

Avaliação da qualidade da Consulta Aberta de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Vadym Chesanovsky

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Craveiro de Sousa
Co-orientador: Prof. Doutor Manuel de Carvalho Rodrigues

maio de 2022

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus **pais** e a **avó**,
que me ajudaram a tornar este sonho em realidade,

Assim como à minha filha **Victória** e a esposa **Khrystyna**,
as fontes da minha motivação e inspiração.

Agradecimentos

Quero agradecer a todos aqueles que de uma forma direta ou indireta, contribuíram de forma gratuita para a realização deste trabalho de investigação.

Assim, expresso a minha gratidão:

Ao **Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Craveiro de Sousa** pela confiança depositada e preciosa orientação, pelo olhar crítico e reflexivo, pela disponibilidade constante e pelos inúmeros ensinamentos transmitidos ao longo do desenvolvimento deste trabalho de investigação. Agradeço imenso a oportunidade que me deu.

Ao **Prof. Doutor Manuel de Carvalho Rodrigues** pelas orientações e ideias partilhadas ao longo deste percurso

À **Enfermeira Cláudia Mingote** pela simpatia, disponibilidade, generosidade humana, sentido de amizade e ajuda ao longo da realização deste trabalho.

À **Prof. Doutora Célia Nunes**, pelo apoio e atenção demonstrada, sábios conselhos e transmissão dos conhecimentos necessários para realizar o tratamento estatístico dos dados, que me foi dado ao longo das aulas de apoio individual de bioestatística.

Ao **Doutor Nuno Abreu** por disponibilizar e autorizar a utilização do questionário de satisfação em uso no CHUCB, assim como pelas sugestões na elaboração do questionário para aplicação no estudo.

À **Doutora Rosa Saraiva** pelas ideias e orientações necessárias para conseguir passar as primeiras etapas deste trabalho de investigação.

Ao **Prof. Doutor Ricardo Rodrigues** pela sua ajuda na revisão do questionário e sugestões de melhoria.

Aos **pacientes da Consulta Aberta de Hipertensão Arterial** que generosamente aceitaram responder aos questionários, pois é fruto dessa generosidade que foi possível a obtenção de resultados.

Resumo

Introdução: A Consulta Aberta de Hipertensão Arterial foi criada com intuito de melhorar o acesso dos pacientes com HTA a uma consulta especializada de disponibilidade permanente para promover os conhecimentos, controle e tratamento adequado da mesma. Considerando ser um projeto recente e inovador, suscitou grande interesse avaliar a qualidade dos serviços prestados na referida consulta, na perspectiva dos pacientes, assim como encontrar estratégias de melhoria da qualidade do seu funcionamento.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo-correlacional, tendo se recorrido à aplicação de questionários aos pacientes que recorreram à consulta, no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022, com 86 questionários incluídos na análise dos dados. Para construção do questionário foram considerados os seguintes indicadores de qualidade: índices de satisfação, impacto sobre os conhecimentos dos fatores de risco de HTA, impacto sobre os sintomas e hábitos de risco, adesão à medicação com base na “*Escala de adesão à terapêutica anti-hipertensora de Hill-Bone*”.

Resultados: A média de idades dos participantes foi de 60,1 anos, com distribuição quase equitativa entre os sexos. Em relação à referência, a destacar que 68,6% da amostra foram referenciados pelos profissionais de saúde, seguido de farmácias comunitárias 18,6%. Apenas 1 pessoa foi referenciada através de meios de comunicação social.

Observamos altos índices de satisfação global, com uma média de 4,69 valores numa escala de Likert de 5 pontos. Na satisfação por áreas, os maiores índices de satisfação foram obtidos relativamente aos “cuidados de enfermagem” (4,72 valores) e aos “cuidados médicos” (4,64 valores). Obtiveram-se igualmente os melhores resultados na correlação entre a satisfação global e satisfação por áreas, nessas mesmas áreas. Na avaliação do impacto sobre os conhecimentos dos fatores de riscos de HTA, as frequências das respostas “Soube após a(s) consulta(s)” oscilaram de 10,5% para 45,3% entre 6 informações apresentadas. Mais que metade dos fumadores e consumidores de álcool afirmaram ter cessado ou reduzido a intensidade do(s) hábito(s) nocivo(s). Verificamos altos níveis de adesão à medicação (34,4 valores dos 36 possíveis), sendo que 60,3% cumpriram critério de “adesão perfeita”.

Conclusões: Podemos concluir que a Consulta Aberta de Hipertensão Arterial presta cuidados de qualidade, na qual os cuidados prestados vão ao encontro das expectativas dos pacientes, o que foi confirmado pelos altos índices de satisfação dos mesmos. Além disso, conseguiu impacto positivo sobre conhecimentos dos fatores e hábitos de risco e demonstrou altos índices de adesão após as consultas.

Palavras-chave

Qualidade em Saúde; Satisfação do Paciente; Hipertensão Arterial; Consulta Aberta de Hipertensão Arterial; Adesão à Medicação.

Abstract

Introduction: The Open Consultation for Hypertension was created with the purpose of improving the access of users with hypertension to a specialized consultation of permanent availability to promote knowledge, control, and adequate treatment of hypertension. Considering it is a recent and innovative project, there was great interest in assessing the quality of the services being provided in this consultation from the patient perspective, as well as in finding strategies to improve the quality of its operation.

Materials and methods: This is a cross-sectional and descriptive-correlational study, in which questionnaires were applied to patients who attended the consultation between December 2021 and January 2022, with 86 questionnaires included in the data analysis. The following quality indicators were considered for the construction of the questionnaire: satisfaction indexes, impact on knowledge of HTA risk factors, impact on symptoms and risk habits, compliance to medication based on the “Hill-Bone compliance to High Blood Pressure Therapy Scale”.

Results: The mean age of the participants was equal to 60.1 years, with almost equal distribution in terms of sex. Regarding referral, it should be noted that 68.6% of the sample were referred by health professionals, followed by community pharmacies 18.6%. Only 1 person was referred by social media.

We observed high overall satisfaction scores, with an average of 4.69 values on a 5-point Likert scale. In terms of satisfaction by areas, the highest levels of satisfaction were obtained for “nursing care” (4.72 points) and “medical care” (4.64 points). The best results were also obtained in the correlation between overall satisfaction and satisfaction by areas, in those same areas. In the evaluation of the impact on knowledge of the risk factors for hypertension, the frequencies of the answers "I knew after the consultation(s)" ranged from 10.5% to 45.3% among the 6 facts presented. More than half of smokers and alcohol users reported that they had quit or reduced the intensity of the harmful habit(s). We found high levels of medication compliance (34.4 values out of 36 possible), with 60.3% meeting "perfect compliance" criteria.

Conclusions: We can conclude that the Open Hypertension Consultation provides quality care, in which the care provided meets the patients' expectations, which was confirmed by their high satisfaction rates. In addition, it had a positive impact on knowledge of risk factors and habits and showed high rates of adherence after the consultations.

Keywords

Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Hypertension; Open Consultation for Hypertension; Medication Adherence.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Qualidade em área de saúde	1
1.2 Satisfação como um indicador de qualidade	2
1.3 Hipertensão arterial	3
1.4 Objetivos do estudo e hipóteses a testar	4
2. Materiais e métodos	6
2.1 Caracterização do estudo	6
2.2 Amostra/Participantes	6
2.3 Instrumento de recolha de dados	6
2.4 Considerações éticas	9
2.5 Análise estatística dos dados	9
3. Resultados	11
3.1 Perfil dos inquiridos	11
3.2 Índices de satisfação e probabilidade de recomendação	15
3.3 Impacto sobre os conhecimentos	16
3.4 Impacto sobre os sintomas e hábitos.	17
3.5 Índices de adesão à medicação	18
3.6 Estatísticas inferenciais	19
4. Discussão e conclusões	25
5. Bibliografia	33
6. Anexos	41

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos inquiridos por três faixas etárias	11
Figura 2 - Distribuição dos inquiridos por sexo	12
Figura 3 – Município de residência dos inquiridos	13
Figura 4 – Índices de satisfação global e por áreas	15
Figura 5 – Impacto das consultas sobre os conhecimentos dos fatores e hábitos de risco associados a HTA	16

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Exemplos de indicadores de qualidade conforme as dimensões nucleares da qualidade em saúde	2
Tabela 2 - Análise da consistência interna das construções usadas no questionário	9
Tabela 3 - Estatística descritiva da idade	11
Tabela 4 - Caracterização do estado civil, nível de escolaridade e situação profissional da amostra.	13
Tabela 5 - Caracterização do tipo de consulta, referenciação e história clínica da hipertensão arterial	14
Tabela 6 - Impacto sobre os sintomas e hábitos	17
Tabela 7 - Distribuição das respostas pelos itens na escala de adesão à medicação de Hill-Bone	18
Tabela 8 - Relação entre índices de satisfação por áreas e satisfação global	19
Tabela 9 - Diferença entre o sexo masculino e feminino nos índices de satisfação	20
Tabela 10 - Diferença entre níveis de escolaridade nos índices de satisfação	20
Tabela 11 - Relação entre níveis de escolaridade e índices de satisfação	21
Tabela 12 - Relação entre os índices de satisfação e índices de adesão à medicação	22
Tabela 13 - Diferença entre o sexo masculino e feminino no score de adesão à medicação	23
Tabela 14 - Diferença no score de adesão à medicação conforme faixas etárias	23
Tabela 15 - Relação entre score de adesão à medicação e idade	23

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
HB-HBP	Escala de adesão à terapêutica anti-hipertensora de Hill-Bone
HB-MAS	Escala de adesão à medicação de Hill-Bone
OMS	Organização Mundial de Saúde
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
IOM	Instituto de Medicina
EC	Comissão Europeia
HTA	Hipertensão arterial
PA	Pressão arterial
CSP	Cuidados de Saúde Primários
SNS	Sistema Nacional de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica

1. Introdução

1.1 Qualidade em área de saúde

A possibilidade de receber cuidados de saúde de alta qualidade é um direito de cada pessoa (1,2). Para cumprir esta meta, a avaliação sistemática e consistente da qualidade em saúde tornou-se uma prioridade no planeamento dos sistemas de saúde em vários países, mundialmente, incluindo em Portugal (3,4). Encontrando os seus pontos fracos e trabalhando diretamente com eles, os prestadores dos cuidados, assim como os formadores de políticas de qualidade em sistemas de saúde, promovem a melhoria da qualidade dos serviços (5).

Por ser um conceito teórico, subjetivo e ter vários participantes envolvidos com interesses diferentes, a qualidade em saúde é difícil de definir (2). No entanto, com os esforços de organizações influentes nas últimas décadas como Instituto de Medicina (IOM), Comissão Europeia (EC), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de algumas discrepâncias, conseguiu-se chegar a um consenso sobre as principais dimensões e definição da qualidade nesta área (6). Segundo a última definição da OMS de 2018, os aspetos nucleares da qualidade em saúde incluem a eficácia, segurança do paciente e cuidados centrados nas pessoas, enquanto outros dizem respeito à oportunidade, equidade, eficiência e integralidade (6). Em Portugal, estes aspetos são também definidos como dimensões da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), referidos na Lei de Bases de Saúde de 2019 (1).

Para além da definição do conceito, são necessários indicadores precisos que permitirão mensurar as dimensões da qualidade (7), sendo que a forma mais frequentemente usada na sua classificação é a tríade de Donabedian, que os divide em indicadores de estrutura, processo e resultado (*outcome*) (7). Num trabalho conjunto da OMS e OECD de 2019, foram exemplificados os indicadores de qualidade desta categorização que refletem as dimensões nucleares mencionadas (Tabela 1) (8). Em geral, os indicadores de estrutura avaliam a adequação das instalações e equipamentos, composição e qualificação da equipa médica, estruturas administrativas, etc. (8). Os indicadores de processo são utilizados para avaliar se as ações que indicam cuidados de alta qualidade, geralmente baseadas em evidência científica, são cumpridas durante a prestação do serviço (8). Por fim, os indicadores de *outcome* avaliam se os serviços de saúde ajudam as pessoas a permanecerem vivas e saudáveis e são altamente relevantes para os pacientes (8).

Outra forma de classificar os indicadores de qualidade consiste na distinção entre indicadores genéricos (relevantes a todos os pacientes) e específicos para a doença (relevantes apenas para os pacientes com diagnóstico específico) (8).

Tabela 1

Exemplos de indicadores de qualidade conforme as dimensões nucleares da qualidade em saúde

Dimensões da qualidade	Tríade de Donabedian		
	Estrutura	Processo	Outcome
<i>Eficácia</i>	Disponibilidade de profissionais e equipamentos	Aspirina na admissão para pacientes com enfarto agudo do miocárdio	Taxa de readmissão hospitalar
	Despesas associadas ao treinamento dos funcionários	Vacinação contra o HPV para adolescentes do sexo feminino	Taxa de mortalidade em cirurgia cardíaca
		β -bloqueantes depois de enfarto de miocárdio	Taxa de readmissões hospitalares preveníveis
			Atividades do dia a dia
		Medidas de resultados relatadas pelo paciente	
<i>Segurança do paciente</i>	Disponibilidade de medicamentos seguros	Uso de <i>checklist</i> para a cirurgia segura	Complicações de diagnóstico e tratamento
	Volume de cirurgias realizadas	Cumprimento das <i>guidelines</i> de higiene das mãos	Incidência de infecções nosocomiais
		Taxas de testes falso-positivos nos rastreios de cancro	Corpo estranho deixado após procedimento
<i>Cuidados centrados nas pessoas</i>	Direitos dos pacientes	Tempo suficiente que um médico regular passa com os pacientes durante a consulta	Atividades do dia a dia
	Disponibilidade de informações do paciente	Medidas de experiência relatada pelo paciente	Satisfação do paciente
			Vontade de recomendar o serviço/hospital
		Medidas de resultados relatados pelo paciente	

Fonte: Traduzido de Busse et al., editors, *Improving healthcare quality in Europe*, WHO e OECD, 2019 (8)

1.2 Satisfação do paciente como um indicador de qualidade

Sendo um indicador de qualidade que reflete cuidados centrados nas pessoas, a avaliação da satisfação do paciente permite identificar quais são as necessidades ou expectativas não atendidas do paciente, indicando o que pode ser melhorado nos serviços de saúde (9,10). Este indicador é amplamente usado em diferentes países de Europa, sendo um dos indicadores necessários nas questões de financiamento e avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de saúde primários (CSP), como é o caso de Portugal (11).

A satisfação do paciente na área de saúde resulta de um conjunto complexo de diferentes fatores que devem ser considerados na sua avaliação(12). Por um lado, condiciona-se pela coordenação dos vários serviços, como medicina, enfermagem, secretariado, organização do ambiente, etc. (12) e por outro, pode ser afetado por características da personalidade/psicológicas, sociodemográficas, socioeconómicas, estado de saúde, seus antecedentes e outras (13). Ou seja, a satisfação como um indicador de *outcome*, possui a desvantagem de poder ser influenciada por fatores fora do âmbito hospitalar (8).

Além de refletir a qualidade, a satisfação com os serviços prestados condiciona uma maior confiança na equipa médica e uma maior probabilidade de aderir às recomendações e regimes de tratamento (14,15). Alguns estudos apontam que a satisfação dos pacientes com os serviços prestados está relacionada com a maior probabilidade da pessoa voltar aos mesmos (14,16), permitindo assim a continuidade dos cuidados, que constitui um fator crucial no seguimento e controlo das doenças crónicas, como o caso da hipertensão arterial (HTA) (17).

1.3 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é, atualmente, o líder a nível mundial entre os diversos fatores de risco que levam a mortalidade prematura e incapacidade (18,19). Com base nos estudos realizados na última década, a prevalência da HTA em Portugal varia entre 36 % (estudo INSEF, 2015, 25-74 anos) e 42,2% (estudo PHYSA, 2012, 18-99 anos) (20,21), enquanto no Concelho do Covilhã a prevalência demonstrou ser ainda mais alta – 56,0% (22). Além de prevalência elevada, existem muitos pacientes que apresentam níveis de pressão arterial (PA) fora dos alvos terapêuticos, e, de acordo com o estudo PRECISE, entre os pacientes seguidos nos cuidados de saúde primários, apenas 56,7% encontram-se controlados (23).

Os indicadores de qualidade referentes à HTA são mencionados no documento “HEARTS” da OMS, que faz parte do programa “Global Hearts Initiatives” na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares nos CSP, destacando-se como indicador nuclear ao nível de estabelecimento de saúde, a prevalência de HTA controlada nos pacientes tratados durante 6 meses (24). No entanto, no relatório da sessão virtual da WHO de 2021 em que foram discutidos os indicadores de qualidade usados no programa anterior, a avaliação sistemática de adesão à terapêutica foi proposta como um indicador adicional na avaliação da qualidade de cuidados referentes à HTA, além de necessidade de desenvolver indicadores de promoção de saúde e modificação do estilo de vida (25). Tal decisão pode basear-se no

facto que o problema de baixa adesão à terapêutica e recomendações continua a constituir uma das principais causas de falta de controlo da HTA (15,26).

As formas mais objetivas de medir a adesão à terapêutica incluem taxa de aviamento das receitas, observação direta de toma da medicação, monitorização eletrónica, determinação do princípio ativo ou metabolitos no sangue ou urina, entre outros (27). No entanto, estes métodos muitas vezes são mais dispendiosos, consumidores de tempo e invasivos (28). Uma das formas indiretas, porém, fáceis e rápidas de medir a adesão à terapêutica, consiste na aplicação de questionários de autoavaliação (p.ex. “Escala de adesão à terapêutica anti-hipertensora de Hill-Bone”, “Escala de adesão à medicação de Morisky-Green” e outros) (29–31).

