste estudo espera-se a compreensão do nível de conhecimento dos doentes hipertensos do Centro de Saúde de Góis. Desta forma, ser-nos-á possível perceber a necessidade de delinear estratégias de prevenção e controlo de fatores de risco modificáveis, bem como de adesão ao tratamento e consequente melhoria da qualidade de vida. Pretende-se também avaliar a relevância de futuros estudos semelhantes com amostras de maiores dimensões e que abranjam outras unidades funcionais de cuidados de saúde primários.

### 3.6 - Local de realização.

Será aplicado a utentes hipertensos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Góis do Centro de Saúde de Góis do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, cuja concordância depende da aprovação da Comissão de Ética.

**Termo de consentimento informado:** Está conforme o exigido por esta Comissão de Ética e pela Lei.

  
Luiz Miguel Santiago  
Relator

Carlos Fontes Ribeiro  
Presidente da Comissão de Ética

