



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **Análise da Capacitação dos Doentes com Hipertensão Arterial Comparativamente à Perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar**

**Pedro José Francisco Agrela**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

**Covilhã, Maio de 2016**

# Agradecimentos

À minha família, principalmente aos meus pais, por todo o apoio e carinho;

Ao meu orientador, por todos os conselhos e trabalho desenvolvido;

A todos os que permitiram a conclusão desta etapa;

O meu Muito Obrigado!

## Resumo

**Justificação:** A prevalência da hipertensão arterial será de 42,2% na população Portuguesa. A redução da prevalência da hipertensão arterial e, conseqüentemente, do risco cardiovascular que acarreta, passa por uma abordagem farmacológica individualizada quando indicada e pela educação do doente. A capacitação, ou seja, o que o doente sabe sobre a sua doença e terapêutica para a mesma, faz parte da abordagem médica dos pela equipa de Medicina Geral e Familiar e já mostrou ter efeitos benéficos na redução da hipertensão arterial. O par de questionários *CapHTA para PHTA* e *CapHTA para Médicos* permite aferir a capacitação dos doentes com hipertensão arterial e perspetiva dos médicos de Medicina Geral e Familiar sobre a mesma.

**Objetivos:** Analisar a capacitação dos doentes sofrendo de hipertensão arterial; Comparar a capacitação dos doentes sofrendo hipertensão arterial com a perspetiva dos médicos de Medicina Geral e Familiar; Comparar o nível de conhecimento dos doentes com o valor tensão arterial obtido e adesão terapêutica.

**Materiais e Métodos:** Estudo transversal, observacional, por aplicação do par de questionários de resposta fechada, *CapHTA para PHTA* e *CapHTA para Médicos*, em três de Unidades de Cuidados e Saúde Primários. Foram medidas a tensão arterial em consulta e a adesão terapêutica do doente por aplicação da *Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens*. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** População de n=202, com n=123 (60,9%) pertencentes ao género feminino e n=112 (54,4%) de formação académica de nível baixo. Os doentes com tensão arterial considerada não controlada foram n=125 (61,9%), sendo que desses, n=77 (61,6%) julgavam ter a tensão arterial controlada. Observou-se uma percentagem de 36,8% de pessoas com o total das seis perguntas corretas, para o questionário *CapHTA para PHTA*. Está na melhor distribuição quartílica de número de respostas certas 26,7% da amostra. Os pares de questionários *CapHTA para PHTA* e *CapHTA para Médicos* revelaram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre as respostas dadas pelos doentes e médicos, respetivamente.

**Discussão:** Os conhecimentos sobre a hipertensão arterial que se pretendem estar difundidos entre os doentes com a doença, não estão presentes em 47,5% desta amostra similarmente a outros estudos.

**Conclusões:** Verifica-se uma grande falta de conhecimentos sobre a hipertensão arterial na população e que os médicos tendem a julgar que os doentes por si seguidos compreenderam

todas as informações transmitidas ou sabem mais sobre a hipertensão do que estes revelam. Identificaram-se quais as matérias menos compreendidas pelos doentes e sem perceção do médico.

## **Palavras-chave**

Hipertensão Arterial; capacitação; adesão terapêutica; informação; Medicina Geral e Familiar.

## Abstract

**Introduction:** The prevalence of arterial hypertension in the portuguese population is 42,2%. The reduction in arterial hypertension prevalence and the consequent cardiovascular risk, is achieved by personalized pharmacological approach and patient education. Patient enablement is defined by what the patient knows about his illness and its therapeutics, which is part of de medical approach by the General Practice team and has shown to have benefic effect in the reduction of arterial hypertension. The pair of surveys *CapHTA for PHTA* and *CapHTA for Physicians* allows us to recognize patient enablement and the General Practice physician's perspective about it.

**Objectives:** To analyze patient enablement in patients with arterial hypertension; Compare patient enablement in patients with arterial hypertension and the General Practice physician's perspective; Compare the patient's level of knowledge about arterial hypertension with the value of arterial tension and the medication adherence.

**Materials and Methodology:** Cross-sectional observational study, by application of the pair of closed answer surveys, *CapHTA for PHTA* and *CapHTA for Physicians*, in three Primary Health Care Units. The arterial pressure was measured on medical consultation and the medication adherence by application of *Morisky Medication Adherence Scale with four items*. A descriptive and inferential statistical analysis was performed.

**Results:** A population of n=202 was studied, n=123 (60,9%) women and n=112 (54,4%) with low school education. The proportion of patients with arterial hypertension who considered not to be controlled was n=125 (61,9%). In the population, 36,8% were able to get the right answer in each of six questions of the *Cap* for PHTA survey. Only 26,7% is in the best quartile of right answers. The pair of surveys, *CapHTA for PHTA* and *CapHTA for Physicians*, revealed statistically significant differences ( $p < 0,001$ ) between patients and doctors answers.

**Discussion:** Similarly to other studies, the knowledge about arterial hypertension that is intended to be spread between patients diagnosed with the disease is not present in 47,5% of the population.

**Conclusions:** There seems to be a lack of knowledge about arterial hypertension in the population. Doctors tend to think that their patients have understood the given information about hypertension, more than they really have. It was possible to identify the subjects that were less understood by patient without doctor's insight.

## **Keywords**

Arterial hypertension; patient enablement; medication adherence; information; General Practice.

# Índice

Introdução.....	1
Materiais e Métodos .....	3
Resultados.....	6
Avaliação do par de questionários <i>CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos</i> como ferramenta de teste.....	9
Avaliação da opinião dos doentes segundo o valor das respostas .....	10
Avaliação do dos pares de respostas dos questionários <i>CapHTA para PHTA e CapHTA para     Médicos</i> .....	11
Avaliação da adesão terapêutica pelo questionário <i>Morisky Medication Adherence Scale de     quatro itens (MMAS-4)</i> .....	12
Discussão .....	14
Conclusões .....	17
Bibliografia.....	18
Anexos .....	21
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética .....	21
Anexo II - Questionário <i>CapHTA para PHTA</i> .....	22
Anexo III - Questionário <i>CapHTA para Médicos</i> .....	25

## Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição da Amostra segundo Unidade de Cuidados de Saúde Primários e género.....	6
Figura 2 - Comparação entre o Controlo de Tensão Arterial segundo Valor e a Opinião da Pessoa sofrendo de Hipertensão Arterial.....	7