A abordagem da HTA inclui sempre medidas não-farmacológicas sobre os fatores de risco, enquanto a associação ou não do tratamento medicamentoso depende do grau de HTA e do risco cardiovascular apresentado pelo paciente (32).

Os fatores modificáveis que demonstraram ter associação à PA elevada e pior controlo da HTA, tornando-se alvos de intervenção, incluem a baixa atividade física, dieta rica em gorduras polinsaturadas, com baixo teor de potássio e fibras, o excesso de peso, o consumo excessivo de sal, e, por fim, os hábitos tabágicos e o consumo de álcool (32,33). Infelizmente, apenas a minoria dos adultos modifica o seu estilo de vida depois de diagnóstico de HTA (34), ainda que a sustentação das medidas implementadas, sem um acompanhamento adequado, demonstrou ser difícil (35). Uma das estratégias para melhorar a adesão às recomendações de um estilo de vida saudável consiste em aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a HTA e seus fatores de risco, o que demonstrou ter uma relação positiva em alguns estudos consultados (36–38).

As consultas dirigidas ao paciente com HTA constituem a principal via, através da qual os profissionais de saúde podem influenciar a modificação dos fatores e hábitos de risco mencionados, ajudar desenvolver a motivação e sustentar as iniciativas benéficas, aumentar os conhecimentos dos pacientes e a adesão à terapêutica, conseguindo assim um melhor controlo da doença e diminuição do risco cardiovascular.

1.4 Objetivos do estudo e hipóteses a testar

Com o propósito de facilitar o acesso à ajuda médica especializada, aumentar a cobertura assistencial aos pacientes com HTA não controlada, assim como diminuir a ocorrência de pacientes com crises hipertensivas ao serviço de urgência, foi criada a

Consulta Aberta de HTA do Centro Hospitalar Universitário da Cova Beira (CHUCB) com o início de funcionamento em junho de 2020. Considerando ser um projeto recente e inovador, suscitou grande interesse avaliar a qualidade dos serviços prestados na referida consultada, na perspetiva dos pacientes, sendo este o principal objetivo deste estudo. Tendo como ponto de partida a avaliação da satisfação dos pacientes, como um indicador geral de qualidade, e prosseguindo com indicadores mais específicos para a HTA, como os conhecimentos referentes à doença, mudanças em hábitos e adesão à terapêutica após as consultas, pretende-se encontrar estratégias de melhoria da qualidade do seu funcionamento. Como um objetivo secundário, pretendeu-se verificar se existe uma relação entre a satisfação do paciente e adesão à terapêutica.

Hipótese 1: Os cuidados prestados pela Consulta Aberta de HTA são de qualidade

Questão 1.1: Quais são os níveis de satisfação dos pacientes da Consulta Aberta de HTA?

Questão 1.2: Quais são os fatores que se melhor correlacionam com os índices de satisfação?

Hipótese 1.3: Conseguiu-se impacto positivo sobre os conhecimentos dos fatores de risco/alívio dos sintomas/mudança nos hábitos de risco nos pacientes da Consulta Aberta de HTA

Questão 1.4: Quais são os níveis de adesão à terapêutica dos pacientes após recorrerem às consultas?

Questão 1.5: Existe uma relação entre os níveis de adesão à terapêutica e fatores como idade, sexo, nível de escolaridade?

Questão 2: Existe uma relação entre os índices de adesão à terapêutica e os índices de satisfação?

2. Materiais e métodos

2.1 Caracterização do estudo

Tendo em conta os objetivos definidos, o presente estudo enquadra-se na investigação quantitativa, de tipo descritivo-correlacional e transversal.

2.2 Amostra/Participantes

O presente estudo foi realizado entre dezembro de 2021 e março de 2022 numa amostra probabilística de conveniência, constituída por pacientes que frequentaram uma ou mais consultas, na Consulta Aberta de HTA do CHUCB. Até o fim deste período, foram aplicados 89 questionários, sendo que 3 foram excluídos por falta de respostas em várias partes do questionário, totalizando em 86 questionários incluídos na análise dos dados.

De salientar que para concretização da “Parte 4” do questionário foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- Pacientes que só frequentaram 1 consulta;
- Diagnóstico de HTA não estabelecido ao longo de 2 consultas

Assim sendo, na análise da “Parte 4” foram considerados apenas 68 inquiridos.

2.3 Instrumento de recolha dos dados

Para proceder à recolha de dados optou-se pela aplicação de um questionário de autopreenchimento em formato de papel, constituído por quatro partes, construído com base em *guidelines* atuais e artigos científicos de HTA bem como em escalas de avaliação da satisfação (Anexo 2).

Na “**Parte 1**”, pretendeu-se avaliar algumas características sociodemográficas tais como a idade, o sexo, freguesia em que reside, estado civil, nível de escolaridade situação profissional, assim como informações acerca da referenciação para a consulta, diagnóstico prévio da HTA, há quanto tempo tem a doença, por quem foi diagnosticada, o seguimento prévio e número de vezes que se dirigiu ao serviço de urgência por crise hipertensiva antes de recorrer à Consulta Aberta de HTA. Procurou-se ainda, nesta parte do questionário, fazer a distinção entre os pacientes que frequentaram apenas uma consulta, daqueles que voltaram para a consulta subsequente.

Na “**Parte 2**”, recorreu-se ao questionário de satisfação desenvolvido pelo gabinete de cidadão do CHUCB, cujos parâmetros de satisfação foram divididos em 4 áreas, avaliando as experiências do paciente conforme o percurso dentro do hospital: secretariado das consultas (5 itens), cuidados de enfermagem (7 itens), cuidados médicos (7 itens), ambiente da sala de espera e do gabinete da consulta (6 itens). Foram ainda formuladas questões sobre a satisfação global e possibilidade de recomendação da consulta a outras pessoas. Todas as perguntas anteriores, com exceção da probabilidade de recomendação (pergunta dicotómica), foram construídas com base na escala de Likert de 5 pontos.

Na “**Parte 3**”, avaliou-se o impacto da(s) consulta(s) sobre os conhecimentos dos fatores e hábitos de risco associados a HTA. Aos participantes foram apresentadas informações baseadas nas últimas *guidelines* da Sociedade Europeia de Hipertensão (32), com 3 opções de resposta: “sabia antes”, “soube após Consulta Aberta de HTA” e “soube agora, durante o inquérito”.

Na “**Parte 4**”, que se destinou apenas aos pacientes que tiveram 2 ou mais consultas, avaliou-se o impacto da Consulta Aberta de HTA através dos seguintes parâmetros: persistência, diminuição ou desaparecimento dos sintomas associados à HTA, início do exercício físico regular, vigilância da pressão arterial fora das consultas, redução ou cessação dos hábitos tabágicos e alcoólicos. Recorreu-se ainda nesta parte, à *Escala de adesão à terapêutica anti-hipertensora de Hill-Bone* (HB-HBP) adaptada à população portuguesa(30), que avalia a adesão dos pacientes às recomendações e terapêuticas implementadas na consulta com base na frequência de ocorrência de 14 padrões de comportamento predefinidos. Os 14 itens são respondidos mediante uma escala de *Likert* de 4 pontos. O score global, segundo as recomendações dos autores da escala original, é calculado através da soma de pontuação de todas as perguntas com um máximo de 56 valores, em que o maior seja o score, a maior seja a adesão à terapêutica e recomendações prevista. A escala permite calcular os subscores de adesão à medicação (9 perguntas, score máximo de 36 valores), consumo de sal (3 perguntas, score máximo de 12 valores) e manutenção de compromissos (2 perguntas, score máximo de 8 valores). Os autores da escala original não definiram critérios clinicamente significativos na distinção de doentes “cumpridores” e “não cumpridores” (31), no entanto, nos estudos seguintes, vários autores usaram um critério de “adesão perfeita”, que se definia como pontuação máxima em todos os itens(27,28,39–41).

No final do questionário, procurou-se obter sugestões e observações facultadas pelos pacientes, no sentido de contribuírem para melhorar os serviços prestados na consulta, tendo-se formulado uma pergunta aberta.

Após esclarecidos os pacientes acerca dos objetivos do estudo e assinado o consentimento informado (Anexo 3), os questionários impressos foram entregues aos pacientes presentes na consulta, pela Enfermeira alocada a esta consulta, no final da mesma, em ambiente calmo e acolhedor. Após o seu preenchimento, o mesmo foi colocado num envelope e fechado, cumprindo as regras de confidencialidade e anonimato.

Com o intuito de avaliar a confiabilidade das construções usadas no questionário, recorreu-se a análise da consistência interna por *alfa de Cronbach* (α). Considera-se que uma boa confiabilidade se traduz num valor *alfa de Cronbach* (α) ≥ 0.70 (42). No presente estudo, no que se refere aos índices de satisfação, todas as dimensões demonstraram ter um valor de α ≥ 0.70 , com uma variação de 0.880 a 0.971 (Tabela 1). Relativamente aos índices de adesão, o score global da HB-HBP demonstrou um valor de α igual a 0.631. Dentro dos subscores da HB-HBP, uma boa confiabilidade foi demonstrada pelo subscore de “adesão à medicação” ($\alpha = 0.717$). Contrariamente, os subscores “consumo de sal” e “manutenção de compromissos” apresentaram valores *alfa de Cronbach* (α) < 0.60 .

A *Escala de Hill-Bone* é uma das escalas de adesão à terapêutica mais amplamente utilizadas, que foi validada em vários ambientes e populações, incluindo afro-americanos, alemães, turcos, sul-coreanos e outras (28,31,40,41,43). Relativamente às características de confiabilidade apresentados pelos autores originais de escala, baseado no coeficiente de *alfa de Cronbach*, os coeficientes oscilaram entre 0,74-0,84 para escala geral, enquanto para os subscores os mesmos coeficientes não foram apresentados. No entanto, embora a subescala de adesão à medicação tenha se mostrado significativamente associada ao controle da pressão arterial, as outras subescalas mostraram consistentemente baixa validade e confiabilidade interna em estudos subsequentes de adaptação e validação (27,28,40,43). Na Turquia, os resultados de validação demonstraram um valor de *alfa de Cronbach* igual a 0,83 para adesão à medicação, 0,62 para itens de consumo de sal e 0,72 para toda a escala de HB-HBP, enquanto a subescala “manutenção de compromissos” foi excluída (40). No estudo de avaliação psicométrica da escala nos americanos coreanos em Estados Unidos, acabaram por utilizar a versão reduzida da escala original, que incluiu apenas os itens sobre a adesão à medicação e que demonstrou um coeficiente de *alfa de Cronbach* (α) entre 0,77-0,80 (41). Num outro estudo realizado por Krousel-Wood et al., após uso da escala original, concluíram que apenas a subescala de adesão à medicação demonstra resultados confiáveis (*alfa de Cronbach* = 0,68). Em Portugal, a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa da HB-HBP não passou pelo processo de validação após a tradução, não se encontrando, portanto, os dados psicométricos disponíveis.

Como consequência dos resultados de confiabilidade obtidos neste estudo, resolveu-se incluir na análise e discussão dos dados, apenas os resultados do subscore “adesão à

medicação”, que acaba por representar a versão reduzida da escala original - *Escala de adesão à medicação de Hill-Bone (HB-MAS)*, proposta pelos autores originais como uma das opções alternativas.

Tabela 2

Análise da consistência interna das construções usadas no questionário

Construções	Nº de itens	Alfa de Cronbach (α)	Correlação entre itens, média
Satisfação por secretariado da consulta	5	.880	0.621
Satisfação por cuidados de enfermagem	7	.971	0.835
Satisfação por cuidados médicos	7	.952	0.763
Satisfação por ambiente	6	.931	0.696
Score global da HB-HBP	14	.631	0.149
Subscore de adesão à medicação	9	.717	0.212
Subscore de consumo de sal	3	0.451	0.180
Subscore de manutenção de compromissos	2	-.026	-0.046

2.4 Considerações éticas

A aplicação dos questionários teve início em dezembro de 2021 após autorização do Conselho de Administração, da Comissão de Ética para a Saúde e do responsável da Consulta Aberta de HTA do CHUCB (Anexos 4 e 5).

Foi ainda formalizado um pedido de autorização aos autores responsáveis pela versão original da Escala de Hill-Bone, assim como ao autor principal da sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, tendo-se obtido parecer favorável de ambos (Anexos 6 e 7).

2.5 Análise estatística dos dados

Após a organização e codificação dos questionários, foi realizado o seu tratamento estatístico, através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 28.00, tendo sido considerada uma significância estatística de 5%.

Na caracterização do perfil dos inquiridos, índices de satisfação, impacto sobre os conhecimentos/sintomas/hábitos e índices de adesão à terapêutica recorreu-se aos métodos de estatística descritiva como: frequência, percentagem (variáveis qualitativas), média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo (variáveis quantitativas).

Para analisar a normalidade dos dados recorreu-se ao teste *Shapiro-Wilk* ($n < 30$) ou testes de *Kolmogorov-Smirnov* ($n \geq 30$) (Anexos 8 e 9). No entanto, como a normalidade não se verificou, optou-se por usar metodologias não-paramétricas, como o coeficiente de correlação de *Spearman* para relacionar variáveis ordinais e quantitativas, teste *U de Mann-Whitney* para comparar duas amostras independentes e teste de *Kruskal-Wallis* quando se afigurou necessário comparar mais do que duas amostras independentes.

Como critério para classificar a correlação entre as variáveis, adotamos o seguinte: **(1)** uma associação muito baixa, para valores inferiores a 0.19; **(2)** uma associação baixa, para valores entre 0.20 e 0.29; **(3)** uma associação moderada, para valores entre 0.30 e 0.69; **(4)** uma associação elevada, para valores entre 0.70 e 0.89; e **(5)** uma associação muito elevada, para valores superiores a 0.89 (44).

3. Resultados

3.1 Perfil dos inquiridos

3.1.1 Idade

No que se refere à idade, verificou-se que os inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 33 e 89 anos, sendo a média de idades 59,1 ($\pm 11,8$) anos e mediana de 57,0 anos (Tabela 3). Constatou-se, também, que a maioria dos inquiridos (51,2%), tem idades compreendidas entre 45 e 64 anos, seguidos de 37,2% (32 indivíduos) que se encontravam na faixa etária superior a 65 anos. De salientar que apenas 10 inquiridos (11,6%) tinham idade inferior a 44 anos (Figura 1).

Tabela 3

Estatística descritiva da idade

Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
59,1	11,8	57,0	33	89

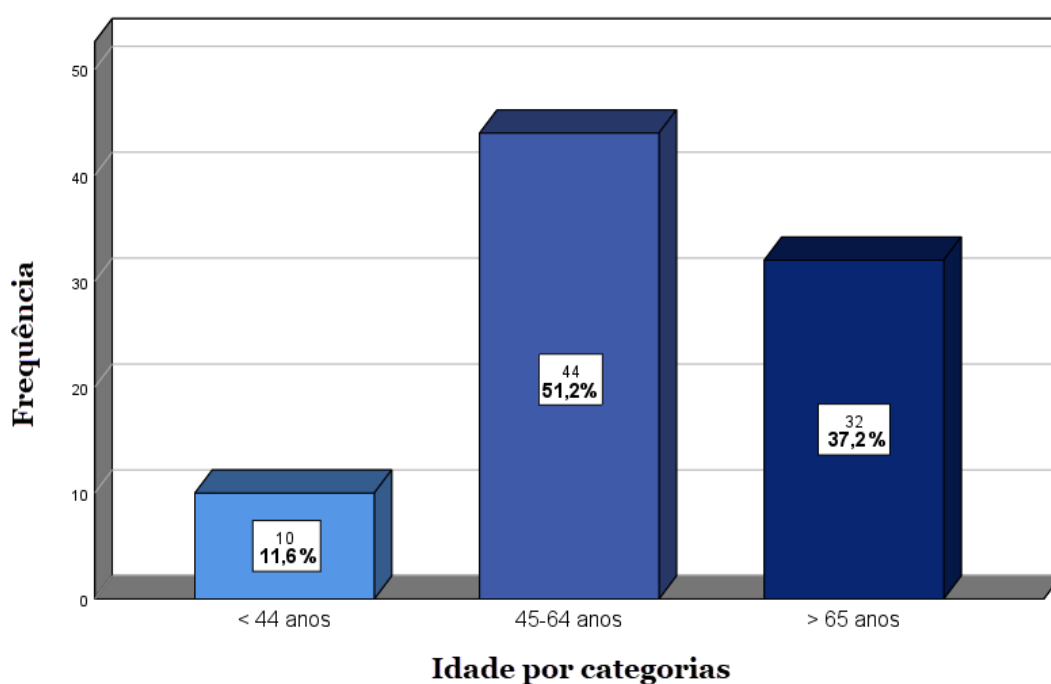


Figura 1 - Distribuição dos inquiridos por 3 faixas etárias

3.1.2 Sexo

Ao avaliar a distribuição por sexo, observamos que houve uma maior prevalência do sexo masculino (53,5 %), comparativamente ao sexo feminino (46,5%) (Figura 2).

