



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INTERVENÇÃO  
PLANEADA DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**EVALUATION OF THE IMPACT OF THE PLANNED NURSING INTERVENTION  
IN PEOPLE WITH HYPERTENSION**

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, Especialização em  
Enfermagem Avançada

Por

**Rita Campos Silva Granja Bento**

Porto, Setembro 2016





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INTERVENÇÃO  
PLANEADA DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL

EVALUATION OF THE IMPACT OF THE PLANNED NURSING INTERVENTION  
IN PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, Especialização em  
Enfermagem Avançada

Por

Rita Campos Silva Granja Bento

Sob a orientação de Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Porto, setembro 2016



## **AGRADECIMENTOS**

Ao dar início à apresentação deste estudo, não podemos deixar de dedicar algumas palavras de apreço e profunda gratidão a todos aqueles com quem de várias formas tivemos o privilégio de nos relacionar ao longo da sua realização e receber da sua parte as manifestações de apoio e incentivo indispensáveis à sua concretização.

Em especial:

Ao Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, enquanto orientador do presente estudo, pelo apoio e disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos e pertinência das suas observações indispensáveis à sua realização.

À Professora Doutora Beatriz Rodrigues Araújo pelo incentivo e apoio demonstrados.

Aos professores do Curso de Mestrado em Especialização em Enfermagem Avançada, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal que nos proporcionaram.

Ao Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra na pessoa do Enfermeiro de referência e à Farmácia Alves na pessoa da sua Diretora, pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Aos Participantes pela disponibilidade com que aceitaram fazer parte da amostra deste estudo, sem os quais não seria possível a sua realização.

À minha Mãe, meu Avô e Diogo pelo carinho, atenção, compreensão, tolerância e estímulo dispensados nos momentos mais difíceis desta caminhada.



## **LISTA DE SIGLAS**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BMT** – Glicémia Capilar

**CIE** – Conselho Internacional de Enfermeiros

**CT** – Colesterol Total

**CV** – Cardiovascular

**DCV** – Doença cardiovascular

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**ERC** – European Resuscitation Council

**ESC** – European Society of Cardiology

**EV** – Estilo de Vida

**FC** – Frequência Cardíaca

**FPC** – Fundação Portuguesa de Cardiologia

**GC** – Grupo Controlo

**GE** – Grupo Experimental

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IAT** – Índice de Autocuidado Terapêutico

**ICN** – International Council of Nurses

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**MAT** – Medida de Adesão aos Tratamentos

**MCS** – Modelo de Crenças de Saúde

**MHCAL** – Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley

**MINICHAL** - Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PA** – Perímetro Abdominal

**QEVF** – Questionário Estilo de vida Fantástico

**QV** – Qualidade de Vida

**QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

**SCORE** – Systematic Coronary Risk Evaluation

**SPC** – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

**SPD** – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

**TA** – Tensão Arterial

**TAD** – Tensão Arterial Diastólica

**TAS** – Tensão Arterial Sistólica



## RESUMO

De entre as causas de morte consideradas mais sensíveis à prevenção primária identificaram-se em Portugal as doenças cardiovasculares. Assim o objetivo do estudo é analisar a influência de um programa de ensino de Enfermagem estruturado na literacia em saúde, estilo e qualidade de vida, adesão à terapêutica, capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos das pessoas com hipertensão arterial, causa principal das doenças cardiovasculares. É um estudo longitudinal, quantitativo, experimental, de nível IV, com um desenho “antes-após” com grupo testemunho. Os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos, sendo que o grupo experimental foi acompanhado durante 6 meses, com uma consulta de enfermagem mensal. Existiram duas avaliações em cada grupo: antes do programa de ensino e no final. Recorreu-se a vários instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização sociodemográfica, Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial, Questionário Estilo de Vida Fantástico, Medida de Adesão aos Tratamentos, Instrumento de Autocuidado Terapêutico, Teste de Batalla-Martinez e conjunto de questões verdadeiro/falso. A amostra é constituída por 27 sujeitos: 14 no grupo experimental e 13 no grupo de controlo. Os resultados demonstram que este programa contribuiu para a redução do índice de massa corporal e do perímetro abdominal, melhoria do estilo de vida, da adesão à terapêutica farmacológica, da capacidade de autocuidado terapêutico e da literacia acerca da sua situação clínica em geral. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos valores de colesterol total e no domínio atividade física/associativismo do Questionário Estilo de Vida Fantástico. No grupo experimental houve diferenças no Índice de Autocuidado Terapêutico, nos valores médios de tensão arterial sistólica e diastólica, influenciando o controlo da mesma, e perímetro abdominal. Tendo em consideração os resultados obtidos estamos convictas que a intervenção autónoma de Enfermagem no âmbito da prevenção e controlo dos fatores de risco cardiovasculares em consultas é uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde.

**Palavras-Chave:** enfermagem, doença cardiovascular, hipertensão arterial, estilo de vida, autocuidado, literacia.



## **ABSTRACT**

Among the causes of death considered to be sensitive to primary prevention were identified in Portugal the cardiovascular disease. The aim of this study is to analyze the influence of a structured nursing education program in health literacy, style and quality of life, adherence to therapy, the therapeutic self-care ability and clinical data of people with high blood pressure, main cause of cardiovascular diseases. This is a longitudinal study, quantitative, experimental, level IV, with a design "before-after" with witness group. The subjects were randomly assigned to groups, and the experimental group was followed for 6 months, with a monthly nursing consultation. There were two evaluations in each group: before the education program and at the end. We resorted to various data collection tools: questionnaire of sociodemographic characterization, Mini Quality of Life Questionnaire in Hypertension, Fantastic Lifestyle, Measure Treatment Adherence, Self-Care Instrument Therapeutic, Batalla-Martinez Test and set true / false questions. The sample consists of 27 subjects: 14 in the experimental group and 13 in the control group. The results show that this program has contributed to the reduction in body mass index and waist circumference, improved lifestyle, the adherence to drug therapy, the therapeutic self-care ability and literacy about their clinical situation in general. There were statistically significant differences between groups in total cholesterol levels and physical activity/associations domain of the Fantastic Lifestyle Questionnaire. In the experimental group there were differences in the Self Care Therapeutic Index, the average systolic and diastolic blood pressure, influencing their control and waist circumference. Taking into account the results we are convinced that the autonomous intervention of Nursing in the prevention and control of cardiovascular risk factors in queries is an asset to obtain health gains.

