

# CAPACITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES HIPERTENSOS RESIDENTES NA ILHA DA MADEIRA

## ENABLEMENT AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE PATIENTS LIVING ON MADEIRA ISLAND

Sara Góis Freitas <sup>1</sup>, Marta Dora Freitas Ornelas <sup>2</sup>, José Augusto Rodrigues Simões <sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências da Vida, Universidade da Madeira, Portugal; SESARAM, EPERAM

Endereço de correio eletrónico do 1º autor:  
sarafreitas000@gmail.com

<https://doi.org/10.58043/rphrc.164>

### Resumo

**Introdução:** A Hipertensão Arterial (HTA) é a patologia crónica mais frequente e a principal causa de morte em Portugal. A adoção de um estilo de vida saudável é pertinente na prevenção de HTA e no adiamento da necessidade de início de terapêutica farmacológica. A capacitação, entendida como a aquisição de informação por parte do doente sobre a sua patologia, numa consulta médica, apresenta benefícios na redução da HTA.

**Objetivos:** Avaliar a capacitação dos doentes com HTA seguidos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Ilha da Madeira; avaliar a qualidade de vida (QV) dos doentes hipertensos; compreender se os doentes com maior capacitação têm um melhor controlo da TA e uma melhor QV, e comparar a capacitação avaliada pelos doentes que sofrem de HTA com a capacitação percebida pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que os seguem.

**Material e Métodos:** Estudo transversal e observacional numa amostra de conveniência de doentes hipertensos, por aplicação do questionário CapHTA para doentes, que avalia a capacitação sobre HTA, da escala EQ-5D que analisa a QV e questões que permitem a caracterização sociodemográfica da amostra. O questionário CapHTA para médicos, foi aplicado aos respetivos clínicos prestadores de cuidados de saúde primários. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial paramétrica e não paramétrica.

**Resultados:** Foi estudada uma amostra de 80 doentes hipertensos, predominantemente do sexo feminino (57,5%) e com o ensino básico como grau de escolaridade (65,8%). Verificaram-se piores resultados nas questões 5 e 6 do questionário CapHTA. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na capacitação segundo o grau de escolaridade, em que os grupos com menor escolaridade apresentavam maior proporção de respostas corretas. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o controlo da tensão arterial (TA) e a capacitação, nem entre o controlo da TA e a QV.

**Discussão:** Os resultados deste estudo sugerem que há alguns défices na capacitação dos utentes, que devem ser colmatados para que os doentes obtenham um melhor controlo da sua TA e uma melhor QV.

**Conclusão:** A percepção dos médicos relativamente aos conhecimentos dos seus doentes sobre a HTA é coincidente com aquilo que os doentes realmente sabem sobre a sua patologia. Deverão ser efetuados mais estudos na Ilha da Madeira com amostras de maiores dimensões para reforçar as conclusões estabelecidas.

### Abstract

**Introduction:** Arterial Hypertension (AHT) is the most common chronic disease and the leading cause of death in Portugal. Adopting a healthy lifestyle is relevant to preventing hypertension and delaying the need to start pharmacological therapy. Enablement understood as the acquisition of information by patients about their pathology during a medical appointment, has benefits in reducing hypertension.

**Objectives:** To assess the enablement of hypertensive patients followed up in the ACES (Group of Health Centers) of Madeira Island; to assess the quality of life (QoL) of hypertensive patients; to understand whether patients with greater enablement have better BP control and a better QoL, and to compare the enablement assessed by hypertensive patients with the enablement perceived by the general practitioners who follow them.

**Material and Methods:** Cross-sectional and observational study of a convenience sample of hypertensive patients, using the CapHTA questionnaire for patients, which assesses enablement in hypertension, the EQ-5D scale, which analyses QoL and questions that allow the sociodemographic characterization of the sample. The CapHTA questionnaire for doctors was administered to the respective primary care physicians. Descriptive and inferential parametric and non-parametric statistics were performed.

**Results:** A sample of 80 hypertensive patients was studied, predominantly female (57.5%) and with primary school education (65.8%). The worst results verified were found on questions 5 and 6 of the CapHTA questionnaire. Statistically significant differences were found in training according to level of education, with the groups with lower levels of education having a higher proportion of correct answers. There was no statistically significant correlation between blood pressure (BP) control and empowerment, nor between BP control and QoL.

### Palavras-Chave:

Hipertensão arterial, capacitação, qualidade de vida, Medicina Geral e Familiar.

**Keywords:**

Arterial  
Hypertension,  
enablement,  
quality of life,  
General Practice

**Discussion:** *This study's results suggest some deficits in the enablement of hypertensive patients, which must be corrected if patients are to achieve better BP control and better QoL.*

**Conclusion:** *Doctors' perceptions of their patients' knowledge of AHT coincide with what patients know about their condition. Further studies should be carried out on the island of Madeira with larger samples to reinforce the conclusions drawn.*

**Introdução**

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença silenciosa definida pela elevação persistente da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg, em diferentes medições e em diferentes ocasiões. Esta definição é válida para indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que não efetuam qualquer tratamento farmacológico antihipertensora, que não apresentam patologia aguda simultânea e que não se encontrem grávidas.<sup>1</sup>

Mundialmente, as doenças cardiovasculares representam uma importante causa de mortalidade.<sup>2</sup> A HTA é o fator de risco evitável mais comum para doenças cardiovasculares (nomeadamente, doença coronária, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, fibrilação auricular e doença arterial periférica), doença renal crónica e comprometimento cognitivo.<sup>3</sup>