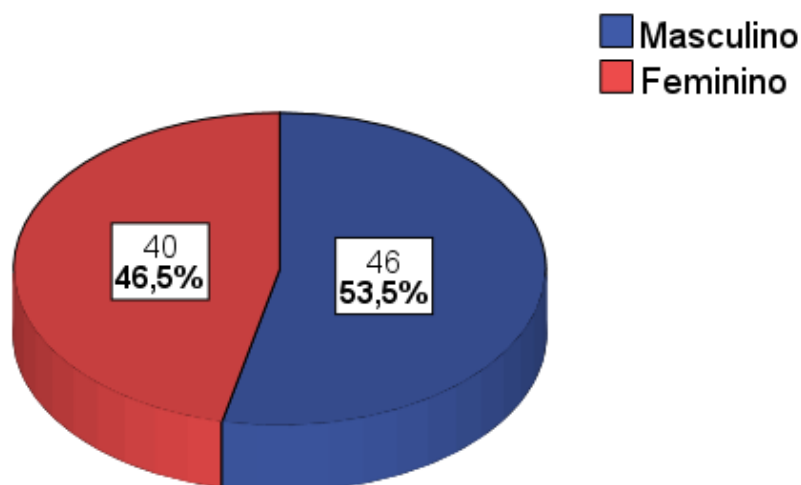


Figura 2 - Distribuição dos inquiridos por sexo

3.1.3 Estado civil, nível de escolaridade e situação profissional

Em relação ao estado civil, foi observado que a maioria dos inquiridos se encontram casados (74,4%), enquanto 8,1 % separados/divorciados, 7,0 % viúvos, 5,8 % em união de facto e 4,7 % referiram ser solteiros (Tabela 4).

No que se refere a escolaridade na nossa amostra, observamos que escolaridade obrigatória tinha 43 % da amostra (37 indivíduos), que incluiu 27,9 % (24 indivíduos) com ensino secundário e 15,1 % (13 indivíduos) com ensino superior. Entre os inquiridos com escolaridade insuficiente, a maioria tinha escolaridade até 1º ciclo – 26,7 % (23 indivíduos) (Tabela 4).

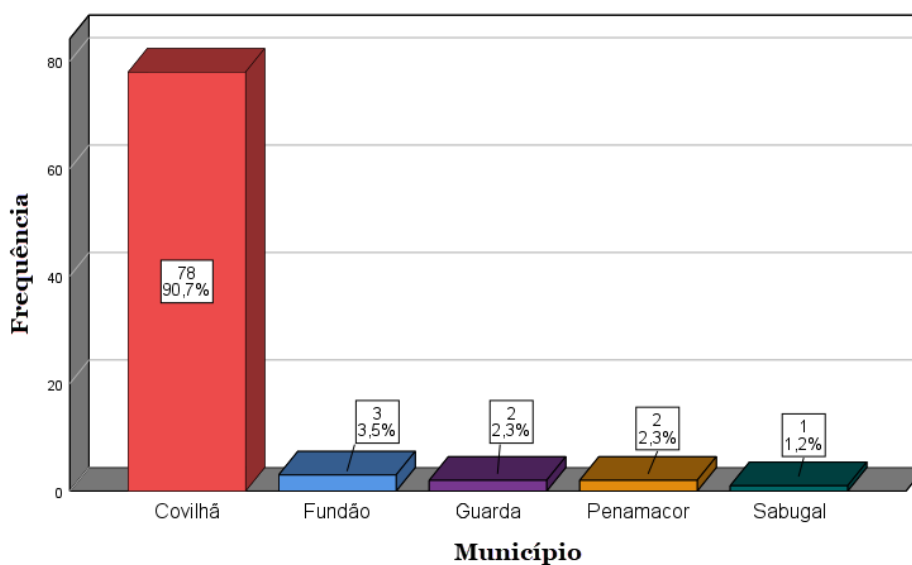
Em relação a situação profissional, verificou-se que 53,4 % (46 indivíduos) dos inquiridos encontram-se empregados e 40,7 % (35 indivíduos) reformados (Tabela 4).

Tabela 4*Caracterização do estado civil, nível de escolaridade e situação profissional da amostra.*

		<i>n</i> = 86	%
Estado civil	Casado (a)	64	74,4
	Separado(a)/Divorciado	7	8,1
	União de facto	5	5,8
	Viúvo	6	7,0
	Solteiro(a)	4	4,7
Escolaridade	Até 1º ciclo	23	26,7
	Até 2º ciclo	11	12,8
	Até 3º ciclo	15	17,4
	Ensino secundário	24	27,9
	Ensino superior	13	15,1
Situação profissional	Trab. por conta de outrem	39	45,3
	Reformado	35	40,7
	Trab. por conta própria	7	8,1
	Desempregado	3	3,5
	Outro	2	2,3

3.1.4 Residência

A maioria dos inquiridos residem no município de Covilhã – 90,7 % (78 indivíduos), enquanto os restantes são dos municípios de Fundão, Guarda, Penamacor e Sabugal (Figura 3). Uma distribuição mais pormenorizada dos inquiridos (por freguesias) encontra-se em Anexo 10.

**Figura 3** – Município de residência dos inquiridos

3.1.5 Tipo de consulta, referência e história de HTA

Relativamente ao tipo de consulta, observou-se que a maioria da amostra (80,2 %), recorreu a mais que uma consulta e, apenas 19,8 % frequentaram apenas uma consulta (Tabela 5).

No que concerne ao meio como foram referenciados para a consulta, a maioria dos inquiridos (47,7%) foram referenciados por outros profissionais de saúde do CHUCB (não incluem os profissionais do SU do CHUCB) seguindo-se 18,6 % que foram referenciados por farmácias comunitárias e 15,1 % através do Médico de família. De salientar que apenas 5,8% foram referenciados por profissionais de saúde do SU e apenas 1 inquirido foi referenciado pelos meios de comunicação social (Tabela 5).

Para analisar a história de HTA dos inquiridos, efetuou-se uma distinção entre indivíduos em que o diagnóstico de HTA foi estabelecido pela primeira vez no decorrer da(s) consulta(s) aberta(s) de hipertensão e os que tinham um diagnóstico prévio à consulta. Verificou-se que 55,8 % dos inquiridos já tinham o diagnóstico de HTA prévio à 1ª consulta e, destes, apenas 6,3 % (3 indivíduos) não tinham acompanhamento por parte de profissionais de saúde e cerca de 66,7% (32 indivíduos) nunca recorreram ao SU por crise hipertensiva. Obteve-se ainda, que estes pacientes apresentam uma média de 10,0 ($\pm 8,4$) anos com diagnóstico de HTA estabelecido (Tabela 5).

Tabela 5

Caracterização do tipo de consulta, referência e história da HTA

		HTA previamente diagnosticada/acompanhada	N = 86	%	M	DP
Tipo de consulta	1ª consulta	Não	10	11,6		
		Sim	7	8,1		
	Consulta subsequente	Não	28	32,6		
		Sim	41	47,7		
Referenciamento	Médico de família		13	15,1		
	Outro profissional de saúde		41	47,7		
	Serviço de urgência		5	5,8		
	Por indicação de outro paciente		7	8,1		
	Farmácia		16	18,6		
	Meios de comunicação social		1	1,2		
	Outras vias (não especificado)		3	3,5		
<i>Apenas pacientes com HTA previamente diagnosticada/acompanhada (N = 48):</i>						
Anos com HTA					10,0	8,4
Seguimento por profissional de saúde	Não		3	6,3		
	Sim		45	93,8		
SU por crise hipertensiva	Não		32	66,7		
	1 vez		8	16,7		
	2 vezes		4	8,3		
	>3 vezes		4	8,3		

3.2 Índices de satisfação e probabilidade de recomendação

Relativamente aos índices de satisfação, observamos altos índices de satisfação global, tendo-se obtido uma média de 4.69 valores na escala de *Likert* de 5 pontos. Para avaliar a satisfação por áreas, foi calculada uma média dos itens correspondentes a cada área. Os maiores índices de satisfação foram apresentados com as áreas “cuidados de enfermagem” (4,72 valores) e “cuidados médicos” (4,64 valores), seguido do “ambiente” da consulta (4,49 valores) e por fim com o “secretariado” das consultas (4,35 valores) (Figura 4).

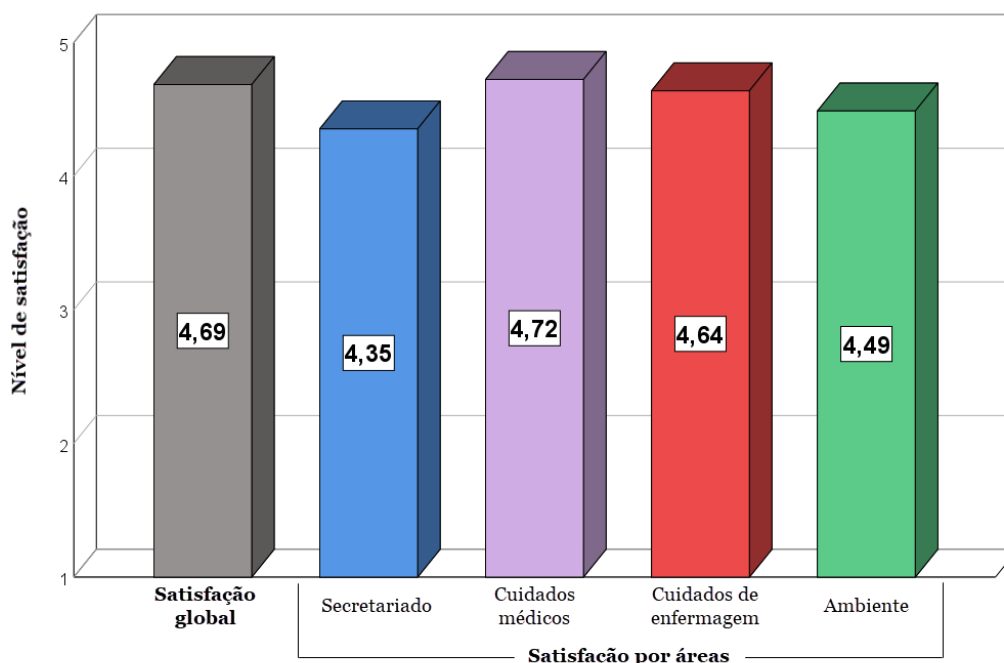


Figura 4 – Índices de satisfação global e por áreas

Na satisfação por “cuidados de enfermagem”, foi revelada maior pontuação na cordialidade e simpatia demonstrada (4,76 valores) e menor pontuação com as explicações sobre os tratamentos e ensinamentos realizados (4,70 valores). No que se refere aos parâmetros de satisfação por “cuidados médicos”, a maior pontuação foi observada com a cortesia e simpatia do médico para o paciente (4,71 valores), enquanto a menor com o tempo dedicado durante a consulta (4,52 valores). Nos índices de satisfação por “ambiente”, as pessoas ficaram mais satisfeitas com a limpeza e conforto do gabinete da Consulta Aberta de HTA (4,59 e 4,56 valores respetivamente), relativamente à limpeza e conforto da sala de espera (4,40 e 4,30 valores respetivamente). Na satisfação por “secretariado”, a maior pontuação foi relativa à atenção e disponibilidade demonstrada (4,36 valores) enquanto a menor se

relacionou com cordialidade e simpatia dos funcionários (4,30 valores) (Anexo 11). Mais que 50% das respostas foram distribuídas entre opções “Satisfeito” e “Muito satisfeito”.

No que concerne à probabilidade de recomendação da Consulta Aberta de HTA aos familiares e amigos, todos os inquiridos (86 indivíduos) responderam positivamente.

3.3 Impacto sobre os conhecimentos

Ao analisar os resultados do impacto da Consulta Aberta de HTA, sobre a literacia relativamente aos fatores e hábitos de risco associados a HTA, verificou-se que o maior impacto conseguiu-se sobre os conhecimentos dos princípios da dieta saudável (“Consumo dos produtos ricos em potássio, como legumes, frutos, nozes, cereais diminui a pressão arterial e o risco das complicações cardiovasculares”) e do risco de baixa atividade física, em que 45,3% e 30,2% dos inquiridos respetivamente referiram que souberam estas informações após a consulta. O menor impacto foi conseguido sobre o risco de consumo excessivo de sal e tabagismo (ambos com 10,5%), uma vez que 86% dos inquiridos já tinha conhecimento desses riscos. De referir ainda, que entre 3,5% e 9,3% dos inquiridos reconheceram ter aumentado a sua literacia sobre os fatores e hábitos de risco, durante o preenchimento do questionário (Figura 5).

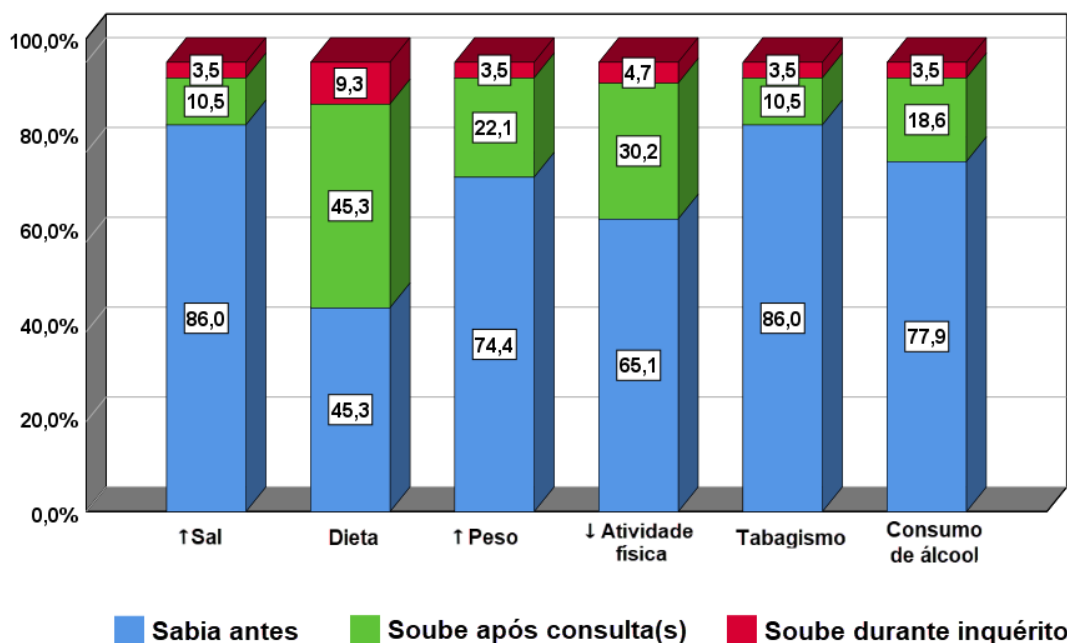


Figura 5 – Impacto das consultas sobre os conhecimentos dos fatores e hábitos de risco associados a HTA

3.4 Impacto sobre os sintomas e hábitos

Remetendo à metodologia deste estudo, a “Parte 4” destinou-se apenas aos inquiridos que tiveram duas ou mais consultas e o que levou a um total de 68 inquiridos.

Dos 46 inquiridos que referiram ter sintomas que associavam a HTA antes da 1ª consulta, 45 responderam positivamente sobre a diminuição ou desaparecimento dos mesmos ao longo das consultas. Em relação aos hábitos de risco, dos 16 inquiridos que afirmaram ser fumadores, 11 deixaram ou reduziram o consumo de tabaco. Ao mesmo tempo, dos 26 inquiridos que confirmaram consumir bebidas alcoólicas, 18 indicaram que deixaram ou reduziram o referido consumo. Ao perguntar sobre a vigilância regular da PA fora das consultas, 61 inquiridos responderam positivamente, sendo que 53 destes indicaram realizar medições em casa.

Tabela 6
Impacto sobre os sintomas e hábitos

		N	%
1. Antes de vir à 1ª Consulta Aberta de HTA, tinha sintomas que associava à hipertensão arterial?	Não	23	33,3%
	Sim	46	66,7%
• Se sim, acha ter desaparecido ou diminuída a intensidade dos sintomas que associava a hipertensão arterial após recomendações ou tratamento instituído?	Não	1	2,2%
	Sim	45	97,8%
2. Tem vigiado regularmente a sua pressão arterial fora das consultas?	Não	8	11,6%
	Sim	61	88,4%
• Se sim, indique como:	Em casa	53	85,5%
	Farmácia	5	8,1%
	Farmácia e em casa	1	1,6%
	Por outra via: Trabalho	2	3,2%
	Por outra via: Telemonitorização	1	1,6%
3. Iniciou prática de exercício físico regular?	Não	37	53,6%
	Sim	32	46,4%
4. É fumador?	Não	53	76,8%
	Sim	16	23,2%
• Se sim, deixou de fumar ou reduziu o consumo de tabaco seguindo as recomendações dadas na consulta?	Não	6	35,3%
	Sim	11	64,7%
5. Consome bebidas alcoólicas?	Não	42	61,8%
	Sim	26	38,2%
• Se sim, deixou ou reduziu o consumo de bebidas alcoólicas seguindo as recomendações dadas na consulta?	Não	10	35,7%
	Sim	18	64,3%

3.5 Índices de adesão à medicação

Na tabela 7 estão descritos os scores de adesão à medicação, assim como a distribuição das respostas pelos itens. Verificamos altos índices de score global médio – 34,43 valores dos 36 máximos possíveis, em que quanto maior a pontuação obtida, maior a adesão à medicação. Acresce ainda, que 41 inquiridos (60,3%) cumpriram critério de adesão perfeita, que se definia como a obtenção da pontuação máxima em todos os itens. O melhor score foi obtido na pergunta “Tomo os comprimidos da hipertensão de outra pessoa” com média de 3,99 valores, enquanto o menor score se verificou na pergunta “Antes de ir ao médico tomo os comprimidos da hipertensão” com média de 3,32 valores. Mais que 50% das respostas em cada item obteve maior pontuação possível.