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Questionário <i>CapHTA para PHTA</i> .....	4
Tabela 2 - Questionário <i>CapHTA para Médicos</i> .....	4
Tabela 3 - Questionário de adesão terapêutica <i>Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens (MMAS-4)</i> .....	4
Tabela 4 - Distribuição da população estudada segundo formação académica.....	6
Tabela 5 - Cruzamento das variáveis Controlo da TA segundo Valor e Julgar ter a TA Controlada.....	7
Tabela 6 - Valor de Opinião do PHTA sobre TA segundo Género.....	8
Tabela 7 - Diferenças entre variáveis por UCSP segundo <i>Kruskal Wallis Test</i> .....	9
Tabela 8 - Distribuição percentílica do número de respostas certas segundo o género.....	10
Tabela 9 - Distribuição percentílica do número de respostas certas segundo a formação académica.....	10
Tabela 10 - Comparação entre respostas dos doentes e médicos no par de questionários <i>CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos</i> .....	11
Tabela 11 - Diferenças entre variáveis por classe de MMAS-4 segundo <i>Kruskal Wallis Test</i> .....	12
Tabela 12 - Controlo da TA segundo valor por classe MMAS-4.....	12
Tabela 13 - Distribuição percentílica do número de respostas certas segundo a classe do MMAS-4.....	13

## Lista de Acrónimos

HTA	Hipertensão Arterial
TA	Tensão Arterial
TAS	Tensão Arterial Sistólica
TAD	Tensão Arterial Diastólica
CapHTA	Capacitação na Hipertensão Arterial
PHTA	Pessoa sofrendo de Hipertensão Arterial
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
MMAS-4	<i>Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens</i>
DGS	Direção Geral da Saúde
WHO	World Health Organization

## Introdução

É um dado conhecido que a hipertensão arterial (HTA) constitui um risco para a saúde a nível mundial e que está associada a um aumento entre 2 a 3 vezes do risco cardiovascular, elevando a ocorrência de condições de alto nível de gravidade, tais como doença coronária, doença vascular cerebral, insuficiência renal e doença vascular periférica. Estas e outras doenças que se inserem no conjunto de doenças cardiovasculares são apontadas como responsáveis por 32% do total de óbitos no nosso país.<sup>(1)(2)(3)(4)(5)(6)</sup>

Em Portugal, cerca de 42,2% da população é assinalada como sofrendo de HTA, sendo que estes têm 2,2 a 6,3 vezes mais risco de vir a desenvolver co-morbilidades quando comparados aos indivíduos normotensos.<sup>(7)(8)</sup> O risco destas co-morbilidades pode ser mais pronunciado quanto a doentes do género masculino e com hipertensão arterial complicada, chegando a ser 26,2 vezes maior do que em indivíduos normotensos.<sup>(7)(8)(9)</sup>

Em consequência destes dados, torna-se imperativo o combate à HTA com as ferramentas disponíveis atualmente.

No processo terapêutico dos doentes diagnosticados com HTA deve ser realizada uma abordagem farmacológica, quando indicada e bem tolerada, complementando-se com a educação do doente, para se atingir uma tensão arterial (TA) alvo, considerada não hipertensiva, de valores de tensão arterial sistólica (TAS) inferiores a 140 mmHg e de tensão arterial diastólica (TAD) inferiores a 90 mmHg.<sup>(3)(4)(10)(11)</sup>

As atuais normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) ditam que “a pessoa com doença hipertensiva deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu tratamento” e que para isso o tratamento deverá “ser culturalmente adequado e acessível”, seguindo a mesma linha de recomendações da World Health Organization (WHO).<sup>(3)(6)</sup> Esta necessidade de envolvimento do doente no processo terapêutico parte do pressuposto de que doentes melhor informados sobre a sua doença e com mais conhecimentos sobre a terapêutica a adotar, sentem-se mais habilitados e capazes de lidar com a mesma, tendo melhores resultados de saúde do que os menos esclarecidos.<sup>(6)(12)(13)(14)</sup>

Com base nesta importância do conhecimento dos doentes surge o termo “Capacitação”, que é definido como aquilo que o doente sabe sobre a sua doença, detendo capacidade para lidar, compreender e gerir a mesma, com seguimento em consulta médica.<sup>(14)(15)</sup> No caso deste estudo, a Capacitação será aquilo que a pessoa sofrendo de hipertensão arterial (PHTA) sabe sobre a sua doença e sobre a medicação para o efeito, dotando-a de competências para lidar com a mesma.<sup>(16)</sup>

Foi já demonstrado que quando determinada informação sobre a hipertensão arterial era melhor entendida pelos doentes era possível obter uma redução da HTA sistólica e diastólica de 2,5% e redução da hipertensão sistólica isolada de 23,1%, mantendo a medicação anti-hipertensiva em uso pelo doente.<sup>(13)</sup>

A má adesão terapêutica é indicada como uma das principais causas da HTA.<sup>(6)</sup> A capacitação poderá estar relacionada com uma melhor adesão terapêutica dos doentes, que pode ser avaliada pelo questionário *Morisky Medication Adherence Scale* de quatro itens (MMAS-4). Esta ferramenta tem sido considerada um bom instrumento de triagem e monitorização de doentes não aderentes de alto risco.<sup>(17)</sup>

Pelo acima exposto, pretende-se analisar a capacitação dos doentes diagnosticados com Hipertensão Arterial e verificar qual a perceção que os médicos de Medicina Geral e Familiar têm acerca dos conhecimentos dos seus doentes, para que sejam compreendidos quais os conhecimentos a serem alvo de maior atenção.

Este estudo tem como objetivos: Analisar a capacitação dos doentes sofrendo de hipertensão arterial; Comparar a capacitação dos doentes sofrendo hipertensão arterial com a perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar; Comparar o nível de conhecimento dos doentes com os valores TA obtidos e adesão terapêutica.

## Materiais e Métodos

Estudo transversal, observacional realizado entre 4 de janeiro de 2016 e 19 de fevereiro de 2016, por aplicação de inquérito a doentes sofrendo de HTA e seus respetivos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) prestadores de cuidados, com análise estatística descritiva e inferencial dos dados obtidos.