A HTA é a patologia crónica mais frequente e a principal causa de morte em Portugal, por dia morrem cerca de 100 portugueses por problemas cérebro-cardiovasculares.<sup>2</sup>

Segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM), em 2019, 28,7% da população com idade superior a 15 anos, residente na Ilha da Madeira (254 254 pessoas)<sup>5</sup> apresentava HTA, tendo sido esta, a patologia crónica que mais aumentou face a 2014 (seguindo a tendência verificada no resto do país), a amostra analisada era constituída por 1 778 pessoas. A prevalência da HTA é maior nos grupos etários a partir dos 65 anos, particularmente em idades compreendidas entre os 75 e 84 anos, no qual 3 em cada 4 pessoas apresentam a doença; Esta afeta cerca de 32,1% das mulheres e 24,8% dos homens.<sup>4</sup>

A adoção de um estilo de vida saudável apresenta uma importância fulcral na prevenção da HTA, reduzindo os valores elevados da tensão arterial (TA) e diminuindo o risco cardiovascular associado. Entre as medidas que

mais contribuem para este efeito destacam-se a perda de peso, a redução da ingestão de sal, a prática regular de atividade física, a moderação do consumo de álcool e a cessação tabágica. Desta forma, com a adoção de tais medidas comportamentais é possível reduzir o número de fármacos necessários para o controlo TA e retardar a necessidade de início de terapêutica farmacológica.<sup>6</sup>

A eficácia terapêutica é alcançada através do trabalho dos profissionais de saúde com os doentes hipertensos, tendo em conta o grau de conhecimento que os utentes possuem acerca da patologia e do modo como lidam com esta.<sup>7</sup> Desta forma, o termo “Capacitação”, que corresponde ao conhecimento adquirido pelo doente após uma consulta médica, para conseguir lidar, compreender e gerir a sua doença, ganha relevância.<sup>8</sup>

A Qualidade de Vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>9</sup>. Este é um conceito complexo e multifatorial, com impacto tanto na saúde física e mental, como também nas crenças pessoais e relacionamentos sociais.<sup>10</sup> Por outro lado, a saúde, definida em 1947 pela OMS diz respeito a “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”<sup>11</sup>. Desta forma, entende-se que a medição da saúde e dos seus cuidados deve incluir não só alterações na frequência e gravidade das patologias, como também uma estimativa da QV do indivíduo.<sup>10</sup>

O EQ-5D, desenvolvido em 1987 pelo grupo EuroQoL e tornado público desde 1990, é um instrumento de medição da QV relacionada com a saúde que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. A versão portuguesa deste questionário tem uma boa fiabilidade, aceitabilidade e validade na medição do estado de saúde.<sup>12</sup> A média estimada do valor do EQ-5D na população portuguesa é de 0,758,

variando entre -0,50 e 1,00.<sup>13</sup>

Neste estudo pretendemos avaliar a capacitação dos doentes com HTA seguidos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Ilha da Madeira; avaliar a QV dos doentes hipertensos; compreender se os doentes com maior capacitação têm um melhor controlo da TA e uma melhor QV, e comparar a capacitação avaliada pelos doentes que sofrem de HTA com a capacitação percebida pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que os seguem.

## Material e Métodos

### Desenho do estudo

Foi efetuado um estudo transversal e observacional com componente analítica, numa amostra de conveniência, por aplicação de questionários a doentes hipertensos e aos seus respetivos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), no ACES da Ilha da Madeira.

### Seleção dos participantes

Após reunião com a Coordenadora do Internato de MGF na Região Autónoma da Madeira, foi realizada, a 29 de setembro de 2023, uma reunião com os médicos internos de MGF do ACES da Ilha da Madeira, onde foi solicitada colaboração para a obtenção dos dados – preenchimento dos questionários. Nessa reunião foram distribuídos 150 pares de questionários, que seriam preenchidos pelos médicos e pelos seus doentes.

A amostra estudada foi de doentes previamente diagnosticados com HTA e a realizar terapêutica antihipertensiva, que frequentaram as consultas no ACES, agendadas antecipadamente pelos respetivos Centros de Saúde em que se encontram inscritos, que aceitaram participar no estudo quando convidados pelo médico que os segue. Os doentes estudados eram de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos do estudo as crianças e os indivíduos com compreensão comprometida.

Os participantes assinaram de forma voluntária, confidencial e anónima o consentimento informado.

### Recolha de dados

A recolha de dados ocorreu no ACES da Ilha da Madeira, que contempla 46 Centros de Saúde (CS), distribuídos por 6 zonas geográficas, nomeadamente CS da Zona

Oeste – CS do Arco da Calheta e da Calheta, CS de Câmara de Lobos – CS de Câmara de Lobos, CS do Funchal Zona I – CS do Bom Jesus e de São Roque, CS do Funchal Zona II – CS de Santo António, CS de Santa Cruz – CS do Caniço e CS da Zona Leste – CS de Machico.<sup>14</sup> O ACES da Ilha da Madeira encontra-se inserido no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (SESARAM, EPERAM), que consiste numa unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, que articula os CS com os hospitais, sediada no Funchal.<sup>15</sup>

Antes do início do estudo, foi submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPERAM e à Comissão Científica para a Investigação Clínica do SESARAM, EPERAM que obteve parecer favorável no dia 17 de junho de 2023 (Anexo I). A recolha de dados ocorreu entre 2 de outubro de 2023 e 10 de janeiro de 2024.

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de três questionários – 1) O CapHTA para doentes para avaliar a capacitação dos doentes relativamente à sua HTA; 2) O CapHTA para médicos, que avalia a perspetiva dos respetivos médicos de família/ internos de MGF relativamente ao conhecimento que os doentes adquirem durante a consulta; 3) A escala EQ-5D para avaliar a QV dos doentes com três opções de resposta.