Tabela 7
Distribuição das respostas pelos itens na escala de adesão à medicação de Hill-Bone

Pergunta: Com que frequência ...	Resposta, n (%)			
	Sempre	Algumas vezes	Muitas vezes	Nunca
1. Esqueço-me de tomar a medicação da hipertensão	0 (0,0%)	1 (1,5%)	10 (14,7%)	57 (83,8%)
2. Decido NÃO tomar a medicação da hipertensão	0 (0,0%)	1 (1,5%)	2 (2,9%)	65 (95,6%)
8. Esqueço-me de aviar receitas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (7,4%)	63 (92,6%)
9. Deixo acabar os comprimidos da hipertensão	1 (1,5%)	0 (0,0%)	6 (8,8%)	61 (89,7%)
10. Antes de ir ao médico tomo os comprimidos da hipertensão ^{a*}	52 (76,5%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	15 (22,1%)
11. Quando me sinto melhor, paro de tomar os comprimidos da hipertensão	2 (2,9%)	0 (0,0%)	3 (4,4%)	63 (92,6%)
12. Quando me sinto paciente, paro de tomar os comprimidos de hipertensão	1 (1,5%)	0 (0,0%)	3 (4,4%)	64 (94,1%)
13. Tomo os comprimidos da hipertensão de outra pessoa	0(0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	67 (98,5%)
14. Por descuido, falho tomas dos comprimidos da hipertensão	1 (1,5%)	1 (1,5%)	10 (14,7%)	56 (82,4%)
Percentagem total de adesão perfeita ^{b*} , n (%)			41 (60,3 %)	
Pontuação média, <i>média</i> ($\pm DP$) ^{c*}			34,43 ($\pm 2,45$)	

a* - codificação reversa

b* - Adesão perfeita – todos os itens com resposta “Nunca”, com exceção do item 10 (“Sempre”)

c* - pontuação máxima - 36 pontos

3.6 Estatísticas inferenciais

3.5.1 Satisfação global e satisfação por áreas

No sentido de analisar a correlação entre a satisfação global e satisfação por áreas, como se pode observar na tabela 8, obtiveram-se os melhores resultados na área dos “cuidados médicos” ($|r| = 0,603$, $p < 0,001$) e “cuidados de enfermagem” ($|r| = 0,593$, $p < 0,001$), seguido da satisfação com o “ambiente” ($|r| = 0,497$, $p < 0,001$), enquanto a relação com a satisfação por “secretariado” foi menos forte ($|r| = 0,305$, $p < 0,001$).

Tabela 8

Relação entre índices de satisfação por áreas e satisfação global

	Satisfação por áreas	Coefficiente de correlação	p-value ^{#1}	Direção	Força
Satisfação global	Secretariado	0.305	0.004*	Positiva	Baixa
	Cuidados de enfermagem	0.593	<0.001*	Positiva	Moderada
	Cuidados médicos	0.603	<0.001*	Positiva	Moderada
	Ambiente	0.497	<0.001*	Positiva	Moderada

#1 – coeficiente de correlação de Spearman; * - $p < 0.01$; ** - $p < 0.05$

3.5.2 Índices de satisfação e características dos participantes

a) Sexo

Ao analisar os índices de satisfação entre os sexos, observou-se que existe uma maior satisfação com os “cuidados de enfermagem” no sexo feminino em relação ao sexo masculino (4.85 vs 4.61, $p = 0.029$). Por sua vez, a satisfação com o “ambiente” demonstrou uma diferença estatisticamente menos significativa entre os sexos (4.40 vs 4.59, $p < 0.1$), enquanto na satisfação com os “cuidados médicos”, “secretariado da consulta” e na “satisfação global” não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 9).

Tabela 9

Diferença entre o sexo masculino e feminino nos índices de satisfação

	Sexo	Média (\pm desvio-padrão)	p-value ^{#2}
Satisfação global	Masculino	4.67 (\pm 0.46)	0.598
	Feminino	4.70 (\pm 0.66)	

Tabela 9 (cont.)

	Sexo	Média (\pm desvio-padrão)	<i>p</i> -value ^{#2}
<i>Satisfação por áreas:</i>			
Secretariado	Masculino	4.29 (\pm 0.52)	0.157
	Feminino	4.43 (\pm 0.49)	
Cuidados de enfermagem	Masculino	4.61 (\pm 0.49)	0.029**
	Feminino	4.85 (\pm 0.39)	
Cuidados médicos	Masculino	4.62 (\pm 0.48)	0.506
	Feminino	4.66 (\pm 0.50)	
Ambiente	Masculino	4.40 (\pm 0.52)	0.074
	Feminino	4.59 (\pm 0.47)	

#2 – teste U de Mann Whitney; * - $p < 0.01$; ** - $p < 0.05$

b) Idade

No que se refere à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos índices de satisfação entre diferentes categorias de idade, assim como não foi verificada relação entre idade e índices de satisfação através da correlação de *Spearman* (Anexos 12 e 13).

c) Nível de Escolaridade

Quando se procurou apurar a correlação entre índices de satisfação e nível de escolaridade, foi encontrada diferença estatisticamente significativa na satisfação com os “cuidados de enfermagem” ($p = 0.043$) e com os “cuidados médicos” ($p = 0.009$), enquanto nas outras áreas não se obteve significância estatística. Apesar do teste estatístico utilizado não indicar entre quais categorias se verificou esta diferença, a comparação das médias sugeria a existência de maior satisfação consoante maior nível de escolaridade (Tabela 10).

Tabela 10

Diferença entre níveis de escolaridade nos índices de satisfação

	Escolaridade	Média (\pm desvio-padrão)	<i>p</i> -value ^{#3}
Satisfação global	Até 1º e 2º ciclo	4.65 (\pm 0.54)	0.266
	Até 3º ciclo	4.60 (\pm 0.51)	
	Ensino secundário	4.83 (\pm 0.38)	
	Ensino superior	4.62 (\pm 0.87)	

Tabela 10 (continuação)

	Escolaridade	Média (\pm desvio-padrão)	<i>p-value</i> ^{#3}
<i>Satisfação por áreas:</i>			
Secretariado	Até 1º e 2º ciclo	4.26 (\pm 0.51)	0.525
	Até 3 ciclo	4.44 (\pm 0.52)	
	Ensino secundário	4.40 (\pm 0.48)	
	Ensino superior	4.41 (\pm 0.56)	
Cuidados de enfermagem	Até 1º e 2º ciclo	4.57 (\pm 0.50)	0.043**
	Até 3 ciclo	4.62 (\pm 0.49)	
	Ensino secundário	4.93 (\pm 0.21)	
	Ensino superior	4.88 (\pm 0.36)	
Cuidados médicos	Até 1º e 2º ciclo	4.44 (\pm 0.55)	0.009*
	Até 3 ciclo	4.56 (\pm 0.48)	
	Ensino secundário	4.88 (\pm 0.26)	
	Ensino superior	4.81 (\pm 0.44)	
Ambiente da consulta	Até 1º e 2º ciclo	4.38 (\pm 0.52)	0.384
	Até 3 ciclo	4.43 (\pm 0.56)	
	Ensino secundário	4.63 (\pm 0.46)	
	Ensino superior	4.56 (\pm 0.43)	

#3 – teste de Kruskal-Wallis; * - $p < 0.01$; ** - $p < 0.05$

Para confirmar a observação atrás referida, foi realizada uma correlação entre os índices de satisfação supracitados e os diferentes níveis de escolaridade, tendo-se constatado, conforme indica a Tabela 11, que maiores níveis de escolaridade estão relacionados com maior nível de satisfação com os “cuidados médicos” ($|r| = 0,343$, $p < 0,001$) e de “cuidados de enfermagem” ($|r| = 0,273$, $p < 0,011$).

Tabela 11

Relação entre escolaridade e índices de satisfação

	Satisfação	Coefficiente de correlação	<i>p-value</i> ^{#1}	Direção	Força
Escolaridade	Cuidados de enfermagem	0.273	0.011**	Positiva	Baixa
	Cuidados médicos	0.343	<0.001*	Positiva	Moderada

#1 – coeficiente de correlação de Spearman; * - $p < 0.01$; ** - $p < 0.05$

d) Estado civil, situação profissional, 1ª consulta ou subsequente

Procurou-se ainda comparar os índices de satisfação em função de variáveis tais como estado civil, situação profissional, se recorreram pela 1ª vez à Consulta Aberta de HTA ou a uma consulta subsequente, não se tendo encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexos 14-16).

3.5.3 Adesão à medicação e índices de satisfação

Na tabela 12 podem observar-se os dados da correlação entre score “adesão à medicação” da HB-MAS e índices de satisfação. Podemos constatar que existe uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre score “adesão à medicação” e “satisfação global” ($|r| = 0,312$, $p < 0,01$), o que acontece também com a satisfação por “cuidados médicos” ($|r| = 0,343$, $p < 0,01$) e por “cuidados de enfermagem” ($|r| = 0,322$, $p < 0,01$). Por sua vez, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a adesão à medicação e satisfação por “secretariado” e “ambiente da consulta”.

Tabela 12

Relação entre os índices de satisfação e score de adesão à medicação

	Índices de satisfação	Coefficiente de correlação	p-value^{#1}	Direção	Força
Score “Adesão à medicação”	Satisfação global	0.312	0.010*	Positiva	Moderada
	Secretariado	0.099	0.422	Positiva	Muito baixa
	Cuidados de enfermagem	0.322	0.007*	Positiva	Moderada
	Cuidados médicos	0.343	0.004*	Positiva	Moderada
	Ambiente da consulta	0,226	0.064	Positiva	Baixa

#1 – coeficiente de correlação de Spearman; * - $p < 0,01$; ** - $p < 0,05$

3.5.4 Adesão à medicação e características dos participantes

a) Sexo

Ao comparar os índices de adesão à terapêutica entre o sexo feminino e masculino (Tabela 13), verificámos maiores níveis de score “adesão à medicação” no sexo feminino ($34,9 \pm 2,49$) relativamente ao sexo masculino ($34,1 \pm 2,40$) com significância estatística da diferença $< 0,1$.

Tabela 13*Diferença entre o sexo masculino e feminino no score de adesão à medicação de Hill-Bone*

Escala de Hill-Bone	Sexo	Média (± desvio-padrão)	p-value ^{#2}
Score “Adesão à medicação”	Masculino	34,1 (± 2,40)	0.086
	Feminino	34,9 (± 2,49)	

#2 – teste U de Mann Whitney; * - p<0.01; ** - p<0.05

b) Idade

No que se refere à comparação entre diferentes faixas etárias, encontramos uma diferença estatisticamente significativa (p=0.034) (Tabela 14). Os scores de adesão à medicação mais altos foram apresentados pelos inquiridos que se situam na faixa etária <44 anos (35,9 ± 0,35), seguidos dos que apresentam idade >65 anos (34,9 ± 1,93), enquanto os níveis mais baixos se encontraram entre os inquiridos da faixa etária 45-64 anos (33,7 ± 2,89). No entanto, ao realizar comparações pareadas, a significância estatística mais próxima do valor de referência estabelecido, referia-se à diferença do score entre faixas etárias <44 anos e 45-64 anos – p-value ajustado de 0,061, sendo que é para os participantes com <44 anos que o valor é significativamente mais elevado (Anexo 17).

Tabela 14*Diferença no score de adesão à medicação conforme faixas etárias*

	Idade	Média (± desvio-padrão)	p-value
Score “Adesão à medicação”	<44 anos	35,9 (± 0,35)	0.034**
	45-64 anos	33,7 (± 2,89)	
	>65 anos	34,9 (± 1,93)	

#3 – teste de Kruskal-Wallis; * - p<0.01; ** - p<0.05

Ao realizar correlação entre idade e o score de adesão à medicação, não observamos relação estatisticamente significativa (Tabela 15).

Tabela 15*Relação entre score de adesão à medicação e idade*

	Adesão	Coefficiente de correlação	p-value ^{#1}	Direção	Força
Idade	Score “Adesão à medicação”	0.021	0.864	Positiva	Baixa

#1 – coeficiente de correlação de Spearman; * - p<0.01; ** - p<0.05

c) Escolaridade, estado civil, situação profissional, seguimento prévio, diagnóstico prévio de HTA

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no score de adesão à medicação ao comparar os grupos de pacientes segundo o estado civil, escolaridade, situação profissional, diagnóstico prévio de HTA, assim como se tiveram ou não seguimento prévio antes de recorrerem à Consulta Aberta de HTA. (Anexo 18).

4. Discussão e Conclusões

Para melhorar a saúde da população, é necessário assegurar que os cuidados prestados tenham uma qualidade satisfatória (4). Sendo um conceito teórico, torna-se difícil de medir diretamente a qualidade, o que implica a necessidade de recurso aos indicadores de qualidade (8). A escolha dos indicadores de qualidade em área de saúde, varia de caso para caso, dependendo da dimensão da qualidade que se pretende mensurar (eficácia, segurança, cuidados centrados em pessoas, etc.), motivo de avaliação (melhoria ou controle de qualidade), nível (consultório, hospital, população), objetivos específicos (doenças específicas) e de outros fatores (8). No caso da HTA, os indicadores de *outcome* são baseados na avaliação das condições e dos comportamentos que diminuem o risco das complicações associadas no futuro, dos quais a PA nos alvos terapêuticos constitui o indicador mais objetivo, podendo, contudo, também ser considerados a modificação do estilo de vida, adesão a terapêutica, monitorização da PA fora do consultório entre outros (25).

O presente estudo, teve por objetivo avaliar a qualidade dos cuidados prestados na Consulta Aberta de HTA na perspetiva dos pacientes, através de aplicação de um questionário, em que os indicadores que estiveram na base da sua elaboração foram **(1)** a satisfação dos pacientes; **(2)** o impacto da consulta sobre os conhecimentos dos fatores de riscos associados à HTA, **(3)** alívio dos sintomas associados à HTA e modificação do estilo de vida após as consultas, **(4)** os níveis de adesão à terapêutica após as consultas.

A amostra foi constituída por 86 inquiridos, em que verificamos uma idade mediana de 57,0 anos, que demonstrou ser mais elevada que a mediana da população portuguesa em 2020 (45,8 anos), de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (45). De acordo com o estudo PHYSA, este achado pode ser explicado pela maior prevalência da HTA com o aumento da idade, em que na faixa etária 41-50 anos a prevalência da HTA era cerca de 35%, aumentando para 58,5% na faixa etária 51-60 anos e 70,1% na faixa etária 61-70 anos(20). Além disso, pode estar relacionado com o índice de envelhecimento no Concelho de Covilhã ser substancialmente mais elevado (268,9 idosos por 100 jovens) comparando com a média do Portugal continental (167,0 idosos por 100 jovens)(45).

A distribuição por sexo foi bastante homogénea, embora com maior prevalência do sexo masculino (53,5%), o que é consistente com os resultados obtidos pelos estudos PHYSA e INSEF, em que se verificou maior prevalência da HTA no sexo masculino (20,21), mas difere do estudo PRECISE em que os pacientes com HTA pertenciam, maioritariamente, ao sexo feminino (60,8%)(23). Porém, este estudo não tinha como propósito avaliar a prevalência

da HTA na população, mas sim uma caracterização do perfil dos pacientes com HTA em CSP, tendo limitações no que se refere a representatividade da população portuguesa com HTA (23).

O diagnóstico de HTA de novo, foi estabelecido no decorrer das consultas em 32,6% dos inquiridos (podendo considerar-se ainda, eventualmente, 11,6% que tiveram apenas 1 consulta, com possível diagnóstico nas consultas seguintes), o que demonstra um potencial da consulta na redução da taxa de pacientes não-diagnosticados na região. Num estudo de prevalência efetuado no Concelho da Covilhã, foram identificados cerca de 13,6% de participantes com HTA não diagnosticada (22).

No que respeita à residência, apurou-se que 90,7% dos inquiridos residem no município de Covilhã, o que nos leva a pensar que este tipo de consultas deveria ser replicado em outros locais de proximidade a residência dos possíveis pacientes.

Os resultados de referenciação demonstram que os inquiridos, maioritariamente, são referenciados por um profissional de saúde (68,6%), um achado expectável, considerando o contacto próximo que os últimos têm com os pacientes com HTA e a capacidade de identificar PA alta em pacientes sem diagnóstico na sua prática diária. No entanto, este resultado também pode indicar uma melhor divulgação das informações sobre a consulta no hospital e comunidade de saúde. Cerca de um quinto dos inquiridos foi referenciado por farmácias comunitárias da área de abrangência do CHUCB, demonstrando assim eficácia do acordo bilateral da Consulta Aberta de HTA com as mesmas. O facto de apenas 1 dos 86 inquiridos ter sido referenciado por meios de comunicação social, sugere ineficácia ou falta de investimento nesta via de divulgação das informações sobre a consulta.

(1) Os resultados referentes aos índices de satisfação demonstraram altos níveis de satisfação global e por áreas, verificando-se maior satisfação com os cuidados médicos e de enfermagem comparando com o ambiente da consulta e desempenho do secretariado. Estes dados mostram-se congruentes com os resultados obtidos no estudo realizado em Portugal por Ferreira et al. (2017), que avaliou níveis de satisfação em cerca de 50 mil pacientes acompanhados em 858 unidades de CSP, e que demonstrou uma maior satisfação com o trabalho dos médicos (80,8%) e enfermeiras (82,2%) comparativamente com o secretariado (76,3%) e comodidades (74,8%)(46).