**Keywords:** nursing, cardiovascular disease, high blood pressure, lifestyle, self-care, literacy.



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>1 - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>27</b>
1.1 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	27
1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	32
1.3 - CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	47
<b>2 - MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>57</b>
2.1 - PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO .....	57
2.2 - TIPO DE ESTUDO .....	59
2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	61
2.4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO .....	63
2.5 - HIPÓTESES .....	68
2.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	69
2.7 - PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	73
2.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	75
2.9 - PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	77
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>79</b>
3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS .....	79
<b>3.1.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra</b> .....	<b>79</b>
<b>3.1.2 Estilo/Qualidade de vida e Hipertensão Arterial</b> .....	<b>94</b>
<b>3.1.3 Adesão ao regime terapêutico e autocuidado terapêutico</b> .....	<b>100</b>
<b>3.1.4 Literacia e Hipertensão Arterial</b> .....	<b>102</b>
3.2 ANÁLISE INFERENCIAL .....	105
<b>4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	<b>131</b>

**CONCLUSÕES.....151**

**BIBLIOGRAFIA.....155**

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Plano do programa de ensino de Enfermagem Estruturado**

**APÊNDICE II – Questionário de colheita de dados**

**APÊNDICE III – Consentimento Informado para Participação na Investigação**

**APÊNDICE IV – Pedido de colaboração para recolha de utentes para estudo de  
investigação (Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra)**

**APÊNDICE V – Pedido de colaboração para recolha de utentes para estudo de  
investigação (Farmácia Alves)**

**APÊNDICE VI – Pedido de autorização para utilização dos instrumentos de colheita de  
dados**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Systematic Coronary Risk Evaluation**

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética**

## ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

<b>Quadro 1</b> – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos elementos da amostra (N=27) .....	81
<b>Quadro 2</b> – Distribuição dos fatores de risco cardiovascular dos elementos da amostra (N=27) .....	82
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos hábitos de atividade física dos elementos da amostra (N=27) .....	83
<b>Quadro 4</b> – Distribuição das medidas antropométricas dos elementos da amostra (N=27) .....	86
<b>Quadro 5</b> – Categorização do IMC e risco cardiovascular associado ao PA (N=27) .....	87
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos valores de tensão arterial, glicémia capilar e colesterol total dos elementos da amostra (N=27) .....	91
<b>Quadro 7</b> – Categorização da tensão arterial, glicémia capilar e colesterol total (N=27) .....	93
<b>Quadro 8</b> – Distribuição do índice SCORE dos grupos (n=27) .....	94
<b>Quadro 9</b> – Evolução do score da escala MINICHAL dos grupos nas 3 consultas (n=27) .....	95
<b>Quadro 10</b> – Evolução do score dos domínios “Estado Mental” e “Manifestações Somáticas” da escala MINICHAL dos grupos nas 3 consultas (n=27) .....	96
<b>Quadro 11</b> – Evolução do score do QEFV dos grupos nas 3 consultas (n=27) .....	97
<b>Quadro 12</b> – Evolução dos grupos relativamente a cada domínio da escala QEVF (n=27) .....	99
<b>Quadro 13</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo a classificação do estilo de vida (N=27) .....	100

<b>Quadro 14</b> – Evolução dos grupos relativamente ao score da escala MAT (n=27) .....	101
<b>Quadro 15</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo a adesão ao regime terapêutico (N=27) .....	101
<b>Quadro 16</b> – Evolução dos grupos relativamente ao score da escala IAT (N=27) .....	102
<b>Quadro 17</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo a classificação da literacia de acordo com o Teste de Batalla-Martinez (N=27) .....	103
<b>Quadro 18</b> – Resumo da percentagem de respostas certas às questões de verdadeiro/falso (N=27) .....	104
<b>Quadro 19</b> - Síntese de todos os resultados da análise descritiva .....	105
<b>Quadro 20</b> – Análise da consistência interna do MINICHAL nos 3 momentos de avaliação .....	106
<b>Quadro 21</b> – Análise da consistência interna do QEVF nos 3 momentos de avaliação .....	107
<b>Quadro 22</b> – Análise da consistência interna da MAT nos 3 momentos de avaliação .....	107
<b>Quadro 23</b> – Análise da consistência interna do IAT nos 3 momentos de avaliação .....	107
<b>Quadro 24</b> – Teste de independência do Qui-Quadrado: Tensão arterial sistólica 1ª consulta .....	108
<b>Quadro 25</b> – Teste de Mann-Whitney: Índice de Massa Corporal e Colesterol total .....	109
<b>Quadro 26</b> – Teste t-Student para grupos independentes: Índice de Massa Corporal, Perímetro abdominal e Tensão Arterial .....	109
<b>Quadro 27</b> – Teste t para amostras independentes: Medida de Adesão aos Tratamentos 1 .....	110
<b>Quadro 28</b> – Teste Mann-Whitney: Medida de Adesão aos Tratamentos 6 .....	110
<b>Quadro 29</b> - Teste Mann-Whitney: Índice de Autocuidado Terapêutico .....	111
<b>Quadro 30</b> - Teste Mann-Whitney: V/F.....	112
<b>Quadro 31</b> - Teste de independência do Qui-Quadrado: Batalla-Martinez 1 .....	113