Obtivemos a autorização dos autores para aplicação dos questionários CapHTA para doentes (Anexo II) e CapHTA para médicos (Anexo III). Estes questionários são constituídos pelos seguintes tópicos: 1 – repercussões orgânicas da HTA; 2 – relação entre a ingestão excessiva de sal e a HTA; 3 – correspondência dos níveis de lípidos no sangue, excesso de peso e tabagismo com a maior incidência de morbimortalidade associada à HTA; 4 – necessidade de cumprir a posologia da medicação para HTA, indicada pelo médico; 5 – efeitos do tempo da medicação para HTA e a sua farmacocinética; 6 – existência de prováveis interações medicamentosas que diminuam os efeitos da medicação para HTA.

As respostas aos questionários CapHTA foram fornecidas através de uma escala de *Likert* de 5 valores, sendo estes, 1 – concordo totalmente; 2 – concordo parcialmente; 3 – indiferente; 4 – discordo parcialmente e 5 – discordo totalmente.

Cada questionário CapHTA destinado aos doentes, foi



identificado com um número correspondente ao seu homólogo CapHTA para médicos, de maneira a ser possível a comparação das respostas.

Os questionários aplicados aos doentes também continham dados de caracterização sociodemográfica: sexo (masculino ou feminino), idade (codificada em 5 faixas etárias: 18-39, 40-49, 50-59, 60-69 e  $\geq 70$ ) e grau de escolaridade (codificado em: não sabe ler nem escrever, ensino básico, ensino secundário, formação profissional e ensino superior).

O questionário EQ-5D, aplicado somente aos doentes, é constituído por questões relativamente a mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/ desconforto e ansiedade/ depressão. Este questionário apresenta como ponto de corte o valor 0,758; em que consideramos boa QV ( $>0,758$ ) e má QV ( $<0,758$ ).

#### Análise de dados

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao software IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27.

Para descrição da amostra foi realizada uma análise estatística descritiva e para compreender as associações entre as restantes variáveis foi efetuada análise inferencial paramétrica e não paramétrica, com recurso às seguintes metodologias: alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intraclasse em one way random, para avaliar a confiabilidade do questionário CapHTA para doentes; teste U de Mann-Whitney para comparar amostras independentes, neste caso, o sexo e o grau de escolaridade; teste H de Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças entre as respostas aos questionários CapHTA para doentes; teste de Kolmogorv-Smirnov para verificar se os questionários aplicados seguiam uma distribuição normal; Coeficiente de Correlação de Pearson para estudar a relação entre os questionários CapHTA versão médicos e versão doentes e CapHTA versão doentes e escala EQ-5D.

O valor de p para diferença foi definido como o de  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

A amostra analisada foi constituída por 80 doentes hipertensos, dos quais 46 eram do sexo feminino (57,5%), um participante não respondeu a esta questão. A

média da idade na população-alvo foi  $60,7 \pm 12,0$  anos, sendo  $60,5 \pm 11,6$  no sexo feminino e  $61,0 \pm 12,6$  no sexo masculino, com um intervalo de confiança de 95%.

Na tabela 1, observamos a distribuição da idade e do grau de escolaridade da amostra em função do sexo. Não se verificou diferença significativa da idade entre os sexos ( $p = 0,851$ ); 44,9% dos participantes encontravam-se na faixa etária dos 60 a 69 anos e 1,3% da amostra tinha idade compreendida entre os 18 e os 39 anos.

Relativamente ao grau de escolaridade, todos os participantes sabiam ler ou escrever, 48 indivíduos (65,8%) tinham o ensino básico, 16 indivíduos (21,9%) frequentaram o ensino secundário (21,9%), 2 indivíduos (2,7%) tiveram formação profissional e 7 participantes (9,6%) concluíram o ensino superior. A maior parte da amostra apresentava um nível de instrução educacional baixo (65,8% frequentaram o ensino básico). Não se verificou diferença significativa no grau de escolaridade entre os sexos ( $p = 0,498$ ).

Na análise de confiabilidade, o questionário CapHTA para doentes obteve um Alfa de Cronbach de 0,746, o que indica que as questões deste questionário estão correlacionadas entre si de modo consistente. O Intervalo de Correlação de Intraclasse em one way random foi de 0,666 com limites entre 0,536 e 0,770 para um intervalo de confiança de 95%, o que significa que há uma correlação moderada entre as médias das respostas. Na tabela 2, apresentamos o valor do Alfa de Cronbach, caso determinada questão do questionário CapHTA para doentes fosse excluída.

A análise descritiva das respostas ao questionário CapHTA para doentes, apresenta-se na tabela 3. Em relação à questão “os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar” 12,7% ( $n=10$ ) dos inquiridos referiu discordar parcialmente e 13,9% ( $n=11$ ) discordou totalmente, enquanto 41,8% ( $n=33$ ) concorda totalmente. No que diz respeito à pergunta “os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe” 7,6% ( $n=6$ ) dos doentes hipertensos optou por discordar totalmente, 11,4% ( $n=9$ ) discorda parcialmente e 10,1% ( $n=8$ ) respondeu que era indiferente.