Na correlação entre satisfação global e satisfação por áreas, todas as relações eram estatisticamente significativas, no entanto, observamos uma relação mais forte entre a satisfação global e satisfação com os cuidados médicos e de enfermagem, o que indica que os pacientes da consulta valorizam mais as suas experiências nestas áreas. Num outro estudo realizado pelo Ferreira et al. em 2020, onde procurou estudar importância relativa

das dimensões de satisfação na mesma amostra, verificou-se que a satisfação por cuidados médicos era a determinante mais relevante para a satisfação global nas unidades de CSP (Coef. = 0.533, $p < 0.001$), seguido de satisfação por administração e secretariado (Coef. 0.178, $p < 0.001$), enquanto a satisfação por cuidados de enfermagem era menos significativa como determinante (Coef. = 0.092, $p < 0.001$) (9). No caso da Consulta Aberta de HTA, parece haver um equilíbrio entre papel do médico e da enfermeira para a satisfação global dos pacientes.

Na análise dos itens de satisfação, o score médio dos itens de satisfação com os “cuidados médicos” apresentou uma variação notável, de 0,21 valores entre o pior e melhor item, indicando que os pacientes ficaram menos satisfeitos com o tempo dedicado pelo médico durante a consulta comparando com os restantes itens do grupo. No grupo de satisfação por “ambiente” também houve uma variação importante (0,29 valores), em que as pessoas mostraram menor satisfação com a limpeza e conforto da sala de espera. Apesar de se verificarem níveis de satisfação relativamente altos, estes achados indicam pontos em que podem ser efetuadas melhorias de modo a alcançarem o nível dos restantes itens. Na satisfação com os “cuidados de enfermagem” e com o “secretariado”, a variação dos scores médios dos itens era mínima (0,06 valores), pelo que não conseguimos realçar algum item específico que possa ser alvo de sugestão de melhoria.

A literatura consultada é consistente de que os níveis de satisfação aumentam com a idade, (9,47–50) o que não se verificou neste estudo. A correlação da satisfação com a idade, assim como a comparação dos índices entre as faixas etárias, não foram estatisticamente significativas, quer com a satisfação global ou com a satisfação por áreas. No entanto, a falta de significância estatística deve-se, provavelmente, a quantidade reduzida da amostra e a distribuição não equitativa entre faixas etárias, com maior prevalência das pessoas com idade >45 anos (88,8%). No estudo do Ferreira et al. de 2017, observou-se que a satisfação nas faixas etárias 16-34 e 35-54 anos foi igual (74,1%), aumentando a partir dos 55 anos (55-74 anos = 76,5%, >75 anos = 78,9%) (46).

Ao comparar os índices de satisfação entre sexo feminino e masculino, verificamos que as mulheres se mostraram mais satisfeitas do que os homens, porém, a significância estatística foi observada apenas com os cuidados de enfermagem ($p = 0.029$). Estes resultados mostram-se incongruentes com os resultados apresentados por Ferreira et al., onde o sexo feminino demonstrou menores índices de satisfação (46). No mesmo estudo, identificaram ainda, que o menor nível de escolaridade está associado a maiores níveis de satisfação (46), resultado este, também não encontrado no nosso estudo. Estas discrepâncias podem ser explicadas pelos resultados da revisão sistemática de Batbaatar et

al. (2017), que encontrou várias disparidades entre diversos estudos na relação do sexo, escolaridade e outras características sociodemográficas com a satisfação (13).

A probabilidade de recomendação constitui um indicador altamente associado a satisfação, sendo usado como um meio fácil e fiável de avaliar a qualidade dos serviços prestados (51). Neste estudo, todos os inquiridos indicaram que recomendariam a Consulta Aberta de HTA aos seus amigos e familiares, pelo que, não havendo inquiridos com outra opção de resposta, não foi possível realizar estatística inferencial. Assumimos assim, que este achado reflète os níveis elevados de satisfação e que os cuidados prestados na referida consulta, vão ao encontro das expectativas dos pacientes.

(2) Os resultados do impacto sobre os conhecimentos, indicam que os inquiridos recorrem à consulta com alguns conhecimentos sobre os fatores de risco de HTA, mas, por outro lado, também assumem obter conhecimentos após as consultas. A variação de 3,5-9,3% obtida nas respostas “Soube durante o inquérito”, sugere, que a(s) consultas(s) conseguiram equilibrar os conhecimentos dos inquiridos, existindo poucas oportunidades perdidas de aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco de HTA. As informações sobre a dieta saudável demonstraram a maior variabilidade entre três respostas, constituindo de igual modo, o ponto com maior impacto (45,3%) e oportunidades perdidas (9,3%). Este achado pode indicar uma falta dos conhecimentos sobre dieta saudável na população. Os resultados referidos são corroborados pelo estudo realizado por Aredehey et al., em que cerca de 50% dos inquiridos tinham conhecimentos acerca dos benefícios da dieta saudável para a HTA (52).

(3) No que concerne ao impacto das consultas sobre os sintomas, cerca de dois terços dos inquiridos que frequentaram duas ou mais consultas responderam que tiveram sintomas associados a HTA antes de recorrerem às mesmas, dos quais quase todos (97,8%) afirmaram que os sintomas desapareceram ou reduziram a sua intensidade após terem recorrido às consultas. A HTA é considerada uma doença assintomática na maioria dos doentes, sendo os sintomas que habitualmente associam com a HTA são inespecíficos, como cefaleias, tonturas, náuseas, palpitações, zumbidos e outros (18), o que leva aos erros na interpretação e associação correta por parte dos doentes. Num estudo realizado por Lugo-Mata et al. em 2017, verificou-se que cerca de 80% dos inquiridos consideravam que a HTA apresenta sintomas em maioria dos doentes (53). Apesar de poder ser afetado por associação errada dos sintomas com a HTA, os resultados do impacto sobre os sintomas, no mínimo, indicam que os pacientes associam a melhoria do seu estado de saúde ao cumprimento das recomendações e tratamento instituídos na Consulta Aberta de HTA.

Face aos resultados obtidos sobre o impacto na modificação do estilo de vida, verificamos que mais que metade dos fumadores e consumidores de álcool afirmaram ter cessado ou reduzido a intensidade do(s) hábito(s) nocivo(s). Apesar da relação entre tabagismo e PA gerar disparidades entre diversos estudos (54–58), constitui o segundo fator de risco, após a HTA, que contribui para a carga global da doença (59), enquanto a cessação tabágica demonstra ser uma das medidas mais eficazes para diminuir o risco de doenças cardiovasculares (60). No que se refere à redução do consumo de álcool, uma meta-análise que procurou estudar associação entre o álcool e doenças cardiovasculares, concluiu que uma redução de consumo pode ser benéfica para a saúde cardiovascular, mesmo em consumidores leves (61). Cerca de metade dos inquiridos (46,4%) afirmaram ter iniciado prática regular de atividade física, o que se revela um bom resultado, uma vez que é considerando ser um dos hábitos benéficos mais difíceis a implementar ⁽⁶²⁾. Segundo a Sociedade Europeia de HTA, para que a atividade física traga resultados benéficos, é necessário pelo menos 30 min. de exercício dinâmico regular de intensidade moderada em 5 a 7 dias por semanas (32). Assim, os resultados obtidos podem ser explicados pela falta de definição da “atividade física regular” no questionário, o que acabou de ser interpretado subjetivamente pelos pacientes. Um outro comportamento benéfico está relacionado com a medição regular da PA em ambulatório, o que neste estudo se verificou em 88,4% dos inquiridos. Este resultado é superior, comparando com o estudo realizado por Bilal et al. que estudou práticas de auto-medição de PA em 664 doentes hipertensos, em que se verificou que cerca de 70%, reportaram medir a sua PA regularmente em ambulatório (63). Os resultados de duas meta-análises, demonstraram que a auto-medição da PA em ambulatório tem um efeito positivo ligeiro, mas significativo no controlo da PA (64), assim como a adesão à medicação, encorajando os doentes a estar ativamente envolvidos no seu tratamento (65).

(4) No que se refere aos níveis de adesão à medicação, os resultados demonstraram score médio próximo do máximo possível (34,4/36 valores) com percentagem de inquiridos com adesão perfeita de 60,3%. Num estudo realizado em África do Sul, foi reportado apenas o score médio da escala de adesão à medicação - 31,6 valores, demonstrando uma relação significativa entre piores scores de adesão e maiores níveis de PAS e PAD (43). Em vários outros estudos, em vez do score médio, foi escolhido o critério de “adesão perfeita”. Comparando com o estudo realizado em Turquia, que incluiu 200 participantes de duas unidades distintas de CSP, o referido parâmetro demonstrou ser ligeiramente mais elevado do que neste estudo – 69% (40). Um resultado semelhante foi observado na avaliação de adesão em Estado Unidos, em que 70% dos respondentes apresentaram adesão perfeita (27). No entanto, estes trabalhos não realizaram comparação dos scores de adesão com os níveis de PA. Já no estudo de validação da escala de adesão à medicação nos americanos

coreanos, a percentagem dos pacientes com adesão perfeita foi de 43,6%, tendo-se verificado também que piores scores na escala estavam significativamente associados a maiores níveis de pressão arterial elevada (medida por profissionais treinados) e pior literacia sobre a HTA (41). No trabalho de Fleig et al., a taxa de controlo de HTA de 69.1% refletia, concomitantemente, uma taxa de 43.5% de adesão perfeita nos participantes (39). No estudo de validação realizado por Koschack et al., o uso da HB-MAS demonstrou uma adesão à medicação perfeita em 61 % da amostra, verificando que a escala tinha baixa acuidade em definir o controlo da HTA (28). Porém, no estudo supracitado, os dados referentes à PA foram reportados pelos pacientes através de autoavaliação, o que poderia influenciar os resultados. Infelizmente, no presente estudo não se realizou avaliação concomitante da PA para confirmar a existência das correlações reportadas, pelo que a ideia de que o elevado nível de adesão à medicação observado após as consultas reflete maior controlo de PA, baseia-se, essencialmente, nos resultados dos estudos anteriores.

Ao comparar os níveis de adesão entre sexo masculino e feminino, a significância estatística de 10% ($p=0,086$) demonstra uma possível maior adesão no sexo feminino, sendo necessário uma amostra de maiores dimensões para estimar com maior precisão. No que concerne à relação entre os níveis de adesão e idade, assim como à diferença nos níveis de adesão conforme outras características sociodemográficas e clínicas, não evidenciamos significância estatística. Entre estudos que procuraram avaliar fatores que influenciam os níveis de adesão estimados através da Escala de Hill-Bone, a maior consistência verificou-se nas observações de que a maior idade, sexo feminino e menores níveis de educação associavam-se a maior adesão à medicação (66–70). No entanto, houve estudos que não identificaram as associações referidas, por exemplo, Mutneja et al. verificaram que a maior idade se relacionava com maior adesão à medicação (71), enquanto Etebari et al. observaram que dentro de uma ampla variedade de fatores sociodemográficos, socioeconómicos e clínicos, apenas o maior número de anti-hipertensivos prescritos está associado a maior adesão (72).

Na correlação entre níveis de adesão e índices de satisfação, identificamos que os pacientes com maiores níveis de adesão à medicação também apresentaram maiores níveis de satisfação por “cuidados médicos” e “cuidados de enfermagem”. Estes resultados são concordantes com dois outros trabalhos recentes, que procuraram estudar a relação entre adesão à medicação nos doentes com HTA e satisfação por cuidados médicos. Mahmoudian et al. identificaram que os pacientes que mostraram menor satisfação com a relação médico-doente e com a empatia demonstrada pelo médico, apresentaram maior probabilidade de não-adesão com o tratamento (15). Świątoniowska-Lonc et al. verificaram que maior satisfação com a comunicação médico-doente resultou em melhor adesão a tratamento (26).

A comparação direta de resultados dos estudos supracitados com o presente estudo e entre eles, encontra-se, contudo, dificultada pela utilização de diferentes escalas de satisfação e adesão, suportando, no entanto, as relações observadas. Na revisão da literatura, não foram encontrados artigos que relacionassem adesão e satisfação com os cuidados de enfermagem, contudo a relação significativa e positiva não é um achado inesperado, considerando o papel importante da Enfermeira(o) no seguimento e avaliação sistemática dos doentes hipertensos, ensino dos princípios de estilo de vida saudável e da importância de adesão ao regime terapêutico, sendo o primeiro contacto entre o paciente e a equipa da Consulta Aberta de HTA em cada consulta.

Relativamente às possíveis limitações que poderiam afetar os resultados do presente trabalho:

- 1) O tempo de aplicação dos questionários, imediatamente após a consulta, o que poderia ter o seu efeito na positividade das respostas, levando à viés de cortesia ou de deseabilidade social. Um estudo demonstrou que os questionários aplicados em formato físico no hospital, obtêm maiores níveis de satisfação do que os questionários enviados por e-mail (73). Isto pode estar relacionado com a pessoa sentir menor anonimidade no ambiente hospitalar (73).
- 2) A extensão do questionário, que requeria um grande tempo de concentração e atenção, e que aumentava a probabilidade de responder aleatoriamente com intuito de acabar mais rápido.
- 3) A modalidade transversal do estudo dificulta a avaliação do impacto das consultas, sendo que o impacto sobre os conhecimentos se baseava na capacidade dos pacientes distinguir o tempo em que os inquiridos obtiveram as informações, enquanto o impacto sobre os sintomas dependia da capacidade de lembrar e associar corretamente os sintomas à HTA (viés de recordação e associação).
- 4) Avaliação da adesão da terapêutica foi realizada de forma indireta, através de autorrelato do doente. Outra limitação está relacionada com a escala de Hill-Bone traduzida e adaptada à população portuguesa, que, apesar de estar validada em outros países, não passou pelo processo de validação em Portugal(30).
- 5) A possível presença de viés denominada como “efeito halo”, em que a experiência geral positiva tende a fazer com que todas as respostas reflitam isso, mesmo que os itens individuais não correspondam a esse nível (74), dificultando assim a interpretação dos resultados dos itens isolados e inferência estatística.
- 6) Presença do “efeito de teto”, em que > 50% de respostas estão distribuídas em respostas com pontuações máximas, nomeadamente “Satisfeito” ou “Muito satisfeito” para escala de satisfação, e “Algumas vezes” e “Nunca” pacientes e itens pela falta de variabilidade(75).

Das vantagens a referir, neste estudo foi usado o questionário de satisfação aplicado pelo gabinete de cidadão do CHUCB, que permitirá realizar avaliações sistemáticas no futuro e comparar com os resultados do presente estudo. Uma outra vantagem está relacionada com a forma de avaliação do impacto sobre os conhecimentos, em que o modo como foi formulada a questão, permite aumentar a literacia sobre os fatores de risco. Além disso, os resultados encontrados durante este estudo fornecem informações úteis para o futuro processo de validação da escala de Hill-Bone. Neste sentido, identificamos que a confiabilidade da HB-HBP (14 itens) está negativamente afetada pelos subscores “manutenção de compromissos” e “consumo de sal”, que demonstraram valores de *alfa de Cronbach* inaceitáveis. À semelhança do processo de avaliação psicométrica da escala efetuado nos Estados Unidos, propomos que na futura validação a maior atenção seja prestada à versão reduzida da escala original, HB-MAS, que representa 9 perguntas do subscore “adesão à medicação” da versão completa, e que demonstrou bons resultados de confiabilidade neste estudo, assim como nos outros (27,28,40,41,43).

Podemos assim concluir que a Consulta Aberta de HTA presta cuidados de qualidade, demonstrados pelos altos índices de satisfação dos pacientes, o que afeta uma das dimensões nucleares da qualidade em saúde - cuidados centrados nas pessoas. Além disso, conseguiu um impacto positivo sobre conhecimentos dos fatores e hábitos de risco, sintomas e modificação do estilo de vida, e demonstrou altos níveis de adesão à terapêutica nos pacientes após as consultas, o que está relacionado com a eficácia, uma outra dimensão nuclear na qualidade em saúde.

Em relação a sugestões de melhoria, realçar a importância de investir ou rever as estratégias de divulgação das informações sobre a Consulta Aberta de HTA em meios de comunicação social, para que as pessoas tenham conhecimento que a sua HTA pode ser tratada por uma equipa especializada e sem necessidade de referenciação.

Pretende-se igualmente dar conhecimento destes resultados, propondo-se a sua divulgação no CHUCB e possível afixação dos mesmos, próximo do gabinete da consulta. Segundo políticas e estratégias propostas pela WHO e OCDE que visam melhorar a qualidade em saúde na Europa, salienta-se a importância de divulgação pública dos resultados da avaliação da qualidade, como inquéritos de satisfação, uma vez que contribuem para aumentar a confiança nos profissionais e serviços de saúde, assim como incentivam os profissionais a melhorar os serviços prestados (8).

Tendo em conta a sua divulgação, considerámos pertinente apresentar os resultados (preliminares), no 16º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, realizado nos dias 4, 5 e 6 de março de 2022, sob a forma de Poster (Anexo 1).