<b>Quadro 32</b> - Teste de independência do Qui-Quadrado: Batalla-Martinez 6 .....	113
<b>Quadro 33</b> - Teste t para amostras independentes: Estilo de Vida Fantástico .....	113
<b>Quadro 34</b> - Teste t para amostras independentes: Nutrição .....	114
<b>Quadro 35</b> - Teste Mann-Whitney: Domínios da Escala QEFV .....	114
<b>Quadro 36</b> - Teste Mann-Whitney: Item 17 MINICHAL .....	115
<b>Quadro 37</b> - Teste Mann-Whitney: Domínios da Escala MINICHAL .....	115
<b>Quadro 38</b> – Teste de Friedman: Medida de Adesão aos Tratamentos GE .....	116
<b>Quadro 39</b> – Teste de Friedman: Índice de Autocuidado Terapêutico GE .....	117
<b>Quadro 40</b> – Teste de Friedman: V/F GE .....	118
<b>Quadro 41</b> – Teste de McNemar: Batalla-Martinez GE .....	119
<b>Quadro 42</b> – Teste ANOVA de medidas repetidas: Estilo de Vida Fantástico GE .....	119
<b>Quadro 43</b> – Teste de Friedman: Estado mental GE .....	120
<b>Quadro 44</b> – Teste de Friedman: Manifestações somáticas GE .....	121
<b>Quadro 45</b> - Teste Q de Cochran: Item 17 MINICHAL GE .....	121
<b>Quadro 46</b> – Teste Q de Cochran: TAS ao longo dos 6 meses de intervenção .....	122
<b>Quadro 47</b> – Teste Q de Cochran: TAD ao longo dos 6 meses de intervenção .....	123
<b>Quadro 48</b> – Teste Q de Cochran: PA ao longo dos 6 meses de intervenção .....	123
<b>Quadro 49</b> – Teste de Friedman: IMC ao longo dos 6 meses de intervenção .....	123
<b>Quadro 50</b> – Teste de Friedman: CT ao longo dos 6 meses de intervenção .....	124
<b>Quadro 51</b> – Teste de Friedman: TAS ao longo dos 6 meses de intervenção .....	126
<b>Quadro 52</b> – Teste de Friedman: CT ao longo dos 6 meses de intervenção .....	128



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de adesão à terapêutica farmacológica do GE e do GC nos 2 momentos de avaliação. ....	111
<b>Gráfico 2</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de capacidade de autocuidado terapêutico do GE e do GC nos 2 momentos de avaliação. ....	112
<b>Gráfico 3</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de adesão ao regime terapêutico do GE nos 3 momentos de avaliação. ....	116
<b>Gráfico 4</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de capacidade de autocuidado terapêutico do GE nos 3 momentos de avaliação. ....	117
<b>Gráfico 5</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de QV_Estado Mental .....	120
<b>Gráfico 6</b> – Representação da dispersão do <i>score</i> de QV_Manifestações Somáticas .....	121
<b>Gráfico 7</b> – Representação da evolução da TAD ao longo das 6 consultas.....	125
<b>Gráfico 8</b> – Representação da evolução do PA ao longo das 6 consultas.....	125
<b>Gráfico 9</b> – Representação da evolução do IMC ao longo das 6 consultas.....	126
<b>Gráfico 10</b> – Representação da evolução da TAS ao longo das 6 consultas .....	127
<b>Gráfico 11</b> – Representação da evolução do CT ao longo das 6 consultas.....	128



## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela 1</b> – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: IAT .....	117
<b>Tabela 2</b> – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: TAS .....	122
<b>Tabela 3</b> – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: TAS ao longo das 6 consultas .....	127



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> – Cronograma das fases do estudo .....	74



## INTRODUÇÃO

A evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, nomeadamente o desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como a melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, têm contribuído para um aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o aumento da prevalência de diversas doenças crónicas em Portugal é preocupante sobretudo pelas repercussões a nível social, económico e na saúde. Entre outras doenças crónicas, as Doenças Cardiovasculares (DCV) abarcam um conjunto de numerosas situações clínicas que afetam o sistema circulatório em diferentes partes do corpo. Consoante a região afetada, assim a manifestação clínica é também diferente (DGS, 2014). As doenças cardiovasculares, nomeadamente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), são a principal causa de morte em Portugal, sendo, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentados pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2014), responsáveis por cerca de 45% dos óbitos ocorridos em 1990 e 30% em 2012. Apesar da redução acentuada da sua incidência, continuam a liderar as causas de morte sendo que, tanto a prevenção como o tratamento estão intimamente relacionados com hábitos de vida não saudáveis, nomeadamente, a nível da alimentação, exercício físico, gestão de emoções, consumo de tabaco e álcool. A Hipertensão Arterial (HTA) é considerada o fator de risco mais preponderante das doenças cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca ou a insuficiência renal (Sousa e Pereira, 2014) e mais prevalente na população portuguesa, sendo já considerada uma doença crónica. As doenças cardiovasculares possuem um carácter multidimensional com consequências negativas e diretas, não só para o cidadão, mas também para a sociedade e para o sistema de saúde. Este carácter determina que estas doenças sejam encaradas como um importante problema de saúde pública que urge minorar, através da sua prevenção, redução das incapacidades por elas causadas, promoção da saúde, prolongamento da vida ativa, compressão da morbilidade para o fim da vida e

melhoria da qualidade de vida em todas as etapas do seu ciclo de evolução (DGS, 2014).