A partir do questionário *Capacitação na Hipertensão Arterial (CapHTA)*, originalmente elaborado no estudo *Follow-up mixed indicator to the hypertensive patient* <sup>(16)</sup>, foi contruído o questionário em espelho *CapHTA para Médicos* (Tabela 2), definindo o primeiro como *CapHTA para PHTA* (Tabela 1). Os questionários 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; 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. Os questionários foram aplicados seguindo uma *escala de Likert* de 5 valores onde 1 correspondia a concordo totalmente e 5 a discordo totalmente, sendo que os valores 1 e 2 foram considerados como representativos de resposta certa.

Os doentes eram questionados ainda sobre o seu género, idade, grau de formação académica [Baixo se igual ou inferior ao 9º ano (4ª classe); Médio se igual ou superior a 10º ano (7º ano); Superior se Licenciatura ou Bacharelato] e se consideravam que a sua TA estaria controlada. Aos médicos era também pedido que fosse registado o valor de TA medido em consulta, seguindo as diretrizes da Norma 020/2011 de 28/09/2011 da DGS e do Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular no Adulto da DGS de 2014.<sup>(4)(10)</sup> 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. As pontuações registadas segundo a *escala de Likert* foram definidas como Valor de Opinião Médica para os médicos e Valor de Opinião do PHTA para os doentes inquiridos.

A cada médico envolvido no estudo foi pedido que questionário *CapHTA para PHTA* fosse aplicado oportunisticamente a uma seleção de dez doentes, por si acompanhados, previamente diagnosticados com HTA e realizando terapêutica anti-hipertensora.

O questionário *CapHTA para PHTA* foi aplicado no contacto com a enfermagem, sendo entregue em envelope não identificado, preenchido pelo doente e colocado em envelope próprio. Posteriormente, após o término da consulta e o doente ter abandonado o consultório, o questionário *CapHTA para Médicos* era preenchido pelos médicos de MGF prestadores de serviços ao determinado doente que respondeu ao primeiro inquérito.

Tabela 1 - Questionário *CapHTA para PHTA*

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

Tabela 2 - Questionário *CapHTA para Médicos*

1. Julgo que percebeu que o informei relativamente aos efeitos nocivos da hipertensão arterial no sistema vascular e consequentes 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.
4. Penso que percebeu que o aconselhei a cumprir meticolosamente a posologia prescrita para a medicação da hipertensão arterial.
5. Penso que compreendeu a farmacocinética e efeitos restritos no tempo dos medicamentos prescritos na hipertensão arterial.
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.

Juntamente com o questionário *CapHTA para PHTA* os doentes responderam ainda ao questionário sobre adesão terapêutica *MMAS-4*, que figura as questões da Tabela 3.

Tabela 3 - Questionário de adesão terapêutica *Morisky Medication Adherence Scale* de quatro itens (*MMAS-4*)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?
4. Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?

As opções de resposta para o questionário *MMAS-4* em “Sim” (atribuída com o valor 1) ou “Não” (atribuída com o valor 0), segundo a experiência do doente para cada uma das quatro situações. Posteriormente, a adesão terapêutica foi graduada em Elevada (0 valores), Regular (1 a 2 valores) e baixa (3 a 4 valores) segundo a classificação obtida na soma das pontuações dadas às respostas.

Foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa informático SPSS versão 19 e às seguintes metodologias:  $\chi^2$ , Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney e T de Student para variáveis não emparelhadas e para variáveis emparelhadas.

## Resultados

Foram entregues 400 pares de questionários *CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos*, distribuídos por três Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (UCSP de Belmonte, UCSP da Covilhã, UCSP do Fundão e respetivas extensões), sendo respondidos e analisados 209 pares. Deste número foram subtraídos 7 questionários por mau preenchimento e falta de dados.

A população estudada de n=202 indivíduos sofrendo de HTA é predominantemente feminina, constituída por 86 homens (39,1%) e 123 mulheres (60,9%), de idade média de 66,4±10 anos de idade, com um intervalo de confiança a 95% de 65,0 a 67,8 anos. A distribuição da amostra segundo o género e UCSP está representada na Figura 1, com um total de n=98 indivíduos (48,5%) estudados na UCSP do Fundão, n=73 (36,1%) na UCSP da Covilhã e n=31 (15,3%) na UCSP de Belmonte.

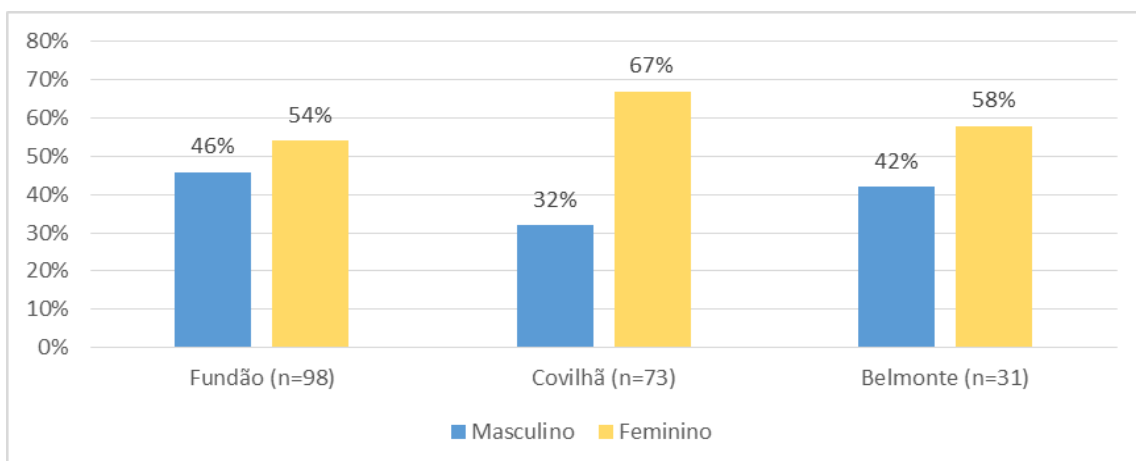


Figura 1 - Distribuição da Amostra segundo Unidade de Cuidados de Saúde Primários e género.