**Tabela 1** – Distribuição da idade e grau de escolaridade em função do sexo

	Sexo, n (%)			p*
	Masculino	Feminino	Total	
Idade (anos)				
18-39	1 (3,0%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	
40-49	2 (6,1%)	5 (11,1%)	7 (9,0%)	
50-59	8 (24,2%)	12 (26,7%)	20 (25,6%)	0,851
60-69	16 (48,5%)	19 (42,2%)	35 (44,9%)	
≥70	6 (18,2%)	9 (20,0%)	15 (19,2%)	
Total	33 (100%)	45 (100%)	78 (100%)	
Grau de escolaridade				
Não sabe ler nem escrever	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Ensino básico	18 (58,1%)	30 (71,4%)	48 (65,8%)	0,498
Ensino secundário	11 (35,5%)	5 (11,9%)	16 (21,9%)	
Formação profissional	1 (3,2%)	1 (3,2%)	2 (3,2%)	
Ensino superior	1 (3,2%)	6 (14,3%)	7 (9,6%)	
Total	31 (100%)	42 (100%)	73 (100%)	

\*Teste U de Mann Whitney

**Tabela 2** – Alfa de Cronbach se a questão do questionário CapHTA para doentes for excluída

Questões	Alfa de Cronbach
Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.	0,710
O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial.	0,683
Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.	0,690
Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.	0,677
Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.	0,790
Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.	0,712

Através da análise da tabela 4, percebemos que há diferença significativa das respostas ao questionário CapHTA para doentes, consoante o grau de escolaridade nas questões “na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração” (p=0,004), “o consumo de sal em excesso é

**Tabela 3** – Frequência das respostas às questões relativas ao questionário CapHTA para doentes

	Questões, n (%)					
	Efeitos nocivos da HTA (1)	Consumo excessivo de sal (2)	Dislipidemia e tabagismo (3)	Horário e quantidade dos medicamentos (4)	Tempo de atuação e eliminação dos medicamentos (5)	Interações medicamentosas (6)
Concordo Totalmente	61 (77,2%)	63 (78,8%)	72 (91,1%)	71 (89,9%)	33 (41,8%)	42 (53,2%)
Concordo Parcialmente	11 (13,9%)	9 (11,3%)	2 (2,5%)	4 (5,1%)	11 (13,9%)	14 (17,7%)
Indiferente	3 (3,8%)	3 (3,8%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	14 (17,7%)	8 (10,1%)
Discordo Parcialmente	2 (2,5%)	3 (3,8%)	2 (2,5%)	3 (3,8%)	10 (12,7%)	9 (11,4%)
Discordo Totalmente	2 (2,5%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	11 (13,9%)	6 (7,6%)

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

a principal causa de hipertensão arterial” ( $p=0,012$ ) e “os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou” ( $p=0,018$ ). Nestas questões, ao analisarmos as proporções de respostas “Concordo totalmente” constatamos que estas são maiores nos grupos com menor escolaridade. Nas questões “o consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial” e “os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou” observamos que a maior percentagem de respostas “Discordo totalmente” diz respeito aos inquiridos que frequentaram o ensino superior.

Pudemos constatar que 53 participantes, 66,3% da amostra apresenta má QV em função do ponto de corte definido para a população portuguesa (0,758), independentemente do valor da capacitação estar acima ou abaixo da mediana (9). Cruzando a QV com a capacitação verificamos que 67,6% dos doentes com capacitação inferior a 9, apresenta má QV (Tabela 5).

Após aplicação do teste U de Mann-Whitney, verificamos que não há diferença entre o controlo da TA e a

capacitação ( $p=1,000$ ). Dos doentes com TA controlada, 32,4% apresenta capacitação inferior a 9 enquanto 32,6% tem acima de 9. Relativamente aos doentes com TA normal/alta, 35,1% dos doentes apresentaram uma capacitação abaixo de 9 e 34,9% acima de 9. Por fim, dos doentes com TA alta, 32,4% possui capacitação inferior a 9 e 32,6% acima de 9. Do mesmo modo, não há uma diferença significativa entre o controlo da TA e a autoavaliação da QV em boa ou má ( $p=0,771$ ). Verifica-se que 41,5% da amostra apresenta TA normal/alta e uma má QV (tendo em conta o ponto de corte 0,758). Parece haver uma tendência geral para que, quanto mais prevalente é a TA normal/alta, pior é a QV – Tabela 6. A correlação entre o valor total da escala CapHTA versão doentes e total do questionário EQ-5D foi muito fraca, negativa e não significativa ( $p=-0,118$ ;  $p=0,299$ ). A correlação entre o valor total CapHTA dos médicos e total CapHTA dos doentes foi fraca, positiva e significativa ( $p=0,231$ ;  $p=0,040$ ).

## Discussão

Este estudo visou compreender o conhecimento dos

**Tabela 4** – Resposta às questões do CapHTA para doentes tendo em conta o grau de escolaridade

		Grau de Escolaridade, n (%)				Total	p*
		Ensino básico	Ensino secundário	Formação profissional	Ensino Superior		
Efeitos nocivos da HTA (1)	<b>Concordo totalmente</b>	37(77,1%)	17 (100,0%)	1 (50,0%)	2 (28,6%)	57(77,0%)	0,004
	<b>Concordo parcialmente</b>	5 (10,4%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	4 (57,1%)	10(13,5%)	
	<b>Indiferente</b>	3 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	
	<b>Discordo parcialmente</b>	2 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,7%)	
	<b>Discordo totalmente</b>	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,7%)	
Total		48 (100%)	17 (100%)	2 (100%)	7(100%)	74 (100%)	
Consumo excessivo de sal (2)	<b>Concordo totalmente</b>	40 (83,3%)	14 (82,4%)	0 (0,0%)	3 (42,9%)	57 (77,0%)	0,012
	<b>Concordo parcialmente</b>	3 (6,3%)	2 (11,8%)	2 (100%)	2 (28,6%)	9 (12,2%)	
	<b>Indiferente</b>	2 (4,2%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	
	<b>Discordo parcialmente</b>	2 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	3 (4,1%)	
	<b>Discordo totalmente</b>	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	2 (2,7%)	
Total		48 (100%)	17 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	74 (100%)	
Horário e quantidade dos medicamentos (3)	<b>Concordo totalmente</b>	42 (89,4%)	17 (100,0%)	2 (100,0%)	4 (57,1%)	65 (89,0%)	0,018
	<b>Concordo parcialmente</b>	3 (6,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	4 (5,5%)	
	<b>Indiferente</b>	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	
	<b>Discordo parcialmente</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	<b>Discordo totalmente</b>	1 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	3 (4,1%)	
Total		47 (100%)	17 (100%)	2 (100%)	7 (100%)	73 (100)	