Sendo a missão da Enfermagem atender às necessidades de cuidados da pessoa e das suas famílias incorporando uma abordagem humanista, ao longo do ciclo de vida, dotando as pessoas de conhecimentos, no sentido da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, tendo em vista o autocuidado, podemos afirmar que a intervenção do enfermeiro é crucial, tendo em consideração o Artigo 101º e 104º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015). Por outro lado e, uma vez que, “De entre as causas de morte consideradas mais sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde identificaram-se em Portugal as que registam maior número de mortalidade prematura (...)”, como é o caso das doenças cardiocerebrovasculares e que, algumas das suas causas são passíveis de prevenção primária através do controlo dos fatores de risco, (DGS, 2012, p. 36) e de prevenção secundária, através de rastreios e deteção precoce, o enfermeiro deve ter uma intervenção ativa no desenvolvimento de estratégias para tal.

Contudo, numa revisão integrativa da literatura efetuada em bases de dados científicas, com o objetivo de conhecer a evidência científica existente sobre programas de intervenção de Enfermagem no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, verificou-se que são escassos os estudos realizados em Portugal, na área do conhecimento da Enfermagem, no âmbito de programas de intervenção para deteção precoce de fatores de risco cardiovascular e controle das doenças cardiovasculares, no sentido da promoção de uma vida saudável e com qualidade.

Neste contexto e, uma vez que a Ordem dos Enfermeiros (2006) definiu quatro eixos prioritários de investigação, sendo um deles a “Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades”, englobando áreas como promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, e que a Enfermagem tem procurado desenvolver a prática baseada em evidência utilizando resultados de pesquisas e/ou dados obtidos de forma sistemática provenientes de programas de avaliação e melhoria de qualidade e/ou consenso de especialistas reconhecidos (Galvão, Sawada e Mendes, 2003), consideramos pertinente desenvolver a temática:

“Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial”.

Tendo em conta a doenças cardiovasculares como fonte de preocupação e o défice de programas de intervenção para deteção precoce de fatores de risco formulámos a seguinte questão de investigação “Qual a evolução na literacia em saúde, no estilo e qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos verificada nas pessoas com hipertensão arterial após a aplicação de um programa de ensino de Enfermagem estruturado?”.

De acordo com o exposto, este estudo surge com o objetivo de analisar a influência de um programa de ensino de Enfermagem estruturado na literacia em saúde, no estilo e qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos das pessoas com hipertensão arterial.

Considerando o problema enunciado foi propositada a realização de um estudo quantitativo, experimental, de nível IV. A escolha desta metodologia baseou-se no facto de procurar a predição de uma relação de causalidade com o objetivo de explicar qual o resultado da intervenção introduzida. Para a recolha de dados efetuámos consultas de Enfermagem individualizadas e personalizadas assentes na aplicação de um programa de ensino estruturado a pessoas com hipertensão arterial desenvolvido com base na avaliação de fatores de risco. Neste estudo incluímos um grupo experimental (GE) com 14 pessoas e um grupo de controlo (GC) com 13 pessoas, com hipertensão arterial que obtêm os seus medicamentos na Farmácia “Alves” ou são seguidos em consulta no Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra. Os intervenientes do estudo, após tomarem conhecimento do objetivo da investigação e do âmbito da sua participação, concordaram em participar no mesmo e assinaram o consentimento livre e esclarecido. As consultas de Enfermagem decorreram entre Março e Agosto de 2016.

Procurando pautar a atuação, em todo o processo de investigação e intervenção, por uma conduta ética rigorosa foi, também, apresentado à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem

de Coimbra o projeto deste estudo, com emissão de um parecer favorável à realização do estudo, assim como foi solicitada a colaboração à Farmácia “Alves” e ao Centro de Saúde do Hospital Militar, que aceitaram.

Prevê-se que os resultados do estudo possam produzir conhecimento no âmbito da prevenção e controlo dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e sobre a importância da intervenção do enfermeiro na Educação para a Saúde.

Este estudo encontra-se estruturado em 3 partes: revisão da literatura, material e métodos e resultados e discussão de resultados. Na revisão da literatura é focámos a nossa atenção no conceito de hipertensão arterial e sua relação com as doenças cardiovasculares, a pertinência da existência de consultas de enfermagem no acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial, assim como aspetos relacionados com o estilo e qualidade de vida, o autocuidado, a adesão à terapêutica e literacia em saúde. Na apresentação do material e métodos encontra-se explanada a metodologia do estudo desenvolvido e nos resultados e discussão dos mesmos é apresentada a análise de dados sendo realizada a sua interpretação à luz da literatura e investigação existente. Terminamos com a conclusão onde são tecidas algumas considerações finais e sugestões.

## 1 - REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) as doenças crónicas, responsáveis por 60% de todos os gastos que advêm do controlo e tratamento de doenças a nível mundial, compõem uma área de grande preocupação uma vez que são responsáveis pela maioria da mortalidade e morbilidade existente. Prevê-se que, em 2020, 80% das doenças existentes nos países em desenvolvimento advirão de problemas crónicos, constituindo a principal causa de incapacidade no mundo e representando a maior sobrecarga para os sistemas de saúde (OMS, 2003).

As doenças do aparelho circulatório, nomeadamente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), são a principal causa de morte em Portugal, sendo, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentados pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2014), responsáveis por cerca de 45% dos óbitos ocorridos em 1990 e 30% em 2011. Apesar da redução acentuada da sua incidência, continuam a liderar as causas de morte, sendo que, de acordo com Hugo Madeira (Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), 2009, p.4) “A Doença Cardiovascular (DCV) – incluindo nesta designação as doenças cardíacas, os AVC e as doenças vasculares periféricas – mata anualmente cerca de 18 milhões de pessoas em todo o mundo. Tal equivale a 1 morte a cada 2 segundos.”. Com a evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, nomeadamente o desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como a melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se assistido a um aumento da longevidade e sobrevivência (OMS, 2003), intimamente relacionado com o aumento significativo de homens e de mulheres a viver diariamente com doença cardiovascular (SPC, 2009). Como afirma ainda Hugo Madeira (SPC, 2009, p.4), “A doença cardiovascular é também uma das principais causas de incapacidade e de redução da qualidade de vida. Sublinhe-se ainda que as consequências da doença cardiovascular matam mais pessoas que todas as formas de cancro combinadas (...)”.