5. Bibliografia

1. Lei n.º 95/2019 que Aprova a Lei de Bases da Saúde Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, páginas 55 – 66. [Internet]. [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
2. Mosadeghrad A. A Conceptual Framework for Quality of Care. *Materia Socio Medica* [Internet]. 2012;24(4):251. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=28020>
3. Despacho n.º 5613/2015 que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, páginas 13550 – 13553. [cited 2022 May 2]; Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
4. Scott KW, Jha AK. Putting Quality on the Global Health Agenda. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2014 Jul 3 [cited 2022 May 2];371(1):3–5. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1402157>
5. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Sturno P. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. [Internet]. Vol. 38 p. World Health Organization Press; 2006 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
6. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care] [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
7. Lighter DE. How (and why) do quality improvement professionals measure performance? *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine* [Internet]. 2015 Mar;2(1):7–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352646715000368>
8. Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.) [Internet]. Available from: www.healthobservatory.eu
9. Ferreira PL, Raposo V, Tavares AI. Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2020 Apr 27;32(2):93–8. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/32/2/93/5734501>
10. Prado-Galbarro FJ, Cruz-Cruz C, Gamiño-Arroyo AE, Sanchez-Piedra C. Satisfaction With Healthcare Services Among Patients With Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia in Mexico: A Cross-Sectional Study. *Value in Health Regional Issues* [Internet]. 2020 Dec 1;23:19–24.

Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212109919306430>

11. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. OECD; 2016. (OECD Health Policy Studies). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en
12. Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 Oct 28;18(21):11337. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11337>
13. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health* [Internet]. 2017 Mar 20 [cited 2022 Apr 1];137(2):89–101. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913916634136>
14. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2022 Apr 7];102(4):790–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399118310048>
15. Mahmoudian A, Zamani A, Tavakoli N, Farajzadegan Z, Fathollahi-Dehkordi F. Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work? *Journal of Research in Medical Sciences* [Internet]. 2017;22(1):48. Available from: <http://www.jmsjournal.net/text.asp?2017/22/1/48/205233>
16. Woo S, Choi M. Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. Khan MM, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 Jun 28 ;16(6):e0252241. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0252241>
17. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018 Sep 11;72(11):1278–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109718354676>
18. Ficha técnica sobre a hipertensão arterial da OMS [Internet]. [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
19. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2018 Nov;392(10159):1923–94. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618322256>
20. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. *Journal of Hypertension* [Internet]. 2014 Jun;32(6):1211–21. Available from: <https://journals.lww.com/00004872-201406000-00011>
21. Rodrigues AP, Gaio V, Kislaya I, Graff-Iversen S, Cordeiro E, AC S et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito nacional com exame físico (INSEF 2015). *Observações Boletim Epidemiológico*. 2017;2ª série(nº esp.9):11-14. Available from: www.insa.pt

22. Santos Márcia, Coelho Patrícia, Pereira Alexandre. Programa da Pressão Arterial da Beira Baixa – Concelho de Covilhã. *Revista Portuguesa de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 2];75:6–14. Available from: <https://www.sphta.org.pt/pt/base7/15/2>
23. Marques da Silva P, Lima MJ, Neves PM, Espiga de Macedo M. Prevalência de fatores de risco cardiovascular e outras comorbilidades em doentes com hipertensão arterial assistidos nos Cuidados de Saúde Primários: estudo Precise. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 Apr 5];38(6):427–37. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870255118302762>
24. HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.5 Version 1.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. [cited 2022 May 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252661>
25. Hypertension indicators for improving quality and coverage of services, virtual meeting, 1–2 March 2021: report. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037120>
26. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2020 Dec 16;20(1):1046. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05912-0>
27. Krousel-Wood M, Jannu A, Re RN, Muntner P, Desalvo K. Reliability of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The American Journal of the Medical Sciences* [Internet]. 2005 Sep;330(3):128–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002962915329335>
28. Koschack J, Marx G, Schnakenberg J, Kochen MM, Himmel W. Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 2010 Mar;63(3):299–306. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435609002066>
29. Silva J, Figueiredo D, Santos J, Almeida A, Morgado M. Estudo de Adesão à Terapêutica farmacológica Anti-Hipertensora No Centro Hospitalar Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2016 [cited 2022 May 2];53:6–16. Available from: https://www.sphta.org.pt/files/sphta_53_2016_0506.pdf
30. Nogueira-Silva L, Sá-Sousa A, Lima MJ, Monteiro A, Dennison-Himmelfarb C, Fonseca JA. Translation and cultural adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to Portuguese. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 2016 Feb 1;35(2):93–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870255116000081>
31. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and Testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Progress in Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2000 Jun;15(3):90–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x>

32. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* [Internet]. 2018 Sep 1;39(33):3021–104. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
33. Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Direção Geral de Saúde [Internet]. 2011. Available from: www.dgs.pt
34. Ineke Neutel C, Campbell NRC. Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *Canadian Journal of Cardiology* [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2022 Apr 2];24(3):199–204. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X08705841>
35. Hinderliter AL, Sherwood A, Craighead LW, Lin PH, Watkins L, Babyak MA, et al. The Long-Term Effects of Lifestyle Change on Blood Pressure: One-Year Follow-Up of the ENCORE Study. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 2014 May 1;27(5):734–41. Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1093/ajh/hpt183>
36. Andualem A, Gelaye H, Damtie Y. Adherence to Lifestyle Modifications and Associated Factors Among Adult Hypertensive Patients Attending Chronic Follow-Up Units of Dessie Referral Hospital, North East Ethiopia, 2020. *Integrated Blood Pressure Control* [Internet]. 2020 Oct;Volume 13:145–56. Available from: <https://www.dovepress.com/adherence-to-lifestyle-modifications-and-associated-factors-among-adul-peer-reviewed-article-IBPC>
37. Alm-Roijer C, Stagmo M, Udén G, Erhardt L. Better Knowledge Improves Adherence to Lifestyle Changes and Medication in Patients with Coronary Heart Disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2004 Dec 24;3(4):321–30. Available from: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/3/4/321-330/5970415>
38. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *International Journal of the Cardiovascular Academy* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Apr 12];2(1):27–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405818115300623>
39. Fleig S v., Weger B, Haller H, Limbourg FP. Effectiveness of a Fixed-Dose, Single-Pill Combination of Perindopril and Amlodipine in Patients with Hypertension: A Non-Interventional Study. *Advances in Therapy* [Internet]. 2018 Mar 1;35(3):353–66. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12325-018-0675-3>
40. Karademir M, Koseoglu IH, Vatansever K, van den Akker M. Validity and reliability of the Turkish version of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *European Journal of General Practice* [Internet]. 2009 Jan 8;15(4):207–11. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814780903452150>
41. Song Y, Han HR, Song HJ, Nam S, Nguyen T, Kim MT. Psychometric Evaluation of Hill-Bone Medication Adherence Subscale. *Asian Nursing Research* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2022 Mar 29];5(3):183–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1976131711000089>
42. Pallant J. *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS*. 6th ed. Pallant Julie, editor. London, UK: McGraw-Hill Education; 2018.

43. Victoria Lambert E, Steyn K, Stender S, Everage N, Fourie JM, Hill M. Cross-cultural validation of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale in a South African, primary healthcare setting. *Ethn Dis.* 2006 Winter;16(1):286-91.
44. Pereira A, Patrício T. *Guia Prático de Utilização do SPSS.* Sílabo, LDA; 2016.
45. Estatísticas Demográficas - 2020. Instituto Nacional de Estatística, I.P [Internet]. Lisboa, Portugal; 2021 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.ine.pt/>
46. Ferreira PL, Raposo VM, Pisco L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017 Mar;22(3):747-58.
47. Carlin CS, Christianson JB, Keenan P, Finch M. Chronic Illness and Patient Satisfaction. *Health Services Research* [Internet]. 2012 Dec 19;47(6):2250-72. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2012.01412.x>
48. Koné Péfoyo AJ, Wodchis WP. Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis. *BMC Research Notes* [Internet]. 2013 Dec 5;6(1):509. Available from: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-6-509>
49. Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ* [Internet]. 2010 Oct 12;341(oct12 1):c5004-c5004. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.c5004>
50. Tehrani AB, Feldman SR, Camacho FT, Balkrishnan R. Patient Satisfaction with Outpatient Medical Care in the United States. *Health Outcomes Research in Medicine* [Internet]. 2011 Nov 1 [cited 2022 Apr 7];2(4):e197-202. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877131911000395>
51. Davis J, Burrows JF, ben Khallouq B, Rosen P. Predictors of Patient Satisfaction in Pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* [Internet]. 2017 Nov 1;34(6):435-8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454217717239>
52. Gebrihet TA, Mesгна KH, Gebregiorgis YS, Kahsay AB, Weldehaweria NB, Weldu MG. Awareness, treatment, and control of hypertension is low among adults in Aksum town, northern Ethiopia: A sequential quantitative-qualitative study. Ahmad A, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 May 10;12(5):e0176904. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0176904>
53. Lugo-Mata ÁR, Urich-Landeta AS, Andrades-Pérez AL, León-Dugarte MJ, Marcano-Acevedo LA, Jofreed MH, et al. Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2017;19(77):184-8. Available from: www.elsevier.es/rmuanl
54. Lee DH, Ha MH, Kim JR, Jacobs DR. Effects of Smoking Cessation on Changes in Blood Pressure and Incidence of Hypertension. *Hypertension* [Internet]. 2001 Feb;37(2):194-8. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.37.2.194>
55. Liu X, Byrd JB. Cigarette Smoking and Subtypes of Uncontrolled Blood Pressure Among Diagnosed Hypertensive Patients: Paradoxical Associations and

- Implications. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 2017 Jun 1;30(6):602–9. Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1093/ajh/hpx014>
56. Tsai SY, Huang WH, Chan HL, Hwang LC. The role of smoking cessation programs in lowering blood pressure: A retrospective cohort study. *Tobacco Induced Diseases* [Internet]. 2021 Oct 25;19(October):1–9. Available from: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/The-role-of-smoking-cessation-programs-in-lowering-blood-npressure-A-retrospective,142664,0,2.html>
 57. Primates P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association Between Smoking and Blood Pressure. *Hypertension* [Internet]. 2001 Feb;37(2):187–93. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.37.2.187>
 58. Gumus A. The Effect of Cigarette Smoking on Blood Pressure and Hypertension. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine* [Internet]. 2013 Jul 1;1(1):6–11. Available from: <http://www.abcmmed.aiac.org.au/images/Articles/3.pdf>
 59. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* [Internet]. 2020 Oct;396(10258):1223–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307522>
 60. Chu P, Pandya A, Salomon JA, Goldie SJ, Hunink MGM. Comparative Effectiveness of Personalized Lifestyle Management Strategies for Cardiovascular Disease Risk Reduction. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2016 Mar 9;5(3). Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.115.002737>
 61. Holmes M v., Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* [Internet]. 2014 Jul 10;349(jul10 6):g4164–g4164. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.g4164>
 62. Carels RA, Darby LA, Rydin S, Douglass OM, Cacciapaglia HM, O'Brien WH. The relationship between self-monitoring, outcome expectancies, difficulties with eating and exercise, and physical activity and weight loss treatment outcomes. *Annals of Behavioral Medicine* [Internet]. 2005 Dec 1;30(3):182–90. Available from: <https://academic.oup.com/abm/article/30/3/182/4631646>
 63. Bilal M, Haseeb A, Lashkerwala SS, Zahid I, Siddiq K, Saad M, et al. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients. *Global Journal of Health Science* [Internet]. 2015 Jun 1;8(2). Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/46709>
 64. Bray EP, Holder R, Mant J, McManus RJ. Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials. *Annals of Medicine* [Internet]. 2010 Jul 27;42(5):371–86. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07853890.2010.489567>
 65. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 2015 Oct;28(10):1209–21. Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1093/ajh/hpv008>

66. Chia YC, Devaraj NK, Ching SM, Ooi PB, Chew MT, Chew BN, et al. Relationship of an adherence score with blood pressure control status among patients with hypertension and their determinants: Findings from a nationwide blood pressure screening program. *The Journal of Clinical Hypertension* [Internet]. 2021 Mar 14;23(3):638–45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.14212>
67. Alsaqabi YS, Rabbani U. Medication Adherence and Its Association With Quality of Life Among Hypertensive Patients Attending Primary Health Care Centers in Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2020 Dec 2; Available from: <https://www.cureus.com/articles/45785-medication-adherence-and-its-association-with-quality-of-life-among-hypertensive-patients-attending-primary-health-care-centers-in-saudi-arabia>
68. Al-daken LI, Eshah NF. Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension* [Internet]. 2017 Apr 3;39(3):264–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10641963.2016.1247164>
69. Raja W, Ayub T, Jeelani A, Khan SmS. Adherence to antihypertensive therapy and its determinants among patients attending primary care hospitals of Kashmir, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [Internet]. 2021;10(11):4153. Available from: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/11000/Adherence_to_antihypertensive_therapy_and_its.34.aspx
70. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clinical Interventions in Aging*. 2018 Nov;Volume 13:2425–41.
71. Mutneja E, Yadav R, Dey AB, Gupta P. Frequency and predictors of compliance among patients taking antihypertensive medicines. *Indian Heart Journal*. 2020 Mar 1;72(2):136–9.
72. Etebari F, Pezeshki MZ, Fakour S. Factors related to the non-adherence of medication and nonpharmacological recommendations in high blood pressure patients. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research* [Internet]. 2019 Feb 28;11(1):28–34. Available from: <https://jcvtr.tbzmed.ac.ir/Abstract/jcvtr-21377>
73. Gribble RK, Haupt C. Quantitative and Qualitative Differences Between Handout and Mailed Patient Satisfaction Surveys. *Medical Care*. 2005 Mar;43(3):276–81.
74. Shirley E, Josephson G, Sanders J. Fundamentals of Patient Satisfaction Measurement. *Physician Leadership J* [Internet]. 3(1):12–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882587>
75. Chyung SY (Yonnie), Hutchinson D, Shamsy JA. Evidence-Based Survey Design: Ceiling Effects Associated with Response Scales. *Performance Improvement* [Internet]. 2020 Jul 9;59(6):6–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pfi.21920>

6. Anexos

Anexo 1

Certificado de apresentação do trabalho no 16º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global



Anexo 2
Questionário aplicado

Avaliação da qualidade da Consulta Aberta de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Este questionário faz parte de um projeto de investigação relativo à da qualidade de prestação dos serviços pela Consulta Aberta de Hipertensão e seu impacto na vida dos utentes
Peço-lhe que responda ao seguinte questionário com a maior honestidade e veracidade no sentido de ser possível obter os dados mais precisos possíveis.
O inquérito é anónimo e confidencial.
Desde já, agradecemos a sua colaboração no preenchimento.

Parte 1

Idade: ____ anos	Escolaridade:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	• 4º ano ou menos <input type="checkbox"/>
Freguesia _____	• 6º ano <input type="checkbox"/>
Estado civil:	• 9º ano <input type="checkbox"/>
• Solteiro(a) <input type="checkbox"/>	• 12º ano <input type="checkbox"/>
• Casado(a) <input type="checkbox"/>	• Bacharelato <input type="checkbox"/>
• Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	• Licenciado <input type="checkbox"/>
• Viúvo(a) <input type="checkbox"/>	• Mestrado <input type="checkbox"/>
• União de facto <input type="checkbox"/>	• Doutoramento <input type="checkbox"/>
• Outro _____ <input type="checkbox"/>	Situação profissional: <input type="checkbox"/>
	• Trab. por conta própria <input type="checkbox"/>
	• Trab. por conta de outrem <input type="checkbox"/>
	• Desempregado(a) <input type="checkbox"/>
	• Reformado(a) <input type="checkbox"/>
	• Doméstico(a) <input type="checkbox"/>
	• Outro _____ <input type="checkbox"/>

1. Recorreu à consulta aberta de hipertensão arterial:

Para primeira consulta

Para consulta subsequente

(Nota: Se foi a sua primeira consulta, a **Parte 4** deste questionário NÃO se aplica a si)

2. Como foi referenciado para a consulta aberta de hipertensão arterial no Hospital? (Assinale apenas uma opção)

Médico de família ; Farmácia ; Por indicação de outro utente ;

Serviço de urgência ; Outro profissional de saúde ; Meio de comunicação social

Outra via , indique qual: _____

Anexo 2 (continuação)

3. Antes de recorrer à consulta no Hospital, já tinha conhecimento ou era acompanhado clinicamente devido a pressão arterial alta?

Não ;

Sim

se SIM, • Há quanto tempo tem pressão arterial alta? ____ ano(s)

• Por quem foi diagnosticada? _____

• Era seguido por profissional de saúde? Não ; Sim , se SIM indique:

Médico de família Consulta externa hospitalar Outro Qual: _____

• Dirigiu-se alguma vez ao serviço de urgência por crise(s) hipertensiva(s)?

Não Sim (1 vez , 2 vezes , Mais de 3 vezes)

Parte 2

1. Na sua opinião, no secretariado das consultas, o tempo de espera para ser atendido(a) foi:

Curto

Razoável

Longo

Excessivo

Ainda no secretariado expresse a sua opinião perante a forma como foi atendido(a) pelo administrativo(a):

(assinale com um X a resposta que melhor representa a sua opinião pessoal)

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Atenção e disponibilidade demonstrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordialidade e simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clareza das informações prestadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agilidade no processo de admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Na sua opinião, os serviços prestados pelos(as) enfermeiros(as) foram:

(assinale com um X a resposta que melhor representa a sua opinião pessoal)

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Acolhimento/forma como foi recebido(a) pelos(as) enfermeiros(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordialidade e simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados prestados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privacidade durante os tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explicações sobre os tratamentos realizados e ensinamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resposta aos seus pedidos de ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo dedicado pela enfermeira(o) durante a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2 (continuação)

3. Durante o período em que decorreu a consulta, o atendimento médico foi:

(assinale com um X a resposta que melhor representa a sua opinião pessoal)	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
O médico(a) demonstrou disponibilidade e ouviu-o com atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratou-o(a) com cortesia e respeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostrou interesse e respeito pelas suas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A consulta decorreu com privacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houve clareza nas explicações sobre tratamentos, medicamentos e exames efetuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houve clareza nas informações prestadas sobre o seu estado de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo dedicado pelo médico durante a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Relativamente à experiência que teve na consulta de hipertensão arterial, como avalia a qualidade dos serviços prestados:

(assinale com um X a resposta que melhor representa a sua opinião pessoal)	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Facilidade em encontrar o local da consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpeza e higiene do gabinete de consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto e comodidade do gabinete de consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto da sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpeza da sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura ambiente, ventilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. De forma global, como se sente perante os serviços prestados na consulta aberta de hipertensão?

Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Recomendaria a consulta aberta de hipertensão aos seus familiares/amigos?

Sim Não

Parte 3

1. Responda SIM/NÃO às seguintes perguntas:

(assinale com um X)

1. Ficou mais aliviado(a) por saber que tem uma consulta de acesso fácil, para tratamento de pressão arterial alta?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Anexo 2 (continuação)

2. Considera que o fato de não ser preciso uma referência obrigatória por outro profissional de saúde é vantajoso?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Considera que ter uma linha telefónica direta para a consulta é vantajoso?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Considera que os seus conhecimentos sobre a doença aumentaram depois da(s) consulta(s)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Considera importante realizar monitorização da pressão arterial fora das consultas? (p. ex. medir em casa ou farmácia)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Depois da(s) consulta(s), entende a importância de cumprir a medicação para a hipertensão arterial e os riscos associados ao não cumprimento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

2. Em relação ao seu conhecimento sobre os fatores que influenciam a pressão arterial indique para cada uma das afirmações seguintes a sua realidade:

(assinale com um X)

	Sabia antes	Soube após a(s) consulta(s) aberta(s) de hipertensão	Soube agora, durante o inquérito
1. Dieta rica em sal <u>dificulta</u> o controlo da pressão arterial (aumenta a pressão arterial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consumo dos produtos ricos em potássio, como legumes, frutos, nozes, cereais <u>diminui</u> a pressão arterial e o risco das <u>complicações</u> cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Peso excessivo <u>está relacionado</u> com pressão arterial mais alta, enquanto a sua normalização ajuda o controlo da pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Atividade física</u> periódica está associada ao <u>melhor controlo</u> de hipertensão (diminui a pressão arterial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <u>Deixar de fumar</u> diminui drasticamente os riscos cardiovasculares, como enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Consumo excessivo de álcool</u> aumenta o risco de pressão arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 4

(Nota: Destina-se **APENAS** aos doentes que **tiveram 2 ou mais** consultas)

1. Responda SIM/NÃO às seguintes perguntas: (assinale com um X)

1. Antes de vir à 1ª consulta aberta de hipertensão, tinha sintomas que associava à hipertensão arterial?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Se sim, acha ter desaparecido ou diminuída a intensidade dos sintomas que associava a hipertensão arterial após recomendações/tratamento instituído? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
2. Tem vigiado regularmente a sua pressão arterial fora das consultas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Se sim, indique como: • Farmácia <input type="checkbox"/> • Em casa <input type="checkbox"/> • Por outra via: _____		

Anexo 2 (continuação)

3. Iniciou prática de exercício físico regular?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. É fumador?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Se sim, deixou de fumar ou reduziu o consumo de tabaco seguindo as recomendações dadas na consulta? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
5. Consome bebidas alcoólicas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Se sim, deixou ou reduziu o consumo de bebidas alcoólicas seguindo as recomendações dadas na consulta? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

2. **APÓS TER** recorrido à Consulta Aberta de Hipertensão, responda com maior honestidade às seguintes questões:


(assinale com um X a frequência)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
1. Esqueço-me de tomar a medicação da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Decido NÃO tomar a medicação da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Como comida salgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acrescento sal ao prato de comida à mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Como enchidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como fast food (pizzas, hamburgers tipo MacDonald's, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No final da consulta marcam-me consulta seguinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Falto às consultas marcadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Esqueço-me de aviar receitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Deixo acabar os comprimidos da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Antes de ir ao médico tomo os comprimidos da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando me sinto melhor, paro de tomar os comprimidos da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me sinto doente, paro de tomar os comprimidos de hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tomo os comprimidos da hipertensão de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Por descuido, falho tomas dos comprimidos da hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Faculte-nos algumas sugestões que possam contribuir para melhorar os serviços prestados pela Consulta Aberta de Hipertensão. Pode ainda aproveitar este espaço para acrescentar alguma observação que considere importante.

Agradecemos pela sua colaboração!

Anexo 3
Consentimento livre e informado

	IMPRESSO Consentimento livre e informado Código: CHCB.IMP.CINVEST.18	Edição: 3	Revisão: 1
---	--	-----------	------------

(Nome do investigador), Vadym Chesanovskyy

(Instituição de origem do investigador), Faculdade de Ciências de Saúde – Universidade da Beira Interior

a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “ Avaliação da qualidade da Consulta Aberta de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira ”,

vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação:

1. Avaliação da qualidade de prestação dos serviços pela Consulta Aberta de Hipertensão Arterial do CHUCB com base na satisfação dos doentes;
2. Estimar o impacto da Consulta Aberta de Hipertensão Arterial do CHUCB na vida dos doentes;
3. Avaliar a adesão terapêutica dos doentes seguidos pela Consulta Aberta de Hipertensão.
4. Definir as possíveis estratégias de aprimoramento da prestação dos serviços com base nos resultados obtidos.

Critérios de inclusão: Todos os doentes seguidos pela Consulta Aberta de Hipertensão


Critérios de exclusão: Sem critérios de exclusão

Nome do orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Craveiro Sousa


Metodologia: Serão feitas perguntas aos doentes através de um questionário, o preenchimento do qual demora cerca de 10 minutos

Discriminação dos dados que irá colher:

- Idade, sexo, profissão, estado civil, escolaridade, referênciação


Página: 1 de 3

Anexo 3 (continuação)

	IMPRESSO Consentimento livre e informado Código: CHCB.IMP.CINVEST.18	Edição: 3	Revisão: 1
---	--	-----------	------------

• Hábitos tabágicos, alcoólicos, alimentares, desportivos, cumprimento da terapêutica instituída

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo:

Risco / Benefício da sua participação:

• Sem riscos associados

• Melhoria da qualidade dos serviços prestados pela Consulta Aberta de Hipertensão Arterial no futuro

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: _____

Contacto para esclarecimento de dúvidas: +351-911915505 ou a47538@fcsaude.ubi.pt

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)


_____ / ____ / ____

Assinatura do Aluno / Investigador Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;



Página: 2 de 3

Anexo 3 (continuação)

* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;

* Informa-se ainda:

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade) Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

(Nome do Participante)

(Nome do Representante Legal)

(Assinatura do Participante)




(Assinatura do Representante Legal)

___/___/___

Data



Anexo 4
Parecer de Comissão de Ética para a Saúde


 <p>Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. Covilhã/Furadô</p>	<p>IMPRESSO</p> <p>Parecer da Comissão de Ética para a Saúde</p> <p>Código: CHUCB.IMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 1</p>
Parecer nº: 47/2021	Data: 2021.11.15
Assunto: Estudo nº 55/2021 - "Avaliação da qualidade da consulta aberta de hipertensão arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira"	
Membros da CES do CHUCB:	Exmo. Senhor Investigador: Vadym Chesanovskyy
Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico)	A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2021.11.15 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 55/2021 - "Avaliação da qualidade da consulta aberta de hipertensão arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira"
Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)	Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Enfa. Maria Gabriela Ramalinho Dra. Maria Teresa Bordalo Santos
Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico)	Parecer: Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.
Enf. Maria Gabriela Ramalinho (Enfermeira)	Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)	A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)	
Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	
	O Presidente da CE do CHUCB
	 (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)
	Página: 1 de 1
	

Anexo 5
 Autorização do Conselho de Administração

 REPÚBLICA PORTUGUESA <small>SAÚDE</small>	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	<i>Nº 20 2021</i> Dr. Carlos Gomes Diretor Clínico Adjunto	25 NOV. 2021 Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. <small>Covilhã/Fundão</small>
Assunto: Projecto de Investigação nº 55/2021 - "Avaliação da qualidade da consulta aberta..."			
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 67/2021		
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 25-11-2021		
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Vadym Chesanovskyy, estudante do curso "Mestrado Integrado de Medicina" na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Avaliação da qualidade da consulta aberta de Hipertensão Arterial no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira" a realizar na Consulta Aberta de Hipertensão Arterial.</p> <p>Envio ainda o parecer nº47/2021, emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  (Dr.ª Rosa Saraiva) </div> <div style="text-align: right;"> <p style="font-size: small;">C.H.U.C.B.,EPE Reunião de C.A. em 13-DEZ. 2021</p>  Presidente do Direção Clínica: Dr. Jesus Castelhano Vogais Executivas: Dr. Vitor Moreira Dr.ª Sónia Duarte Enf. Paula Rodrigo </div> </div>			
Despacho:	Parecer:		
CHCB.IMP.CHCB.197	Ed.1	Rev.1	

Anexo 6

Autorização para o uso da Escala de Hill-Bone dos autores originais



Request Hill-Bone Blood Pressure Adherence Scale

Please consider this message as permission to use the Hill-Bone Scale(s).*

Click the link below to access articles regarding scoring, validation and the original scales. We request that you cite the scale using the references provided in the link. We appreciate you sharing the findings of your project with us.
Link: https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/hill-bone/hill-bone-scales-confirmation.html

Please don't hesitate to reach out to us at SON-HillBone@jhu.edu if you have any follow-up questions.

Best,
The Hill-Bone Scales team

* Note: Please do not share these documents with anyone else outside your project. We ask that anyone who wishes to use the scale should submit a formal request using the link provided for proper authorization.

Survey Powered By [Qualtrics](#)

Anexo 7

Autorização para o uso da versão traduzida e adaptada à população portuguesa da Escala de Hill-Bone recebida do 1º autor

 **Vadym Chesanovsky** <a47538@fcsaude.ubi.pt>
para luisnogueirasilva ▾ quinta, 21/10/2021, 00:11 ☆ ↶ ⋮

Boa noite,
Sr.Dr. Luís Nogueira-Silva

O meu nome é Vadym Chesanovsky, sou estudante do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior. Com esta mensagem queria pedir a sua autorização para usar a versão traduzida do questionário "Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale" que foi apresentada no artigo com a sua autoria - <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.07.013>. Pretende-se usar este questionário como uma das partes do questionário que neste momento estou a elaborar para o estudo "**Avaliação da qualidade da consulta aberta de hipertensão arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira**". Caso seja aplicado, prometo mencionar o seu trabalho e fazer referência conforme as regras.

Com os melhores cumprimentos,
Vadym Chesanovsky

N.B.: Já realizei o pedido de autorização no site-fonte da escala original, com resposta positiva.

 **Luís Nogueira Silva** <luisnogueirasilva@gmail.com>
para João, mim ▾ 12/03/2022, 23:00 ☆ ↶ ⋮

Caro Vadym,

Tal como falámos no congresso, não tenho nada a opôr que utilize a tradução do questionário, principalmente porque já teve a autorização dos autores da versão original.

Volto a salientar que a versão portuguesa não está validada, o que deve ser discutido na sua utilização.

Fico ao dispor para qualquer assunto em que possa ser útil.

Com os melhores cumprimentos,
Luís Nogueira Silva

Anexo 8

Testes de normalidade referentes aos índices de satisfação e idade, geral e por categorias

<i>Índices de satisfação e outros parâmetros</i>		<i>N</i>	<i>Statistic</i>	<i>p-value</i>
Global		86	0,434	<0,001 ^{#4}
Secretariado		86	0,178	<0,001 ^{#4}
Cuidados de enfermagem		86	0,374	<0,001 ^{#4}
Cuidados médicos		86	0,328	<0,001 ^{#4}
Ambiente		86	0,241	<0,001 ^{#4}
Idade		86	0,081	,200* ^{#4}
<i>Índices de satisfação</i>	<i>Sexo</i>			
Global	Masculino	46	0,431	<0,001 ^{#4}
	Feminino	40	0,439	<0,001 ^{#4}
Secretariado	Masculino	46	0,197	<0,001 ^{#4}
	Feminino	40	0,179	0,002 ^{#4}
Cuidados de enfermagem	Masculino	46	0,329	<0,001 ^{#4}
	Feminino	40	0,419	<0,001 ^{#4}
Cuidados médicos	Masculino	46	0,307	<0,001 ^{#4}
	Feminino	40	0,350	<0,001 ^{#4}
Ambiente	Masculino	46	0,181	0,001 ^{#4}
	Feminino	40	0,308	<0,001 ^{#4}
	<i>Idade</i>			
Global	<44 anos	10	0,366	<0,001 ^{#5}
	45-64 anos	44	0,381	<0,001 ^{#4}
	>65 anos	32	0,470	<0,001 ^{#4}
Secretariado	<44 anos	10	0,757	0,004 ^{#5}
	45-64 anos	44	0,183	0,001 ^{#4}
	>65 anos	32	0,174	0,015 ^{#4}
Cuidados de enfermagem	<44 anos	10	0,503	<0,001 ^{#5}
	45-64 anos	44	0,383	<0,001 ^{#4}
	>65 anos	32	0,359	<0,001 ^{#4}
Cuidados médicos	<44 anos	10	0,433	<0,001 ^{#5}
	45-64 anos	44	0,310	<0,001 ^{#4}
	>65 anos	32	0,312	<0,001 ^{#4}
Ambiente	<44 anos	10	0,740	0,003 ^{#5}
	45-64 anos	44	0,227	<0,001 ^{#4}
	>65 anos	32	0,251	<0,001 ^{#4}

Anexo 8 (continuação)

Índices de satisfação e outros parâmetros		N	Statistic	p-value
Escolaridade				
Global	Até 1º e 2º ciclo	34	0,418	<0,001 ^{#4}
	Até 3 ciclo	15	0,630	<0,001 ^{#5}
	Ensino secundário	24	0,454	<0,001 ^{#5}
	Ensino superior	13	0,524	<0,001 ^{#5}
Secretariado	Até 1º e 2º ciclo	34	0,196	0,002 ^{#4}
	Até 3 ciclo	15	0,855	0,021 ^{#5}
	Ensino secundário	24	0,899	0,021 ^{#5}
	Ensino superior	13	0,835	0,018 ^{#5}
Cuidados de enfermagem	Até 1º e 2º ciclo	34	0,337	<0,001 ^{#4}
	Até 3 ciclo	15	0,740	0,001 ^{#5}
	Ensino secundário	24	0,376	<0,001 ^{#5}
	Ensino superior	13	0,398	<0,001 ^{#5}
Cuidados médicos	Até 1º e 2º ciclo	34	0,257	<0,001 ^{#4}
	Até 3 ciclo	15	0,814	0,006 ^{#5}
	Ensino secundário	24	0,567	<0,001 ^{#5}
	Ensino superior	13	0,503	<0,001 ^{#5}
Ambiente da consulta	Até 1º e 2º ciclo	34	0,233	<0,001 ^{#4}
	Até 3 ciclo	15	0,817	0,006 ^{#5}
	Ensino secundário	24	0,805	<0,001 ^{#5}
	Ensino superior	13	0,812	0,009 ^{#5}

#4 – teste de Kolmogorov-Smirnov; #5 – teste de Shapiro-Wilk; * - p > 0.05 → normalidade dos dados

Anexo 9

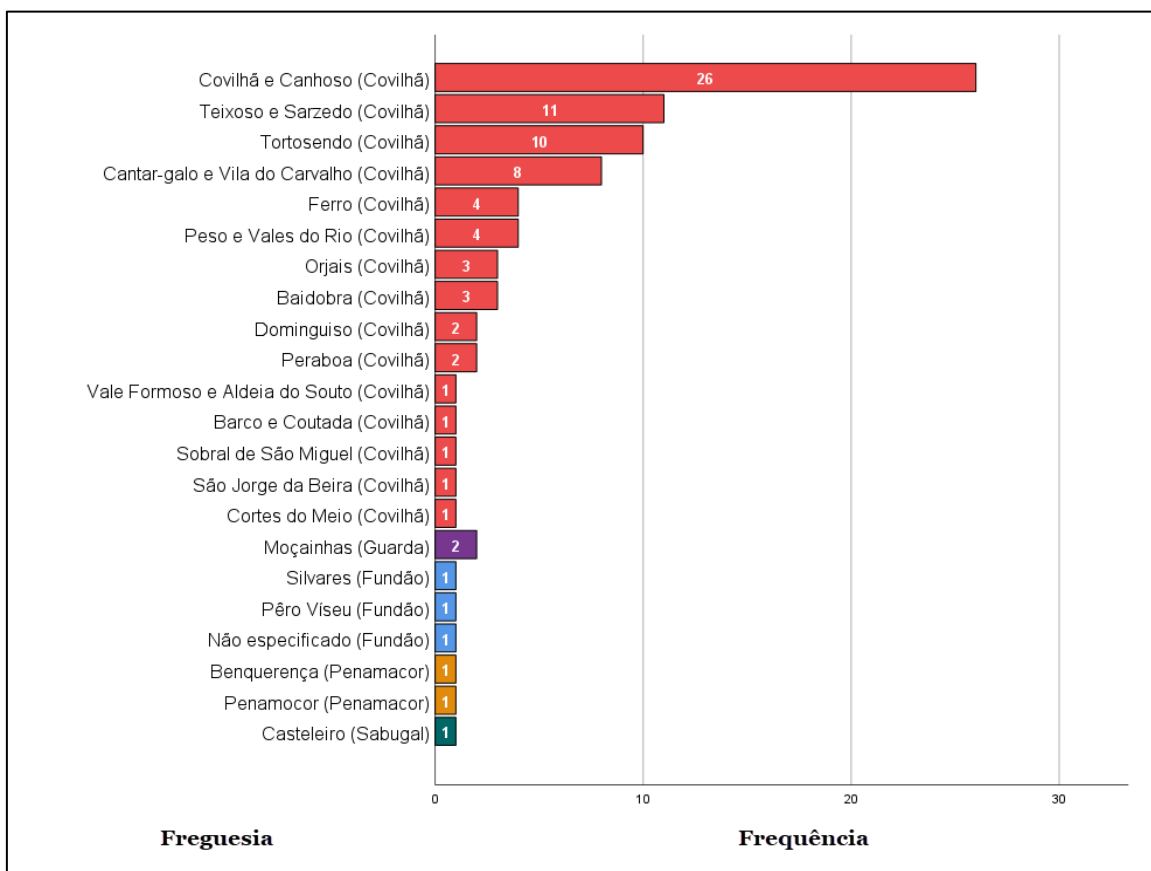
Testes de normalidade referentes aos índices de adesão de escala de Hill-Bone, geral e por categorias