\*Teste Kruskal Wallis

**Legenda:** 1 – Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.; 2 – O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial.; 3 – Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.

**Tabela 5** – Relação entre a QV e a Capacitação

		Capacitação, distribuição segundo a mediana, n (%)		
		Abaixo de 9 n = 37 (100,0%)	Igual ou acima de 9 n = 43 (100,0%)	Total n = 80 (100,0%)
Qualidade de vida em função de 0,758	<b>Bom (maior que 0,758)</b>	12 (32,4%)	15 (34,9%)	27 (33,8%)
	<b>Má (menor que 0,758)</b>	25 (67,6%)	28 (65,1%)	53 (66,3%)

**Tabela 6** – Relação entre a Capacitação e a QV e o Controlo da TA

		Pressão Arterial, n (%)				P*
		Controlada n=26 (32,5%)	Normal/Alta n=28 (35,0%)	Alta n= 26 (32,5%)	Total n=80 (100%)	
Capacitação, distribuição segundo a mediana	<b>Abaixo de 9</b>	12(32,4%)	13(35,1%)	12(32,4%)	37(100%)	1,000
	<b>Igual ou superior a 9</b>	14(32,6%)	15(34,9%)	14(32,6%)	43(100%)	
Qualidade de Vida em função de 0,758	<b>Boa (&gt;0,758)</b>	11(40,7%)	6 (22,2%)	10(37,0%)	27(100%)	0,771
	<b>Má (&lt;0,758)</b>	15(28,3%)	22(41,5%)	16(30,2%)	53(100%)	

\*Teste de U de Mann-Whitney

doentes hipertensos sobre a HTA e o modo como esse conhecimento influenciava a sua QV, bem como o controlo da patologia e comparar a perspetiva dos médicos relativamente à capacitação dos doentes. Na Ilha da Madeira, foi a primeira vez que foi efetuado um estudo com esta abrangência.

Alguns estudos e normas da DGS salientam a importância da educação do doente pela equipa médica. Uma vez comprovado o impacto positivo da informação sobre a HTA no controlo da doença, importa perceber quais as áreas e conhecimentos que deverão ser mais explorados pelos médicos, de modo a tornar mais efetiva a sua educação.<sup>1</sup>

A amostra, obtida neste âmbito de cuidados de saúde primários, era maioritariamente feminina, correspondendo a 57,5% dos inquiridos (n=46), o que está de acordo com os últimos dados obtidos pela

DREM, que revelam uma maior prevalência da HTA na população do sexo feminino.<sup>4</sup> Estudos efetuados em Portugal Continental e Cabo Verde denotam o mesmo; em 2016, Agrela<sup>16</sup> estudou uma amostra de n=202 doentes hipertensos em que 60,9% era do sexo feminino; em 2018, Pereira<sup>17</sup> obteve uma amostra de n=207 indivíduos, sendo 53,6% mulheres; em 2021, Fernandes<sup>18</sup> estudou um total de n=110 doentes com 67,27% respostas obtidas por mulheres e em 2023 Antunes<sup>19</sup>, estudou n=103 pacientes hipertensos, sendo 51,5% do sexo feminino.

O conhecimento por parte dos utentes das informações que constituem o questionário CapHTA tem um impacto positivo no controlo da sua TA.<sup>20</sup> Relativamente às questões “os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar” e “os medicamentos na hipertensão arterial

podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe”, verificaram-se piores resultados em comparação com as outras restantes, demonstrando algumas limitações dos doentes acerca da farmacocinética, farmacodinamia e possíveis interações medicamentosas.<sup>18</sup> Nos estudos de Fernandes<sup>18</sup> e Antunes<sup>19</sup>, estas questões também foram as que apresentaram os piores resultados. Este dado, indica que é necessário investir na formação dos doentes, pois estas informações parecem não estar a ser bem transmitidas ou os doentes não estão a compreendê-las de modo correto, o que pode ser um dos impasses na adesão a terapêutica e no controlo da TA dos doentes, uma vez que os doentes não sabem como é que a medicação atua no seu organismo, nem que medicamentos interferem com a toma dos antihipertensores e que como tal, não devem ser tomados em simultâneo.<sup>16</sup> Deste modo, esta informação é útil para os profissionais de saúde saberem quais as informações mais deficitárias e que como tal, merecem mais atenção e mais investimento na educação populacional, o que permitirá uma redução da TA e consequente risco cardiovascular.<sup>16,19</sup>

Quanto ao grau de escolaridade, foram encontradas diferenças significativas nas respostas às questões do questionário CapHTA para doentes, em que os inquiridos com ensino superior apresentavam uma proporção de respostas corretas mais baixa relativamente aos grupos com menor nível de escolaridade. Contrariamente ao que foi verificado neste trabalho, estudos anteriores concluíram que um maior nível de escolaridade dos doentes hipertensos estava diretamente relacionado com um aumento do conhecimento sobre a HTA.<sup>21,22</sup>