Tanto a prevenção como o tratamento destas doenças estão intimamente relacionados com hábitos de vida não saudáveis, nomeadamente, a nível da alimentação, exercício físico, gestão de emoções, consumo de tabaco e álcool (DGS, 2014).

A Hipertensão Arterial (HTA) é considerada o fator de risco modificável mais preponderante das DCV, como EAM, AVC, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal (Cortez-Dias et. al, 2009, Sousa e Pereira, 2014) e mais prevalente na população portuguesa, sendo já considerada uma doença crónica, ocupando o seu tratamento e controlo um lugar privilegiado nas estratégias preventivas da saúde (Cortez-Dias, et. al, 2009). Esta doença consiste num transtorno do sistema cardiovascular que se define “ (...) como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg (...) ” (DGS, 2013, p. 1).

A HTA classifica-se em três graus: grau 1 - hipertensão arterial ligeira correspondendo a um valor de Tensão Arterial Sistólica (TAS) entre 143-159 mmHg e/ou um valor de Tensão Arterial Diastólica (TAD) entre 90-99 mmHg, grau 2 - hipertensão arterial moderada correspondendo a um valor de TAS entre 160-179 mmHg e/ou um valor de TAD entre 100-109 mmHg, grau 3 - hipertensão arterial grave correspondendo a um valor de TAS superior ou igual a 180 mmHg e/ou um valor de TAD superior ou igual a 110 mmHg. Para o diagnóstico de HTA é condição preponderante a elevação da Tensão Arterial (TA) nas medições realizadas em, pelo menos, duas consultas diferentes, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana sendo que, em cada consulta, a TA deve ser medida pelo menos duas vezes, com um intervalo mínimo entre as duas avaliações de um a dois minutos. Deve ser registado o valor mais baixo da TAS e da TAD (DGS, 2013). Os valores da TA de cada pessoa “ (...) são determinados pela pressão a que o sangue circula nas artérias do organismo, em consequência da acção de bombeamento que o coração efectua por pulsação.” (Carrageta, 2006, p.1). A TA é controlada por um conjunto de mecanismos inter-relacionados, controlados pelo sistema nervoso simpático e de renina-angiotensina, que envolvem o controlo do tónus vascular e o equilíbrio entre sódio e água (Monahan et. al, 2010).

A HTA é muitas vezes “ (...) chamada o “assassino silencioso”, uma vez que a doença pode avançar sem ser detectada e controlada, levando a lesões orgânicas irreparáveis.” (Monahan et. al, 2010, p. 883). É possível que não sejam diagnosticados os sintomas de doença das artérias coronárias ou de doença cerebrovascular até o vaso sanguíneo estar mais de 80% obstruído ou ocorrer uma oclusão aguda ou rotura do vaso (Monahan et. al, 2010). Neste contexto como doença crónica e silenciosa que é, a HTA requer vigilância continuada no tempo com a adoção de um regime terapêutico adaptado ao indivíduo e assente, quer na prescrição terapêutica quer no controle de fatores de risco modificáveis, através da modificação dos hábitos de vida (DGS, 2013). Segundo o Estudo PAP de Macedo *et al* (2007) 42,1% da população portuguesa com idade entre 18 e 90 anos tem HTA e, dentro destes, apenas 46,1% conhece a sua situação clínica, 39,0% toma anti hipertensores e 11,2% tem a doença controlada. Pode-se assim verificar que a HTA é subvalorizada entre a população portuguesa, que muitas vezes esquece que se trata de uma doença crónica, com um carácter multidimensional e consequências negativas e diretas, para a pessoa, para a sociedade e para o sistema de saúde (DGS,2013).

Nos últimos 20 anos tem ocorrido uma diminuição progressiva das taxas de mortalidade provocadas pelas DCV, situação atribuída à combinação de vários fatores como a adoção de medidas preventivas com várias iniciativas desde a lei de cessação tabágica, a redução do conteúdo de sal no fabrico do pão, o incentivo a estilos de vida saudáveis; a melhoria no diagnóstico, monitorização e controlo dos fatores de risco modificáveis; o avanço no tratamento clínico das manifestações clínicas associadas à maior mortalidade referida anteriormente (DGS 2013).

Numa revisão integrativa da literatura efetuada verificou-se que ainda são escassos os estudos realizados em Portugal, na área do conhecimento da Enfermagem, no âmbito de programas de intervenção para deteção precoce de fatores de risco cardiovascular e controle das doenças cardiovasculares, no sentido da promoção de uma vida saudável e com qualidade.

Dos documentos encontrados relativamente a esses estudos, foram selecionados cinco, do Brasil e Holanda, sendo dois do tipo qualitativo analítico descritivo e três do

tipo quantitativo experimental. Desses estudos um refere que os profissionais não se encontram preparados para responder às necessidades da população em risco, nomeadamente hipertensos, não sendo considerada a prevenção das DCV uma intervenção prioritária, existindo lacunas no conhecimento e na componente organizacional (Costa, Silva e Carvalho, 2011). Os estudos realizados no Brasil, no âmbito da atenção primária em saúde, referem que o controle dos fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial e a obesidade, são a base do tratamento e controle das DCV (Rezende, 2011; Costa Silva e Carvalho, 2011; Machado, Pires e Lobão, 2012). Neste contexto têm sido implementadas pelos enfermeiros ações educativas (Rezende, 2011; Costa Silva e Carvalho, 2011) e programas de intervenção (Rodrigues et. al, 2013) baseados em estratégias de *focus group*, entrevistas semiestruturadas, sessões de educação para a saúde, acompanhamento no domicílio, consultas individualizadas e promoção de uma parceria de cuidados com participação ativa do cliente para que possam realizar escolhas autónomas e conscientes para a adoção de estilos de vida saudáveis (Rezende, 2011). Os resultados apresentados têm sido positivos com redução dos fatores de risco e alteração do estilo de vida, sendo assumido pelos participantes que a mudança não é fácil, mas a presença assídua e disponibilidade do enfermeiro são essenciais para a continuidade do processo (Rodrigues et al, 2013; Tiessen et al, 2012; Rezende, 2011; Voogdt-Pruis et al, 2010). Também na Europa têm sido realizados estudos neste âmbito, enfatizando a importância da atuação da equipa de Enfermagem no controlo dos fatores de risco de DCV através de uma intervenção pró-ativa (Voogdt-Pruis et. al, 2010; Tiessen et. al, 2012).