	<i>N</i>	<i>Statistic</i>	<i>p-value</i>	
Score “Adesão à medicação”	Total	68	0,342	<0,001 ^{#4}
	<i>Sexo</i>			
	Masculino	39	0,298	<0,001 ^{#4}
	Feminino	29	0,538	<0,001 ^{#5}
	<i>Idade</i>			
	<44 anos	8	0,418	<0,001 ^{#5}
	45-64 anos	32	0,260	<0,001 ^{#4}
	>65 anos	28	0,626	<0,001 ^{#5}

#4 – teste de Kolmogorov-Smirnov; #5 – teste de Shapiro-Wilk; * - $p > 0.05$ → normalidade dos dados

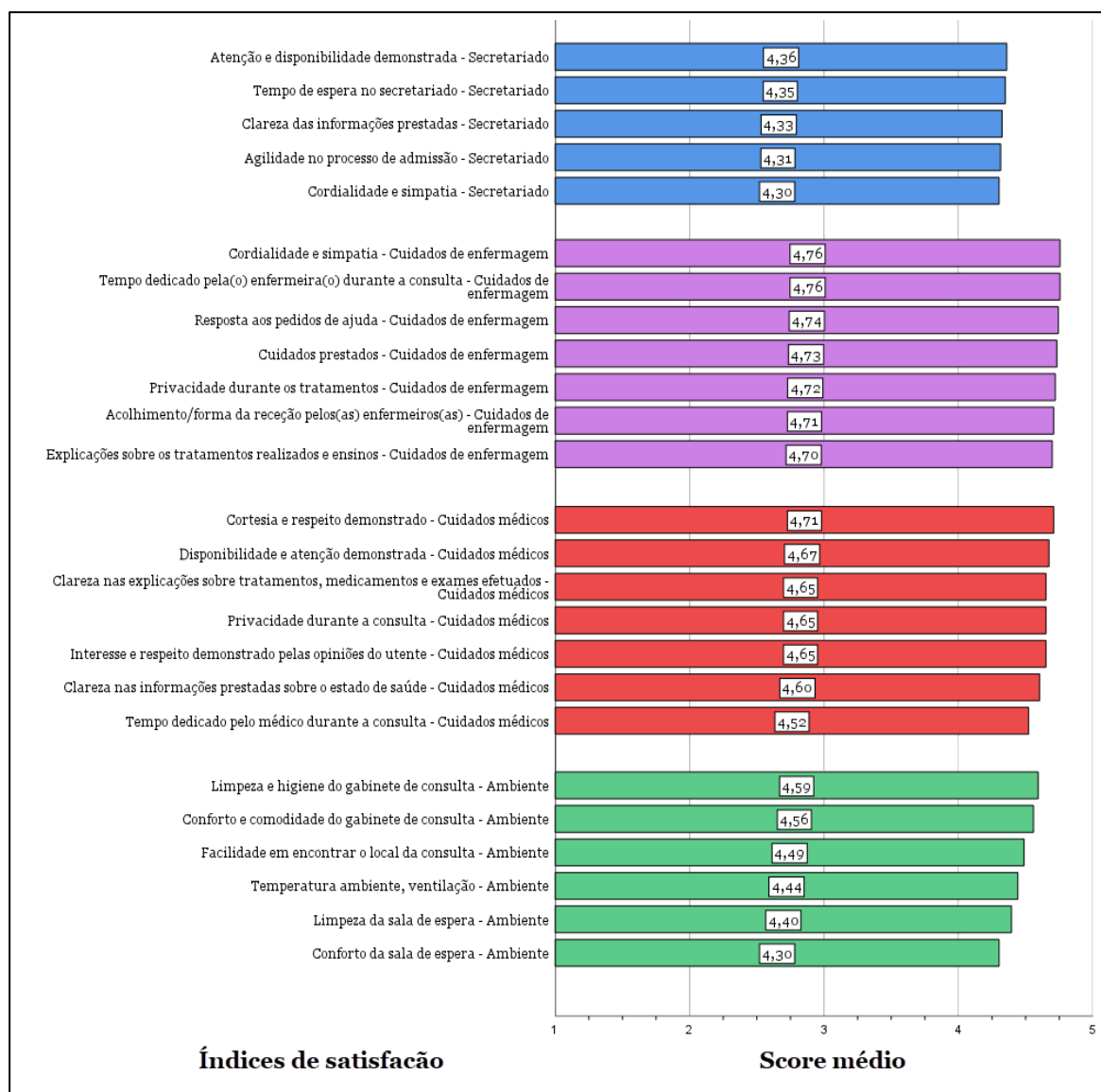
Anexo 10

Residência dos inquiridos por freguesias



Anexo 11

Índices de satisfação por perguntas e respetivo score médio



Anexo 12*Diferença nos índices de satisfação conforme as categorias de idade*

	Idade	Média (± DP)	p-value^{#3}
Satisfação global	<44 anos	4.90 (± 0.32)	0.167
	45-64 anos	4.59 (± 0.62)	
	> 65 anos	4.75 (± 0.51)	
Satisfação por áreas:			
Secretariado	<44 anos	4.43 (± 0.51)	0.584
	45-64 anos	4.40 (± 0.48)	
	> 65 anos	4.37 (± 0.54)	
Enfermeiro(a)	<44 anos	4.89 (± 0.27)	0.549
	45-64 anos	4.74 (± 0.44)	
	> 65 anos	4.78 (± 0.48)	
Médico(a)	<44 anos	4.89 (± 0.31)	0.221
	45-64 anos	4.64 (± 0.46)	
	> 65 anos	4.68 (± 0.56)	
Ambiente da consulta	<44 anos	4.73 (± 0.38)	0.230
	45-64 anos	4.42 (± 0.47)	
	> 65 anos	4.43 (± 0.56)	

#3 – teste de Kruskal-Wallis; * - p<0.01; ** - p<0.05

Anexo 13*Relação entre a idade e índices de satisfação*

	Índices de satisfação	Coefficiente de correlação	<i>p-value</i>^{#1}	Direção	Força
Idade	Satisfação global	0.056	0.611	Positiva	Muito baixa
	Secretariado	-0.020	0.855	Negativa	Muito baixa
	Enfermeiro(a)	-0.062	0.573	Negativa	Muito baixa
	Médico(a)	-0.082	0.454	Negativa	Muito baixa
	Ambiente da consulta	-0.023	0.832	Negativa	Muito baixa

#1 – coeficiente de correlação de Spearman; * - $p < 0.01$; ** - $p < 0.05$

Anexo 14*Diferença nos índices de satisfação conforme o estado civil - Kruskal-Wallis test*

	Estado civil	Média (± DP)	p-value^{#3}
Satisfação global	Casado (a)	4.74 (± 0.45)	0.549
	Separado(a)/Divorciado	5.00 (± 0.00)	
	União de facto	4.50 (± 0.71)	
	Viúvo	4.83(± 0.41)	
	Solteiro(a)	4.67 (± 0.58)	
<i>Satisfação por áreas:</i>			
Secretariado	Casado (a)	4.34 (± 0.51)	0.379
	Separado(a)/Divorciado	4.22 (± 0.62)	
	União de facto	4.47 (± 0.75)	
	Viúvo	4.70(± 0.33)	
	Solteiro(a)	4.81 (± 0.50)	
Enfermeiro(a)	Casado (a)	4.77 (± 0.40)	0.872
	Separado(a)/Divorciado	4.95 (± 0.07)	
	União de facto	4.57 (± 0.61)	
	Viúvo	4.81 (± 0.40)	
	Solteiro(a)	4.71 (± 0.38)	
Médico(a)	Casado (a)	4.70 (± 0.40)	0.650
	Separado(a)/Divorciado	4.83 (± 0.41)	
	União de facto	4.50 (± 0.71)	
	Viúvo	4.45 (± 0.81)	
	Solteiro(a)	4.48 (± 0.50)	
Ambiente da consulta	Casado (a)	4.48 (± 0.55)	0.322
	Separado(a)/Divorciado	4.69 (± 0.34)	
	União de facto	4.00 (± 0.00)	
	Viúvo	4.72 (± 0.44)	
	Solteiro(a)	4.39 (± 0.54)	

#3 – teste de Kruskal-Wallis; * - p<0.01; ** - p<0.05

Anexo 15*Diferença nos índices de satisfação conforme a situação profissional*

	Estado civil	Média (± DP)	p-value^{#3}
Satisfação global	Trab. por conta própria	5.00 (± 0.00)	0.483
	Trab. por conta de outrem	4.70 (± 0.47)	
	Desempregado	4.67 (± 0.58)	
	Reformado	4.79 (± 0.41)	
	Outro	4.50 (± 0.71)	
<i>Satisfação por áreas:</i>			
Secretariado	Trab. por conta própria	4.42 (± 0.54)	0.943
	Trab. por conta de outrem	4.42 (± 0.49)	
	Desempregado	4.47 (± 0.46)	
	Reformado	4.30 (± 0.55)	
	Outro	4.37 (± 0.61)	
Enfermeiro(a)	Trab. por conta própria	5.00 (± 0.00)	0.371
	Trab. por conta de outrem	4.78 (± 0.39)	
	Desempregado	4.95 (± 0.08)	
	Reformado	4.71 (± 0.43)	
	Outro	5.00 (± 0.00)	
Médico(a)	Trab. por conta própria	5.00 (± 0.00)	0.282
	Trab. por conta de outrem	4.69 (± 0.41)	
	Desempregado	4.67 (± 0.58)	
	Reformado	4.61 (± 0.51)	
	Outro	4.50 (± 0.71)	
Ambiente da consulta	Trab. por conta própria	4.69 (± 0.67)	0.717
	Trab. por conta de outrem	4.49 (± 0.46)	
	Desempregado	4.67 (± 0.58)	
	Reformado	4.47 (± 0.56)	
	Outro	4.50 (± 0.71)	

#3 – teste de Kruskal-Wallis; * - p<0.01; ** - p<0.05

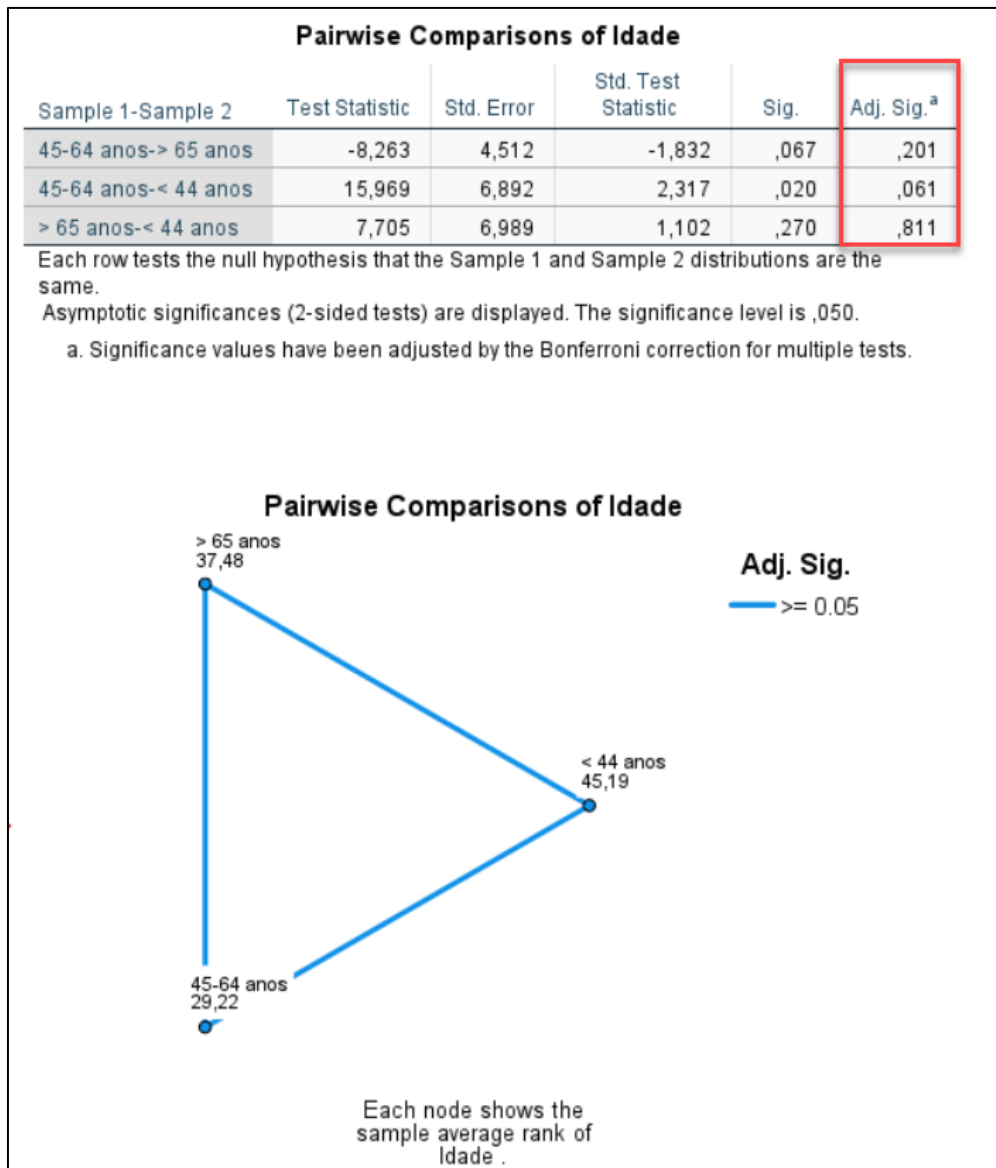
Anexo 16*Diferença entre os índices de satisfação nos pacientes que tiveram 1 consulta ou 2 e mais*

	Nº de consultas	Média (± DP)	<i>p-value</i> ^{#2}
Satisfação global	1ª consulta	4.69 (± 0.48)	0.549
	2 e mais consultas	4.77 (± 0.42)	
<i>Satisfação por áreas:</i>			
Secretariado	1ª consulta	4.38 (± 0.46)	0.969
	2 e mais consultas	4.37 (± 0.52)	
Enfermeiro(a)	1ª consulta	4.70 (± 0.45)	0.484
	2 e mais consultas	4.80 (± 0.37)	
Médico(a)	1ª consulta	4.51 (± 0.46)	0.102
	2 e mais consultas	4.72 (± 0.44)	
Ambiente da consulta	1ª consulta	4.41 (± 0.46)	0.342
	2 e mais consultas	4.53 (± 0.54)	

#2 – Mann Whitney U test

Anexo 17

Comparações pareadas do score de adesão à medicação entre diferentes grupos etários



Anexo 18

Diferença no score de adesão à medicação conforme os níveis de escolaridade, situação profissional, estado civil e diagnóstico prévio ou não da HTA

	Escolaridade	Média (± desvio-padrão)	p-value
Score “Adesão à medicação”	Até 1º e 2º ciclo	34,2 (± 2,7)	0.978 ^{#3}
	Até 3 ciclo	34,8 (± 1,9)	
	Ensino secundário	34,4 (± 2,3)	
	Ensino superior	34,7 (± 2,5)	
	Trab. por conta própria	35,0 (± 2,4)	0.504 ^{#3}
	Trab. por conta de outrem	34,2 (± 2,7)	
	Desempregado	29,0 (± 0,0)	
	Reformado	34,8 (± 2,0)	
	Outro	34,0 (± 2,8)	
	Casado (a)	34,2 (± 2,6)	0.227 ^{#3}
	Separado(a)/Divorciado	35,4 (± 1,3)	
	União de facto	36,0 (± 0,0)	
	Viúvo	35,2 (± 1,8)	
	Solteiro(a)	35,0 (± 0,0)	
	HTA previamente diagnosticada	35,0 (± 1,6)	0.306 ^{#1}
	Diagnóstico de HTA de novo	34,0 (± 2,8)	

#2 – Mann Whitney U test ; #3 – teste de Kruskal-Wallis; * - p<0.01; ** - p<0.05