Parece existir uma correlação muito fraca e negativa, embora sem relevância estatística ( $p = -0,118$ ;  $p = 0,299$ ) entre a capacitação dos doentes (o valor total da escala CapHTA versão doentes) e a QV (total do questionário EQ-5D), o que significa que quanto maior a capacitação do doente relativamente à sua patologia, melhor é a QV, ou seja, menor é o total da escala EQ-5D. Contrariamente a este estudo, Fernandes<sup>18</sup> no seu trabalho verificou uma correlação forte, positiva e significativa ( $p = 0,887$ ,  $p < 0,001$ ) entre a capacitação e a QV. Podem ser apontadas como razões para esta divergência o pequeno tamanho da nossa amostra (80 participantes), as diferenças entre as médias da idade dos utentes (na nossa amostra a

média de idades no sexo masculino foi de  $601,0 \pm 12,6$  anos e no sexo feminino  $60,5 \pm 11,6$  enquanto no estudo de Fernandes<sup>18</sup>, a média de idades no sexo masculino foi de  $56,7 \pm 9,9$  e no sexo feminino foi de  $59,4 \pm 11,4$  anos), divergências entre os médicos prestadores de cuidados e dificuldades no preenchimento do questionário pela baixa formação académica da amostra analisada (65,8% tem o ensino básico) ou pelo preenchimento pouco frequentes deste instrumentos de avaliação. A literacia dos doentes hipertensos acerca dos efeitos da TA alta, influencia a capacidade de os doentes compreenderem e aplicarem conhecimentos relacionados com a HTA, o que por sua vez afeta a QV.<sup>23</sup> Wang<sup>23</sup> verificou no seu trabalho que maiores níveis de conhecimento sobre TA elevada estavam associados a uma melhor QV.

Relativamente a capacitação e ao controlo da TA não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com maior e menor capacitação. Agrela<sup>16</sup> e Agung<sup>24</sup> nos seus trabalhos obtiveram resultados semelhantes aos mencionados. A ausência de relação entre a capacitação e o controlo da TA pode ser explicada por alguns motivos como a não adesão terapêutica, ausência de um estilo de vida saudável e fatores económicos.<sup>24</sup> Assim, entendemos que mais importante do que a capacitação é a atitude e o comportamento que os utentes decidem adotar perante a sua patologia.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, os nossos resultados indicam que, quanto mais prevalente é a TA normal/alta, pior é a QV. Patil<sup>25</sup> no seu estudo constatou que os doentes hipertensos com TA não controlada percecionavam pior QV em comparação com os doentes com TA controlada. São conhecidos vários fatores que podem interferir com a QV de quem sofre de HTA, como a idade, o sexo, estado civil, o contexto profissional e a coexistência ou não de outras patologias concomitantemente.<sup>26</sup> Deste modo, entendemos que falta de controlo destes fatores, bem como o pequeno tamanho da amostra analisada neste estudo, pode ter contribuído para que não houvesse diferença estatisticamente significativa entre o controlo da TA e a QV.

Ao comparar as respostas do questionário CapHTA para médicos com as respostas do CapHTA para doentes verificou-se que existe uma correlação positiva, fraca



e estatisticamente significativa ( $p=0,231$ ;  $p=0,040$ ). Assim, entende-se que a percepção que os clínicos têm acerca do conhecimento dos seus doentes sobre a HTA são coincidentes com aquilo que os doentes realmente sabem sobre a sua patologia. Na análise feita por Agrela<sup>16</sup> verificou-se que apenas havia concordância entre a opinião médica e a opinião do paciente na questão 4 do questionário CapHTA.

Neste estudo, o tamanho da amostra não apresenta as dimensões ideais, pelo que deve ser apontado como uma limitação. O objetivo inicial era alcançar no mínimo 100 doentes, tendo sido distribuídos 150 pares de questionários aos médicos que aceitaram colaborar, contudo, apenas foram devolvidos 80. Possíveis justificações para esta situação podem ser a pouca aderência dos doentes hipertensos e a sobrecarga laboral dos médicos internos. Durante a recolha dos dados por parte de alguns médicos internos foi revelada a falta de compreensão de algumas questões do CapHTA para doentes, tendo sido necessário proceder a explicação das perguntas não compreendidas, o que de algum modo pode ter constituído o viés de interpretação nas respostas dos doentes. Podemos considerar que durante o preenchimento dos questionários também pode ter ocorrido viés de memória ou de atenção.

Não sabermos qual o conhecimento dos doentes sobre a HTA previamente à entrevista clínica pode ter constituído uma limitação, na medida em que não conseguimos saber se as respostas foram dadas somente com base na capacitação pelo médico.

Outra limitação que deve ser referida é a baixa literacia da amostra, em que a maioria dos inquiridos (65,8%) apresentava o ensino básico como grau de escolaridade, o que pode ter interferido na capacitação dos utentes e por sua vez, nos resultados obtidos.<sup>19,22</sup>

### Conclusão

Observa-se que os doentes hipertensos apresentam um baixo nível de conhecimentos sobre a HTA, o que se reflete na gestão da sua doença, nomeadamente no controlo da TA.

Conclui-se que os doentes mais capacitados sobre a HTA, apresentam uma melhor QV, sugerindo assim uma melhor compreensão da doença e dos fatores relacionados com a TA.

No que diz respeito a capacitação e ao controlo da TA não houve significância estatística. Embora sem diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que quanto mais prevalente é a TA normal/alta, pior é a QV.