A amostra possui um nível de instrução educacional predominantemente baixo com n=148 indivíduos não sabendo ler nem escrever ou detendo apenas educação primária ou básica. Apenas n=54 possui formação académica média ou superior (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da população estudada segundo formação académica.	
Formação Académica	Total (n=209)
Não sabe ler nem escrever	36 (17,8)
Baixo	112 (55,4)
Médio	36 (17,8)
Alto	18 (8,9)

Como exposto na Tabela 5, no total dos 202 questionários analisados, 146 indivíduos afirmaram julgar ter a sua tensão arterial controlada contra 56 que julgam ter a tensão arterial não controlada. Do grupo que julga ter a TA controlada, apenas 69 pessoas possuem efetivamente TA considerada controlada, com as restantes 77 possuindo uma TA considerada não controlada, correspondentes a 52,7%. Já no grupo que julga ter a TA não controlada, apenas 8 indivíduos a possuem controlada, contra 48 que não possuem a TA controlada. As tensões arteriais médias medidas no grupo que julga ter a TA controlada foram de  $140,80 \pm 15,30$  mmHg de TAS e  $78,74 \pm 10,17$  mmHg de TAD, enquanto no grupo que julga ter a TA não controlada foram de  $153,47 \pm 17,74$  mmHg de TAS e  $85,13 \pm 11,55$  mmHg de TAD. Pelo ilustrado na Figura 2, podemos ainda observar que dos doentes com TA considerada não controlada, mais de metade julga ter a TA controlada quando, efetivamente não a tem.

Tabela 5 - Cruzamento das variáveis Controlo da TA Segundo valor e Julgar ter a TA Controlada ( $p < 0,001$ )				
		Julgar ter a TA controlada		Total (n=202) n (%)
		Sim (n=146) n (%)	Não (n=56) n (%)	
Controlo da TA segundo Valor	Sim	69 (47,3)	8 (14,3)	77 (38,1%)
	Não	77 (52,7)	48 (85,7)	125 (61,9%)

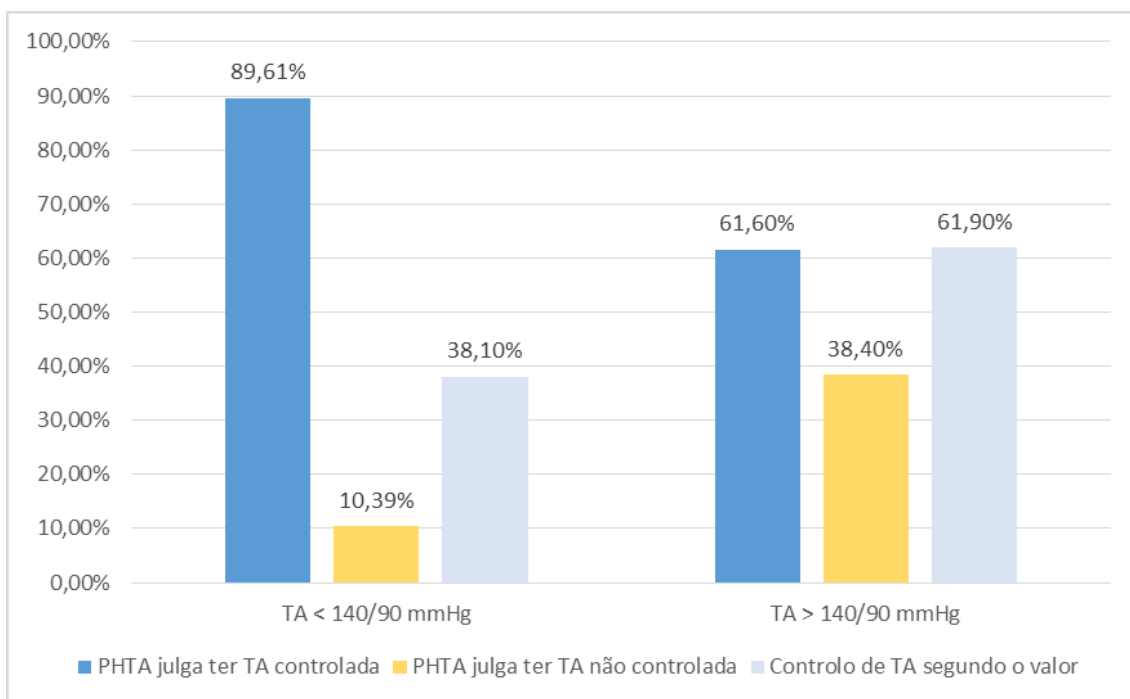


Figura 2 - Comparação entre o Controlo de Tensão Arterial segundo Valor e a Opinião da Pessoa sofrendo de Hipertensão Arterial.

Verificou-se ainda que no que toca à opinião do doente sobre o controlo da sua TA, os indivíduos do género masculino tendem a julgar ter a tensão arterial controlada mais frequentemente que os do género feminino, enquanto o contrário foi apurado para a opinião de julgar ter a tensão arterial não controlada (Tabela 6).

Tabela 6 - Valor de Opinião do PHTA sobre TA segundo Género (p=0,046)				
		Género		Total n (%)
		Masculino (n=82) n (%)	Feminino (n=120) n (%)	
Julgar ter a TA Controlada	Sim	65 (79,3)	81 (67,5)	146 (72,3%)
	Não	17 (20,7)	39 (32,5)	56 (27,7)

Quanto ao controlo da TA segundo valor comparado com o género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p=0,529).

## **Avaliação do par de questionários *CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos* como ferramenta de teste**

Aplicando o *Kruskal-Wallis Test*, podemos verificar que entre as diferentes Unidades de Cuidados de Saúde Primários não houveram diferenças estatisticamente significativas na amostra para o valor de opinião médica, valor de opinião do PHTA, número de respostas certas, género, idade, nível educacional, opinião sobre julgar ter a TA controlada e controlo da TA segundo valor (Tabela 7).

Tabela 7 - Diferenças entre variáveis por UCSP segundo <i>Kruskal Wallis Test</i>							
Valor de Opinião Médica	Valor de Opinião PHTA	Número de Respostas Certas	Género	Idade	Nível Educacional	Julgar ter TA Controlada	Controlo da TA Segundo Valor
p=0,385	p=0,058	p=0,248	p=0,230	p=0,848	p=0,205	p=0,133	p=0,143

## Avaliação da opinião dos doentes segundo o valor das respostas

Do total dos inquiridos pelo questionário *CapHTA para PHTA*, apenas 36,8% acertaram o total das 6 perguntas sobre a TA, representadas pelos valores 1 e 2 da *escala de Likert*.