A prevalência destas doenças, com carácter multidimensional, traz a necessidade de um novo paradigma para as compreender e às suas consequências, implicando que os serviços de saúde estejam preparados para modificar a sua filosofia de cuidados abrindo-se à comunidade. Já em 2003 a Organização Mundial da Saúde alertava para o facto de nos serviços de saúde predominar o Modelo Biomédico, onde se preconiza o tratamento de casos agudos e episódicos, com domínio da prescrição terapêutica médica, onde a pessoa é um recetor passivo dos cuidados, em vez do Modelo de

Enfermagem Avançada onde o plano de cuidados é realizado em parceria com a pessoa/família/comunidade, tendo como foco as respostas à doença e aos processos de vida, com domínio da prescrição de intervenções de Enfermagem. Hoje em dia sabe-se que cerca de 70 a 80% da despesa em saúde é associada a doenças crónicas (Arreigoso, 2014), sendo, por isso, importante que se crie uma rede entre as organizações políticas, comunidades e organizações de saúde para que as pessoas e famílias estabeleçam vínculos com as equipas de saúde e grupos de apoio da comunidade, estando preparados e motivados para a gestão da sua saúde (OMS, 2003). Neste contexto, podemos afirmar, tendo em consideração o Artigo 101º e 104º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) e, uma vez que, as doenças cardiocerebrovasculares e que algumas das suas causas são passíveis de prevenção primária através do controlo dos fatores de risco, e de prevenção secundária, através de rastreios e deteção precoce, a intervenção do enfermeiro é crucial. É, portanto, também, seu objetivo capacitar as pessoas para que, mobilizando os seus próprios recursos e capacidades, possam reduzir a morbilidade e mortalidade causadas por estas doenças. Para que este processo seja bem-sucedido é necessário desenvolver uma relação de ajuda entre o enfermeiro e a pessoa, assente na confiança, empatia, respeito e parceria, onde não existe um ator principal, mas sim uma equipa com um propósito comum.

Esta intervenção deve ser direcionada não só para a população que recorre aos serviços de saúde, mas também para os locais de trabalho, escolas e outros pontos de encontro da comunidade, como é preconizado no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013) que considera estes locais privilegiados para a sensibilização para a adoção de estilos de vida saudáveis. Para a eficácia da prevenção dos fatores de risco e do agravamento da doença e da promoção da saúde é indispensável que, quer o enfermeiro quer a pessoa, conheçam a doença e os fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento e as co morbididades associadas.

Deste modo, a identificação dos fatores de risco de doença cardiovascular e o conhecimento das respostas humanas ao processo de saúde doença e aos processos de vida são essenciais para a intervenção de Enfermagem, permitindo o planeamento

e elaboração de um plano de cuidados que responda às necessidades reais e potenciais da população, promovendo resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

## 1. 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a OMS (2011), exemplos de doenças mais comuns na população à medida que a idade avança e para as quais existem estratégias de prevenção primária são as doenças coronárias e cerebrovasculares. No entanto, estas estratégias não são ainda universalmente aplicadas por várias razões, nomeadamente, a relação custo/efetividade. No mesmo sentido, a DGS afirma no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 que:

“De entre as causas de morte consideradas como sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde identificaram-se em Portugal Continental as que registam maior número de Anos de Vida Potencialmente Perdidos: acidentes com veículos a motor, algumas afeções originadas no período perinatal, tumores malignos (com especial relevância para a mama feminina, traqueia, brônquios e pulmão, cólon, reto e ânus e colo do útero), doença crónica do fígado e **doenças cerebrovasculares e isquémica do coração**. Estão associadas à prevenção primária, nomeadamente consumo de tabaco e álcool ou a cuidados de saúde adequados, como acesso, controlo dos fatores de risco e tratamentos em tempo útil.” (DGS, 2012, p.12 e 13).

A promoção da saúde é um processo que tem como objetivo dar à população meios para aumentar a capacidade de controlo da sua saúde, no sentido de a melhorar. Representa um processo global e complexo para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que compreende não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde. “Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade

exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

A maioria das doenças referidas anteriormente tem tratamento, mas nem sempre são passíveis de cura, daí serem chamadas de doenças crónicas, definidas pela OMS (2003, p.4) como “Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, provocam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerem treino especial do doente para a reabilitação ou pode ser esperado que requeiram um longo período de supervisão, observação ou cuidado.” Esta situação prolongada pode resultar numa diminuição da qualidade de vida, aumento dos gastos com a terapêutica e redução da produtividade. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) a HTA é uma doença que acomete 42,2% dos portugueses, sendo que a maior parte são pessoas em idade economicamente ativa, aumentando consideravelmente os custos sociais por invalidez e absentismo laboral (Carrilho e Patrício, 2008). Através da adoção de adequadas medidas promotoras da saúde e preventivas da doença, é possível alterar este cenário. Atualmente medidas como mudanças no estilo de vida e mudanças ambientais como a proibição de fumar e a redução do conteúdo de sal na comida têm contribuído para um decréscimo do risco cardiovascular. São medidas preventivas com o objetivo de reduzir os fatores de risco quer de pessoas sem DCV no limite superior de risco cardiovascular global, quer de pessoas com DCV conhecida (European Society of Cardiology, 2012). “Mas, paradoxalmente, na Europa, 97% das despesas com a saúde são devidas ao tratamento e apenas 3% à prevenção.” (DGS, 2011, p.1). É imperativo investir na prevenção primária pois apenas deste modo será possível obter mais ganhos em saúde, traduzidos em “... ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.” (DGS, 2012, p.2); ganhos potenciais em saúde “ ... que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.” (DGS, 2012) e, naturalmente, ganhos económicos, visto