Sabe-se agora que as informações abordadas pelas questões 5 e 6 do CapHTA para doentes deverão ser melhor divulgadas junto do doente, para que se obtenham melhores resultados no controlo da HTA. Percebeu-se também que a percepção que os médicos têm acerca do conhecimento dos seus utentes sobre a HTA são coincidentes com aquilo que os utentes realmente sabem sobre a sua patologia. Assim, torna-se mais fácil para os médicos entender quais são as áreas do conhecimento que necessitam de mais investimento por serem mais deficitárias.

Com este trabalho, entende-se que a capacitação dos utentes assume uma grande importância na adesão ao tratamento e melhor QV. Deste modo, mais estudos com recurso a amostras de maiores dimensões deverão ser realizados na Ilha da Madeira para reforçar as conclusões estabelecidas e investigar se existe correlação entre as variáveis em que não houve significado estatístico neste estudo.

### Agradecimentos

Agradecemos aos médicos, Ana Cristina Franco Spínola, Andreia Sofia Carvalho Basílio Simões, Bárbara Sofia Gouveia Vasconcelos, Carla Sofia Gonçalves Rocha, Carlos Miguel Gonçalves Fernandes, Carlota José Freitas Olim, Carolina Vitória Pereira Figueira, João Francisco Vieira Matias, Joana Maria Fernandes Lobato, Mariana Aguiar Andrade, Pedro Miguel de Freitas Felgueiras, Rita Catarina Figueiro Marçal, Sara Carolina Oliveira de Jesus e todos aqueles que colaboraram na recolha dos dados para este estudo, mas que não se identificaram.

### Referências Bibliográficas

1. Direção Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma da Direção Geral de Saúde. 2011;026/2011:1-14.
2. Santos TASL, Ferreira AC, Santiago LM. Hipertensão Arterial em Portugal: O Custo do Controlo. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 2022; Jul-Ago: 20:13-18.
3. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR,

- Cífková, R et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2019; 4:18014.
4. Direção Regional de Estatística da Madeira. Unidade de Cuidados de Saúde Primários 2018-2020. Funchal: DREM; 2023.
5. Direção Regional de Estatística da Madeira. Estatísticas Demográficas da Região Autónoma da Madeira 2019. Funchal: DREM; 2020.
6. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewick A, et al. 2023 ESH Guidline for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens*. 2023; 41:1874-2071.
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/ Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral*. 2005;21:511-6.
8. Reis AN, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar. *Rev ADSO*. 2015 (05):19-32.
9. World Health Organization. Consitution of World Health Organization. [document on the Internet]. Geneva: World Heath Organization; [cited 2024 Mar 01]. Available from: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.
10. Pereira S, Ribeiro JP, Leal I. Qualidade e Propósito de Vida. Livro de Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 2020.
11. World Health Organization. WHOQOL Instruments [document on the Internet]. Geneva: World Heath Organization; [cited 2024 Mar 01]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
12. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013; (26):664-75.
13. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2014; 23(2):425-30.
14. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – SESARAM. Diretório de Serviços – Centros de Saúde. [document on the Internet]. Funchal: SESARAM; [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://www.sesaram.pt/portal/utente/diretorio-de-servicos/centros-de-saude>.
15. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – SESARAM. Quem somos [document on the Internet]. Funchal: SESARAM; [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/o-sesaram/quem-somos>.
16. Agrela PJ. Análise da Capacitação dos doentes com Hipertensão Arterial comparativamente à perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2016. Available from: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5269>
17. Pereira PN. Adesão à terapêutica, capacitação e qualidade de vida: relação com o controlo da Hipertensão Arterial [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2018. Available from: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82013>
18. Fernandes ANR. Capacitação e qualidade de vida dos doentes hipertensos seguidos nos Centros de Saúde na Cidade da Praia em Cabo Verde [dissertação]. Praia: Universidade de Cabo Verde; 2021.
19. Antunes BM. Capacitação e Qualidade de vida dos doentes hipertensos seguidos no Centro de Saúde de Góis [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2023. Available from: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/111530>
20. Santiago LM, Pereira C, Botas P etl al. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Rev Port Cardiol*. 2014;33(7-8):419-424.
21. Machaalani M, Seifeddine H, Ali A, Bitar H, Briman O, Chahine MN. Knowledge, attitude and practice toward hypertension among hypertensive patients residing in Lebanon. *Vasc Health Risc Manag*. 2022;18:542-553.
22. Wolde M, Azale t, Demissie GD, Addis B. Knowledge about hypertension and associated factor among patients with hypertension in public health facilities of Gondar city, Northwest Ethiopia: Ordinal logistic regression analysis. *J Heath Sci*. 2019;29(4):421-430.
23. Wang Y, Chen T, Gan W, Yin J, Song L, Qi H et al. Association among high blood pressure health literacy, social support and health-related quality of life among a community population with hypertension: a community-based cross-sectional study in China. *BMJ open*. 2022; 12(6):e057495.
24. Agung AA, Hermansyah Y, Raharjo AM, Firdaus J, Wulandari P. Relation between Hypertension Knowledge and behavior with Blood Pressura on Hypertensive Farm Workers in Mumbulsari Public Health Center Working. *JMJ*. 2023; 2(1): 26-42.
25. Patil M, Hedao RP, Shah RP, Tauseef SM, Marzo RR, Ching SM et al. Assessment of Health-Related Quality of Life Among Male Patients With Controlled and Uncontrolled Hypertension in Semi Urban India. *Inquiry-J Heath Car*. 2023; 60: 1-10.
26. Yulianti Y, Tresnawan T, Purnairawan Y, Oktavia A. Identification of factors affecting the quality of life in Hypertensive patients. *HNJ*. 2023;5(2):711-721.