Realizando uma distribuição percentilica da amostra segundo a quantidade de respostas certas, considera-se o quartil superior a 75% (P75) como o bom quartil, o quartil superior a 50% e inferior a 75% (P50) como quartil razoável e os restantes (<P50) como maus quartis. Desta forma, podemos observar que 26,7% dos inquiridos se inserem no melhor quartil, 25,7% no quartil razoável e os restantes 47,5% nos piores quartis (Tabela 8).

		Género		Total n (%)
		Masculino (n=82) n (%)	Feminino (n=120) n (%)	
Distribuição percentilica do número de respostas certas	P75	21 (25,6)	33 (27,5)	54 (26,7)
	P50	21 (25,6)	31 (25,8)	52 (25,7)
	<P50	40 (48,8)	56 (46,7)	96 (47,5)

Também verificou-se que por cada grupo dos doentes inquiridos com formação académica baixa, média e superior, metade ou mais de metade estão inseridos nos piores percentis. Já os doentes que afirmavam não saber ler nem escrever, apresentaram-se maioritariamente no melhor percentil (Tabela 9).

		Formação Académica				Total (n=202) n (%)
		Não sabe ler nem escrever (n=36) n (%)	Baixo (n=112) n (%)	Médio (n=36) n (%)	Superior (n=18) n (%)	
Distribuição percentilica do número de respostas certas	P75	19 (52,8)	25 (22,3)	8 (22,2)	2 (11,1)	54 (26,7)
	P50	8 (22,2)	28 (25,0)	9 (25,0)	7 (38,9)	52 (25,7)
	<P50	9 (25,0)	59 (52,7)	19 (52,8)	9 (50,0)	96 (47,5)

Quando comparada a distribuição percentilica do número de respostas certas com a opinião do PHTA quanto ao controlo da TA (p=0,120) e com o controlo de TA segundo valor medido (p=0,124), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. Pelo teste One-way ANOVA também não foram identificadas diferenças significativas para a idade em função da distribuição percentilica do número de respostas certas (p=0,220).

## Avaliação do dos pares de respostas dos questionários *CapHTA para PHTA* e *CapHTA para Médicos*

O T-Test, com intervalo de confiança de 95%, mostrou haverem diferenças significativas entre o valor médio das respostas dadas pelos médicos e doentes ( $p < 0,001$ ).

Avaliando os seis pares de respostas individualmente e comparando as respostas dadas por médicos e doentes, observa-se que apenas o par de questões 4 tem respostas concordantes sem diferenças estatisticamente significativas. Já os pares de questões 1, 2, 3, 5, e 6 têm respostas não concordantes entre médicos e doentes, havendo diferenças significativas entre as mesmas como demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Comparação das respostas dos doentes e médicos nos pares de questionários *CapHTA para PHTA* - *CapHTA para médicos*.

<b>Par 1</b>	Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração. - Julgo que percebeu que o informei relativamente aos efeitos nocivos da Hipertensão Arterial no Sistema Vasculare e consequentes lesões orgânicas renais, oftálmicas, neuronais e cardíacas.	$p < 0,001$
<b>Par 2</b>	O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial. - Julgo que percebeu que o informei sobre consumo excessivo de sal na dieta alimentar e a sua importância na patogénese da Hipertensão Arterial.	$p = 0,029$
<b>Par 3</b>	Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial. - 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.	$p = 0,007$
<b>Par 4</b>	Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou. - Penso que percebeu que o aconselhei a cumprir meticolosamente a posologia prescrita para a medicação da Hipertensão Arterial.	$p = 0,286$
<b>Par 5</b>	Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar. - Penso que compreendeu a farmacocinética e efeitos restritos no tempo dos medicamentos prescritos na Hipertensão Arterial.	$p < 0,001$
<b>Par 6</b>	Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe. - 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.	$p < 0,001$

## Avaliação da adesão terapêutica pelo questionário *Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens (MMAS-4)*

Quando inquiridos acerca da adesão terapêutica, mais de metade dos doentes (cerca de 58,4%) afirmou já ter, em algum momento, se esquecido de tomar a medicação anti-hipertensiva. Aproximadamente 26,4% dizem ser descuidados na toma da medicação, enquanto cerca de 16,5% afirma já ter deixado de tomar a medicação anti-hipertensiva quando se sente melhor e cerca de 24,7% quando se sente pior.

Pelo Kurskal Wallis Test, representado na Tabela 11, verificamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre a Classe de MMAS-4 e o controlo de TA segundo valor ( $p=0,041$ ).

Tabela 11 - Diferenças de variáveis por classe de MMAS-4 segundo Kurskal Wallis Test.					
Classe de MMAS-4	Género	Idade	Formação académica	Julgar ter TA controlada	Controlo de TA segundo Valor
	$p=0,693$	$p=0,083$	$p=0,784$	$p=0,328$	$p=0,041$

Comparando o controlo da TA entre as classes do questionário MMAS-4 (Tabela 12), observa-se na classe MMAS-4 elevada que 63,2% dos doentes inquiridos possuem TA não controlada e na classe MMAS-4 baixa que esse valor perfaz 82,1%. A classe MMAS-4 regular é a que possui uma percentagem mais baixa de indivíduos com TA não controlada, sendo esta de 56,4%.

Tabela 12 - Controlo da TA segundo valor por classe MMAS-4 ( $p=0,041$ ).					
		Classe MMAS-4			Total
		Elevada (n=57) n (%)	Regular (n=117) n (%)	Baixa (n=28) n (%)	
Controlo da TA segundo valor	Sim	21 (36,8)	51 (43,6)	5 (17,9)	77 (38,1)
	Não	36 (63,2)	66 (56,4)	23 (82,1)	125 (61,9)

Já a distribuição percentilica do número de respostas certas não varia significativamente entre as diferentes classes do MMAS-4 (Tabela13).

Tabela 13 - Distribuição percentílica do número de respostas certas segundo a classe do MMAS-4 (p=0,629).

		Classe MMAS-4			Total (n=202)
		Elevada (n=57) n (%)	Regular (n=117) n (%)	Baixa (n=28) n (%)	
Distribuição percentílica do número de respostas certas	P75	15 (26,3)	37 (31,6)	2 (7,1)	54 (26,7)
	P50	13 (22,8)	25 (21,4)	14 (50,0)	52 (25,7)
	<P50	29 (50,9)	55 (47,0)	12 (42,9)	96 (47,5)

## Discussão

O tamanho da amostra deverá ser apontado como uma limitação.