que investir na prevenção é menos dispendiosos do que investir na gestão e no tratamento da doença (DGS, 2011; OMS, 2011). A promoção da saúde permite assegurar a igualdade de oportunidades e recursos das populações, com vista a capacitá-las para a realização do seu projeto de saúde, reduzindo as desigualdades existentes nos seus níveis de saúde. O acesso equitativo aos sistemas de saúde e às medidas de prevenção deve ser a base do desenvolvimento do plano de ação em matéria de promoção da saúde e prevenção da doença (Carta de Ottawa, 1986, Declaração de Adelaide, 1998, DGS, 2011).

De seguida abordamos alguns temas relacionados com a promoção da saúde na HTA, componentes importantes de um plano de intervenção estruturado para controlo da HTA e prevenção das DCV.

- **Qualidade de vida e hipertensão arterial**

Como já foi referido anteriormente a HTA é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular (Brito *et al*, 2008, Cortez-Dias *et. al*, 2009, Sousa e Pereira, 2014) estando a sua prevenção diretamente associada à adoção de estilos de vida saudáveis suprimindo hábitos que sejam fatores de risco para a doença. (Brito *et al*, 2008, DGS, 2013). Neste sentido a HTA, a sua prevenção e o seu tratamento podem, ou não, ter influência na qualidade de vida (QV) da pessoa, tendo, por essa razão, começado a ser objeto de estudo de vários investigadores em todo o mundo.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde que, tal e qual como o conceito de saúde da OMS é multidimensional (Silva e Caramona, 2014), podendo ser percebido de acordo com cada uma das doenças, de uma forma geral para todo o sistema ou na população saudável. De forma simples o conceito de QVRS refere-se à doença, e estuda a contribuição desta e do seu tratamento para o bem-estar de cada pessoa, espelhando o modo como uma doença específica afeta ou limita a QV (Silva, 2003 *apud* Praça, 2012).

Uma vez que, segundo o estudo PAP de Macedo et. al (2007), apenas 46,1% da população portuguesa hipertensa conhece a sua situação clínica e só 11,2% tem a doença controlada, podemos constatar que a HTA ilustra a natureza multidimensional da saúde pois, de acordo com o conhecimento médico, as pessoas com a TA alta, têm uma doença, mas, do ponto de vista dos doentes, visto que a sua QV não está afetada, até os alertas do médico o preocuparem, com um efeito nefasto na sua QV (Silva e Caramona, 2014) não consideram ser portadores de doença. Assim sendo a QVRS tornou-se um importante indicador na qualidade da assistência à pessoa hipertensa (Lam e Lauder, 2000). Os instrumentos para avaliação da QV são um meio proficiente de transformar conceitos subjetivos em dados objetivos permitindo a sua quantificação e análise e ainda, conseqüentemente, a verificação do impacto das intervenções em saúde (Schulz et. al, 2008).

Diretamente relacionado com a QV estão os estilos de vida razão pela qual iremos abordar o seu conceito, a sua relação com a HTA e a sua avaliação no subcapítulo seguinte.

- **Determinantes da saúde: estilos de vida e hipertensão arterial**

O conceito *determinantes da saúde* é, comumente, utilizado para designar fatores que influenciam a saúde dos cidadãos e das comunidades e tem sido alvo de atenção por parte de instituições nacionais e internacionais. De acordo com George (2014, p.1) “Estima-se que 70% dos determinantes estejam fora do sector da saúde (...)”, ou seja, os determinantes da saúde englobam fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que interagem entre si para influenciar a saúde das pessoas (OMS, 1998).

De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida (EV) saudáveis, designados como um conjunto de padrões comportamentais ou hábitos que estão fortemente relacionados com o estado de saúde da pessoa, onde se incluem comportamentos preventivos na área da saúde física e mental, no domínio espiritual e social (Rodrigo et. al, 2004), ocupam um lugar importante pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de ganhos em saúde (George, 2014).

As doenças crónicas com causa nos determinantes anteriormente descritos como doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças respiratórias, obesidade “ (...) são doenças com expressão epidémica que exibem curvas não só crescentes como descontroladas.” (George, 2014, p.2) e estão muitas vezes associadas a comportamentos de risco. São já consideradas graves problemas de saúde pública como principais causas de morte prematura, isto é, antes dos 70 anos de idade (*Idem*).

De acordo com a OMS (2003) os fatores de risco etiologicamente associados à doença crónica derivam do estilo de vida, originado através das opções individuais ao longo do ciclo vital. Neste contexto urge intervir sobre estes determinantes, desenvolvendo uma estratégia de saúde que permitirá obter ganhos significativos, tanto na redução da prevalência de doenças crónicas, como nos custos económicos, sociais e individuais, que lhes estão associados (*Idem*).