## Anexos

## Anexo I – Autorização da Comissão de Ética e da Comissão Científica para a Investigação Clínica do SESARAM, EPERAM



## COMISSÃO CIENTÍFICA PARA A INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DO SESARAM, EPERAM

Parecer Científico do Projeto/ Estudo de Investigação

Parecer nº 51/2023

1. A Comissão Científica para a Investigação Clínica do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM), analisou o Projeto/ Estudo de Investigação, com o tema: " **Capacitação e qualidade de vida aos doentes hipertensos residentes na Ilha da Madeira**" da investigadora do SESARAM, Doutora Marta Dora Ornelas.

2. O documento em análise, (E23092806) datado de 14/07/2023.

3. Trata-se de um estudo observacional.

4. Tem como objectivo:

Avaliar a capacitação dos doentes com Hipertensão Arterial (HTA) seguidos no ACES Madeira; Avaliar a capacidade dos doentes de compreenderem, gerirem e lidarem com a HTA; Avaliar a qualidade de vida dos doentes hipertensos; Comparar a capacitação dos doentes que sofrem de HTA com a perspectiva dos médicos.

5. **CONCLUSÃO:** A Comissão Científica para a Investigação Clínica do SESARAM, EPERAM considera que este Projeto/ Estudo de Investigação tem fundamentação científica.

Emite **parecer favorável** para a sua realização no SESARAM EPERAM, desde que sejam cumpridas:

- As exigências da Lei da Protecção de Dados e das Normas de Ética para a Investigação vigentes.
- Parecer favorável da Comissão de Ética e da Comissão da Protecção de Dados do SESARAM, EPERAM.
- Em toda a produção científica, resultante deste Estudo de Investigação, terá de constar o nome da Instituição, SESARAM, EPERAM, nas afiliações (exemplo: 1ª página do artigo publicado, comunicação oral, poster, etc.), além de constar os nomes do/s investigador/es do SESARAM, EPERAM, envolvidos nesta Investigação.

14/07/2023

Comissão Científica para a Investigação Clínica do SESARAM, EPERAM

(Prof. Doutora Ana Célia Sousa)



C/Conhecimento:  
Diretor do ACES – RAM  
- Dr. Fábio Camacho

Exmas. Senhoras  
Doutora Marta Ornelas  
[marta.ornelas@staff.uma.pt](mailto:marta.ornelas@staff.uma.pt)  
Dra. Sara Goís Freitas  
Sarafreitas000@gmail.com

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM  
**SAÍDA**

Sua Referência:

Sua Comunicação:

Nº Ofício:

**S.23003698** 2023/08/02  
Classificação: 18.63

**Assunto: Pedido de Investigação: “Capacitação e qualidade de vida aos doentes hipertensos residentes na Ilha da Madeira”**

Na sequência ao vosso pedido de 14.07.2023, sobre o assunto mencionado em epígrafe, informamos Vossa Exa. que o pedido de autorização para a realização de estudo/projecto de investigação, mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e da Comissão Científica e de Investigação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM, os quais se anexam.

Com os melhores cumprimentos,

A Vice-Presidente do Conselho de Administração



Filipa Freitas

CA/IS



## Anexo II – Questionário CapHTA para doentes e Escala EQ-5D.

## QUESTIONÁRIO PARA DOENTES

Este questionário destina-se aos doentes hipertensos seguidos no Agrupamento de Centros de Saúde da Madeira. Pretende-se avaliar a capacitação para lidar/ gerir a doença e a qualidade de vida desses doentes. Tem caráter anónimo.

Peço a sua colaboração no preenchimento do mesmo!

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

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

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

## A-Capacitação

Por favor, responda a este questionário segundo a legenda:

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

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

## QUESTIONÁRIO PARA DOENTES

### B- Qualidade de vida

Pense sobre seu estado de saúde atual.

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

#### Mobilidade

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

#### Cuidados Pessoais

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

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

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

#### Dor/Desconforto

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

#### Ansiedade/Depressão

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

**Obrigada pela colaboração!**



**Anexo III – Questionário CapHTA para médicos.**

**QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS**

O questionário CapHTA para médicos, que se apresenta de seguida, destina-se aos médicos que seguem os doentes hipertensos no Agrupamento de Centros de Saúde da Madeira. Pretende-se avaliar a capacitação para lidar/ gerir a doença e a qualidade de vida desses doentes. Tem carácter anónimo.

Peço a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

**Código do Questionário:** \_\_\_\_\_

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

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

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

	1	2	3	4	5
1. Julgo que percebeu que o informei relativamente aos efeitos nocivos da hipertensão arterial no sistema vascular e consequentes lesões orgânicas renais, oftálmicas, neuronais e cardíacas					
2. Julgo que percebeu que o informei sobre consumo excessivo de sal na dieta alimentar e a sua importância na patogénese da hipertensão arterial.					
3. Penso que percebeu que alertei para o papel cumulativo do elevado Índice de Massa Corporal, dislipidemia e exposição ao fumo dos efeitos deletérios da hipertensão arterial.					
4. Penso que percebeu que o aconselhei a cumprir meticolosamente a posologia prescrita para a medicação da hipertensão arterial					
5. Penso que compreendeu a farmacocinética e efeitos restritos no tempo dos medicamentos prescritos na hipertensão arterial.					
6. Penso que percebeu as possíveis interações farmacológicas e possível diminuição do efeito da medicação para a HTA, quando tomada em concomitância com outra medicação.					

**Obrigada pela colaboração!**