Para que fosse possível o preenchimento dos questionários sem enviesamento da presença do médico, estes foram preenchidos pela PHTA e pelo médico em momentos diferentes da consulta.

O processo de seleção do doente para o preenchimento dos questionários foi realizado pelo enfermeiro assistente ou médico de MGF ao ser verificado o diagnóstico de HTA já pré-estabelecido.

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 com o doente, de forma a complementar de forma mais efetiva a sua educação.<sup>(3)(6)(14)(15)</sup>

Como já exposto, sendo a educação do doente para a saúde realizada por uma equipa médica e não apenas pelo médico de Medicina Geral e Familiar, poder-se-ia colocar a questão de que um questionário apenas dirigido aos médicos poderia influenciar os resultados, tornando-os incertos, na medida em que não teríamos uma perspetiva real da informação revista com o doente pelos restantes elementos da equipa médica. Esta questão pode ser descartada pelos resultados mostrarem que os médicos têm tendência a afirmar que transmitiram mais informação do que aquela que os doentes mostraram serem conhecedores.

Um possível viés será a impossibilidade de não se saber quais os conhecimentos que o doente detinha sobre a HTA já antes de ser iniciada a sua educação para a doença e o diagnóstico clínico da mesma.

Importa referir que, avaliando o par de questionários *CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos* quanto à idade, ao género, formação académica, valor de opinião PHTA, valor de opinião médica, julgar ter TA controlada e controlo da TA segundo valor, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes UCSP, podendo-se afirmar que o teste foi bem compreendido e aplicado nos meios em que foi empregue, confirmando a sua fiabilidade.

Não foram estudadas diferenças das respostas entre as UCSP nem comparações entre o valor de opinião médica e valor de opinião do doente comparando as UCSP, por não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas.

Neste estudo, a maioria dos doentes, cerca de 84% possui nenhuma ou baixa formação académica. Verificou-se que, no grupo de doentes que não sabe ler ou escrever, uma maior percentagem de indivíduos encontra-se no melhor percentil de número de respostas certas, ocorrendo o inverso nos restantes grupos de nível educacional baixo, médio e superior. Uma provável explicação advém do facto de, não só o número de doentes que não sabe ler nem

escrever ser pequeno, como também de poder ter havido algum enviesamento por estes terem de ser auxiliados, ela equipa médica, no preenchimento do questionário *CapHTA para PHTA*.

Posto isto, deve ser tido em conta que estudos prévios mostram que o interesse pela condição clínica, participação ativa na construção de um plano terapêutico e adesão terapêutica estão também relacionados com o medo da doença, relutância em perguntar ao médico determinadas questões sobre a mesma e pelo impacto das experiências obtidas no contacto direto ou indireto com a doença.<sup>(18)</sup> Acresce ainda o facto de que na ideação do doente do dia-a-dia, a hipertensão não é tida como um problema de saúde importante e rotineiramente diagnosticado ou tratado, ao contrário do que é verificado pelos profissionais de saúde.<sup>(18)</sup> Por estas razões, apesar do nível educacional experienciado pelo doente, os conhecimentos sobre a HTA devem ser abordados pela equipa médica com objetivo do esclarecimento e redução da TA pelas medidas aconselhada.

Na população estudada, 146 indivíduos afirmaram julgar ter a TA controlada, havendo desses apenas 69 (47,3%) com a TA medicamente controlada e confirmada por valor medido em consulta (Tabela 5). Como podemos observar no gráfico da Figura 2, 61,9% dos doentes possui a TA não controlada segundo o valor medido e nesse grupo mais de metade (61,6%) julga ter a TA controlada. Podemos então afirmar que ao nível do conhecimento, acompanhamento e interesse pela condição clínica, que neste caso passam pelo entendimento da base de controlo da HTA, a amostra estudada apresenta-se deficitária, podendo esta área ser explorada no futuro para que se obtenha um controlo mais efetivo da TA na população.

Apesar de vários estudos mostrarem uma maior incidência da HTA e também da sua morbi-mortalidade nos doentes do género masculino, neste estudo não se verificou uma diferença significativa em relação ao género feminino no que toca ao controlo efetivo da TA. Contudo, os indivíduos do género masculino têm uma maior tendência a julgar ter a sua TA controlada (79,3%) e conseqüentemente maior percentagem com TA não controlada dentro do mesmo grupo (Tabela 6). Outros estudos poder-nos-iam esclarecer relativamente à possível relação destes dados com os da morbi-mortalidade associada à HTA.

Das afirmações avaliadas no questionário *CapHTA* verifica-se que apenas 36,8% dos doentes acertaram no total das seis questões, pelos valores 1 e 2 da *escala de Likert*. Também se apurou que apenas 26,7% dos doentes estão inseridos no melhor percentil segundo o número de respostas certas (Tabela 8). Entre géneros não se identificaram diferenças significativamente estatísticas para que se possa afirmar uma diferença de conhecimentos sobre a HTA, apesar dos resultados de saúde verificados em outros estudos.<sup>(9)</sup> A partir destes dados conclui-se que os conhecimentos base sobre a HTA, que se pretendem estar difundidos entre os doentes para um melhor controlo de TA, não estão presentes numa grande maioria da população estudada, revelando o quão mal informados se apresentam. Estas conclusões são concordantes com o estudo de *Marx G. et al.*<sup>(18)</sup>

Parece não haver relação entre os conhecimentos sobre a HTA e o controle efetivo da HTA. A distribuição percentílica do número de respostas certas, quando comparada com o controlo da HTA, não demonstrou haverem diferenças estatisticamente significativas, o que vai contra o estudo de *Santiago LM, et al.*<sup>(13)</sup> Obtiveram-se estes resultados apesar de a taxa de conhecimentos sobre a HTA ser baixa em geral, e o controle da HTA não se verificar em 61,9% da população estudada. Podem ser apontadas como razões para esta divergência o pequeno tamanho da amostra, a possibilidade do cumprimento criterioso da posologia da medicação prescrita para a HTA (hipótese reforçada pela concordância entre médicos e doentes no ponto 4 do par de questionários *CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos*, que aborda a importância do cumprimento da posologia prescrita de determinado medicamento anti-hipertensivo) ou seguimento mais apertado da mesma nos dias anteriores à consulta, o aparelho e metodologias de medição da TA utilizadas não serem os mais adequados e com divergências entre os vários médicos e ainda, dificuldades em preencher o questionário perante a baixa formação académica e por não haver hábito dessa prática.

Sabe-se que o conhecimento por parte da PHTA das 6 informações abordadas no questionário *CapHTA para PHTA* têm um impacto positivo no controle da sua TA.<sup>(13)</sup> A partir da Tabela 10 percebe-se que existem pares de questões em que os doentes e médicos estão em menor concordância. São estes os pares: 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; 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 tomados sem aconselhamento médico. Relativamente a estes, 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 tornar a reforçar estes pontos, levando a que o doente tenha menos conhecimentos sobre a HTA e não perceba a necessidade de alterar alguma conduta que não vá de encontro com os seus objetivos para ganhos de saúde. Com estes novos dados passamos a saber qual o grupo de informação em déficit na população, podendo-se construir uma abordagem de educação populacional que, abrangendo estes conhecimentos, permitirá uma redução da TA e conseqüente risco cardiovascular.

Pela aplicação do questionário Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens (MMAS-4) pôde-se avaliar a adesão terapêutica dos inquiridos. Verifica-se não haver relação entre adesão terapêutica e o género, idade, formação académica e a opinião do PHTA sobre o controlo da sua TA. Quanto à adesão terapêutica comparada com o valor de TA registado em consulta, não se observando uma relação linear, nota-se que os indivíduos com classe MMAS-4 baixa possuem em maior percentagem valores de TA considerados como HTA não controlada. Apesar de o ponto 4 do par de questionários *CapHTA para PHTA - CapHTA para Médicos*, ser o único em que se pôde mostrar uma concordância entre a opinião médica e dos doentes, observa-se na Tabela 12 pela aplicação do questionário MMAS-4, que a maior parte dos doentes se encontra na classe MMAS-4 média, indicando que existem falhas na adesão

terapêutica, mesmo havendo conhecimento da sua relevância por parte do PHTA. Interessa por isso que, junto dos doentes, sejam reforçadas as ideias sobre a necessidade da manutenção de uma boa adesão à terapêutica para que se consiga um melhor controlo da TA na PHTA, lembrando a importância de não haver esquecimento ou descuido nas tomas de medicação e de não deixar de tomar a medicação por iniciativa própria em qualquer momento.

## Conclusões

Conclui-se que o controlo da TA na população estudada não corresponde ao desejado, com mais de metade na amostra apresentando HTA não controlada. Concomitantemente, atesta-se um baixo nível de conhecimentos básicos sobre a HTA por parte dos doentes e consequentemente uma baixa capacitação dos doentes com HTA.

Os médicos tendem a julgar que a PHTA por si seguidos compreenderam todas as informações transmitidas e sabem mais sobre a HTA do que estes revelam, demonstrando assim que a PHTA não terá captado a informação necessária.

Sabe-se agora que as informações abordadas pelas questões 1, 2, 3, 5 e 6 do *CapHTA para PHTA* deverão ser melhor divulgadas junto dos doentes, para que se obtenham melhores resultados no controlo da HTA.

Mais de metade dos doentes encontra-se na classe MMAS-4 média, indicando que existem falhas na adesão à terapêutica em grande parte da população.

Mais estudos deverão ser realizados para reforçar as conclusões afirmadas e investigar a relação entre a distribuição percentílica de respostas certas e o controle da HTA segundo valor. Poder-se-á adicionar num novo estudo a variável co-morbilidades associadas à HTA para perceber se existirá alguma relação com capacitação e a sua distribuição por género.

## Bibliografia



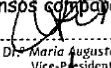


1. Guilbert JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. Educ Health (Abingdon) [Internet]. 2003;16(2):230. Available from: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)
2. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. 2006;28. Available from: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwin1rHhmc3MAhUDuhoKHYOvAe4QFggiMAA&url=http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Prevencao-das-Doencas-Cardiovasculare>
3. Direcção Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma da Direcção Geral Saúde [Internet]. 2011;026/2011:1-14. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
4. George HM. Hipertensão Arterial: definição e classificação. In: Direcção-Geral da Saúde. 2013. p. 1-6.
5. George HM. Avaliação do Risco Cardiovascular. Normas da Direcção Geral da Saúde [Internet]. 2011;1-16. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013-jpg.aspx>
6. Who. Adherence to long-term therapies [Internet]. Who. 2003. 1-58 p. Available from: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjAudC\\_ms3MAhVJrRoKHebyCiAQFggnMAA&url=http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf&usg=AFQjCNEBB2EBw3\\_93m5lNnF-cUSyer0dbQ&bvm=bv.121421273,d.d24](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjAudC_ms3MAhVJrRoKHebyCiAQFggnMAA&url=http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf&usg=AFQjCNEBB2EBw3_93m5lNnF-cUSyer0dbQ&bvm=bv.121421273,d.d24)
7. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. J Hypertens [Internet]. 2014 Jun;32(6):1211-21. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004872-201406000-00011>
8. Macedo ME de, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalinho V, Carmona J. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2007;26:21-39.

9. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Sep 25;5(9):e009287. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009287>
10. DGS. PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DO RISCO VASCULAR NO ADULTO [Internet]. 2014. 56-108 p. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto-pdf.aspx>
11. Geleilate TJM, Nobre F, Coelho EB. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle Initial approach in patients with hard-to-control hypertension. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2008;15(1):10-6.
12. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shapiro SAM, Russell RP, Smith CR. Five-Year Blood Pressure Control and Mortality Following Health Education for Hypertensive Patients. 1983;73(2):153-62. Available from: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilOK3Wms3MAhUBuhoKHV6wByUQjBAIMDAB&url=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1650522/pdf/amjph00637-0043.pdf&usq=AFQjCNF6aXueZgAURbMz8w77gm0il76c4w>
13. Santiago LM, Constantino L, Miranda P. O impacte da informação escrita na variação dos valores de tensão arterial a médio prazo em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2010;16:6-12. Available from: [http://www.sphta.org.pt/files/sphta\\_16\\_2010\\_.pdf](http://www.sphta.org.pt/files/sphta_16_2010_.pdf)
14. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar. *Revista ADSO* [Internet]. 2015;5:19-32. Available from: [http://adso.com.pt/revadso/article/view/30/pdf\\_8](http://adso.com.pt/revadso/article/view/30/pdf_8)
15. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. 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]. 2012;13(1):6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/6>
16. Santiago LM, Botas P, Rosa C, Pereira C, Magalhães AR, Penetra J, et al. Follow-up mixed indicator to the hypertensive patient. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*.
17. Tan X, Patel I, Chang J. Tan X, Patel I, Chang J, et al. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Inov Pharm* [Internet]. 2014;5(3). Available from: <http://pubs.lib.umn.edu/innovations/vol5/iss3/5>

18. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: Medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):468-74.

## Anexos

### Anexo I - Parecer da Comissão de Ética

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	 <p>ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p>
<b>COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE</b>	
<p>PARECER FINAL: Atendendo ao formato da investigação e aos documentos apresentados, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.</p>	<p>DESPACHO: <i>Houve lugar ao parecer final da Comissão de Ética para a Saúde 17.12.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> 
<p>ASSUNTO: <b>Estudo 80/2015 – Análise da Capacitação dos doentes hipertensos comparativamente à perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar</b> Autor: Pedro José Francisco Agrela</p>	<p>Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p>  <p>Dr. Maria Augusta Mota Vice-Presidente,</p>  <p>Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral Vogal.</p>
<p>O investigador pretende desenvolver estudo de tipo observacional, transversal, que tem como objectivos principais "Analisar a Capacitação dos doentes sofrendo de Hipertensão Arterial; Comparação da Capacitação dos doentes sofrendo Hipertensão Arterial com a perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar": Os dados serão colhidos através de questionário a duas amostras distintas: utentes a ser seguidos no centro de saúde por hipertensão arterial e os respetivos médicos de medicina geral e familiar. Propõe que o questionário seja entregue pela "enfermeira no contacto de enfermagem, em envelope não identificado, sendo-lhe solicitado que o responda. Esse questionário é depois colocado em urna própria. O médico à saída de cada pessoa sofrendo de Hipertensão arterial, preenche questionário relativo a essa consulta". Será utilizado documento para obtenção do consentimento informado, tendo apresentado texto/proposta. É garantida a confidencialidade e o anonimato nos dados colhidos. A participação dos utentes e médicos é voluntária. Não são previstos custos ou danos nem benefícios diretos para os participantes. O estudo será desenvolvido em Centros de Saúde do ACES da Cova da Beira, tendo enviado autorização do director clínico do ACES. São apresentados os instrumentos de recolha de dados. É previsto o mês de janeiro para recolha dos dados.</p>	
<p>Coimbra, 16 de dezembro de 2015</p>	
<p>O relator,</p>	
	
<p>José Carlos Amado Martins</p>	
	

## Anexo II - Questionário *CapHTA para PHTA*



### **Análise da Capacitação dos doentes hipertensos comparativamente à perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.**

Questionário para estudo de Dissertação de Mestrado.

Caro utente,

Este questionário é aplicado no âmbito da Dissertação para obtenção do grau de Mestre pelo aluno Pedro José Francisco Agrela e tem como objetivo avaliar a capacitação dos doentes diagnosticados com Hipertensão Arterial.

O material utilizado é: “Questionário de Capacitação dos Doentes Sofrendo de Hipertensão Arterial - versão para doentes”, o respetivo homólogo “Questionário de Capacitação dos Doentes Sofrendo de Hipertensão Arterial - versão para médicos e “Questionário MM4”.

Os métodos inserem-se um estudo transversal, observacional, por aplicação de inquérito a doentes sofrendo Hipertensão arterial e seus respetivos Médicos de Medicina Geral e Familiar prestadores de cuidados.

A participação é totalmente voluntária, podendo o utente ou médico prestador de cuidados de saúde interromper a realização do inquérito a qualquer momento. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizadas unicamente para propósito de análise das variáveis deste estudo.”

Pedro José Francisco Agrela

Aluno do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

---



A. Sexo:

Masculino

Feminino

B. Idade: \_\_\_\_\_

C. Escolaridade: \_\_\_\_\_

D. Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

E. Por favor, responda à seguinte pergunta segundo o conhecimento que tem acerca dos valores da sua tensão arterial:

Considero que a minha tensão arterial está controlada

Sim  Não

F. Por favor, responda ao questionário segundo a seguinte legenda:

1. Concordo totalmente
2. Concordo parcialmente
3. Indiferente
4. Discordo parcialmente
5. Discordo Totalmente

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



G. Por favor, assinale “Sim” ou “Não” tendo em conta as seguintes questões:

	SIM	Não
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?		
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
4. Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?		

Obrigado pela sua colaboração!

## Anexo III - Questionário *CapHTA* para Médicos



### **Análise da Capacitação dos doentes hipertensos comparativamente à perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.**

Questionário para estudo de Dissertação de Mestrado.

Caro médico,

Este questionário é aplicado no âmbito da Dissertação para obtenção do grau de Mestre pelo aluno Pedro José Francisco Agrela e tem como objetivo avaliar a capacitação dos doentes diagnosticados com Hipertensão Arterial.

O material utilizado é: “Questionário de Capacitação dos Doentes Sofrendo de Hipertensão Arterial - versão para doentes”, o respetivo homólogo “Questionário de Capacitação dos Doentes Sofrendo de Hipertensão Arterial - versão para médicos e “Questionário MM4”.

Os métodos inserem-se em um estudo transversal, observacional, por aplicação de inquérito a doentes sofrendo Hipertensão arterial e seus respetivos Médicos de Medicina Geral e Familiar prestadores de cuidados.

A participação é totalmente voluntária, podendo o utente ou médico prestador de cuidados de saúde interromper a realização do inquérito a qualquer momento. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizadas unicamente para propósito de análise das variáveis deste estudo.”

Pedro José Francisco Agrela

Aluno do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

---



A. Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

B. Tensão Arterial do doente: \_\_\_\_\_ mmHg

C. Por favor, responda ao questionário segundo a seguinte legenda:

1. Concordo totalmente
2. Concordo parcialmente
3. Indiferente
4. Discordo parcialmente
5. Discordo Totalmente

	1	2	3	4	5
1. Julgo que percebeu que o informei relativamente aos efeitos nocivos da hipertensão arterial no sistema vascular e consequentes 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.					
4. Penso que percebeu que o aconselhei a cumprir meticulosamente a posologia prescrita para a medicação da hipertensão arterial.					
5. Penso que compreendeu a farmacocinética e efeitos restritos no tempo dos medicamentos prescritos na hipertensão arterial.					
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.					

Obrigado pela sua colaboração!