A definição de estilo de vida é complexa pois está dependente do ambiente social, cultural e económico que envolve a pessoa, assim como das suas características pessoais (Martins, Pacheco e Jesus, 2008). Optámos então por perceber qual a definição do conceito segundo a OMS (1998, p.16, tradução minha): “Estilo de vida é uma forma de viver baseada em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela inter-relação entre as características individuais de cada pessoa, interações sociais, e condições de vida socioeconómicas e ambientais.” Estes padrões de comportamento como resposta às situações do dia-a-dia são constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo vital e em diferentes situações sociais, pelo que, se queremos promover a saúde, devemos não só direcionar ações para o indivíduo, mas também para o ambiente que o rodeia (*Idem*). De acordo com o descrito acima é importante sublinhar que não existe uma prescrição única de um estilo de vida ótimo, devendo o enfermeiro conhecer e englobar no seu plano de cuidados, quais as condições e métodos mais apropriados e atrativos para a pessoa mudar o seu comportamento e, conseqüentemente o seu estilo de vida (OMS, 1998).

Como verificamos na definição do conceito de EV supramencionado, para compreender o estilo de vida de uma pessoa, é primordial entendê-lo dentro de um contexto social da saúde, distanciando-se do modelo centrado na doença, o que

implica uma mudança no paradigma de intervenção em saúde para uma abordagem continuada no tempo, contemplando a complexidade, a determinação social e a perspectiva holística do ser. Torna-se, assim, crucial que os enfermeiros valorizem o conceito de saúde da pessoa integral ao longo do seu ciclo vital, considerando não só os estilos de vida e fatores biológicos mas também o contexto familiar, socioeconómico, cultural e ambiente físico em que esta está inserida. É necessário adotar uma atitude de cooperação e complementaridade baseada no conhecimento e compreensão das determinantes de saúde sobre os percursos de vida das pessoas e articulação de parcerias com todos os setores capazes de atuar sobre essas mesmas determinantes (Teixeira *et al*, 2006).

Segundo Martins *et al* (*apud* Teixeira *et al*, 2006) a decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspetos externos e os processos mentais, sendo os chamados fatores de riscos, como tabagismo, hábitos alcoólicos, alimentação inadequada, sedentarismo e *stress*, formas adaptativas da pessoa perante as tensões do quotidiano. A HTA é uma doença atual, que podemos dizer que resulta das condições de vida do homem moderno, expressando sua forma de viver e as contradições sociais existentes (Teixeira *et al*, 2006). O objetivo do cuidado da pessoa com HTA é controlar a TA, com a finalidade última de evitar a morte e as complicações, melhorando a qualidade de vida.

Sendo uma doença que se caracteriza sobremaneira por estar associada aos EV e visto que estes ocupam um lugar importante pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de ganhos em saúde (George, 2014), existe um enorme potencial de intervenção para os enfermeiros enquanto agentes promotores de EV saudáveis, atuando na promoção da saúde e prevenção da doença, no sentido de facilitar a mudança de comportamento da pessoa. O enfermeiro, como o profissional de saúde privilegiado na relação terapêutica vai identificar comportamentos de risco, numa abordagem continuada no tempo, contemplando a complexidade do conceito de EV e a perspectiva holística do ser, implementando um plano de cuidados onde a pessoa seja incentivada e capacitada para compreender o processo da doença e para participar na

mudança do EV através da educação em saúde (Silva e Moura, 2011; Brito *et. al*, 2008; Teixeira *et al*, 2006; Potter e Perry, 2004).

Para a análise do estilo de vida recorreremos ao questionário Estilo de Vida Fantástico (EVF), traduzido e validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2011). É um instrumento de autopreenchimento e avaliação que investiga os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde (Silva, Brito e Amado, 2014).

O estilo de vida é considerado um dos fatores mais preponderantes na manutenção da saúde favorecendo a longevidade da população com qualidade de vida. O questionário FANTASTICO, ao contrário da maioria dos instrumentos de avaliação dos estilos de vida, não se centra apenas nos comportamentos de risco mais descritos como negativos, como também não esquece a vertente psicossocial da saúde e bem-estar (Silva, Brito e Amado, 2014).

- **Adesão ao regime terapêutico e autocuidado terapêutico**

O tratamento da HTA engloba medidas farmacológicas, quando necessárias, mas também, e com lugar privilegiado para o enfermeiro, medidas não farmacológicas, nomeadamente, modificações no estilo de vida. A adesão ao regime terapêutico, para que o controlo dos valores da TA seja eficaz, é fundamental para a redução da morbimortalidade cardiovasculares. Quanto às medidas não farmacológicas, as alterações dos EV abrangem o controlo dos fatores de risco como obesidade, dieta rica em sódio e pobre em potássio, ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar, tabagismo, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas e *stress* (Oliveira, Pedrosa e Gonçalves, 2008). A adoção de estratégias educativas que influenciem o comportamento das pessoas com HTA é imprescindível para que haja mudanças nos hábitos e estilo de vida e para que se exerça maior controlo sobre os fatores de risco. É necessário, portanto, uma abordagem multiprofissional, tendo em atenção a subjetividade inerente ao contexto da doença. Os antecedentes pessoais e familiares da pessoa com HTA, assim como fatores sociais, ambientais e psicológicos constroem o pilar para o desenvolvimento de habilidades (*empowerment*) que permitam à mesma ter uma

visão crítica sobre sua saúde, influenciando seu comportamento e contribuindo para a adesão ao tratamento (Teixeira *et al*, 2006). Na prática tem-se verificado que os doentes frequentemente não aderem ao regime terapêutico, sendo que na maior parte dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde Portugal se insere, este valor ronda apenas os 20% verificando-se que se mantêm comportamentos de risco cardiovascular. Isto leva a resultados negativos na área da saúde e custos elevados para a sociedade, o governo e os familiares das pessoas com DCV (OMS, 2003).

Fazendo a convergência da definição de Haynes (1979) e Rand (1993), a OMS (2003) considera que “ (...) a adesão a terapêutica de longa duração é a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida – corresponde com as recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde.” (tradução minha). Pressupõe-se nesta definição um aspeto relevante que é o facto de a adesão requerer, obrigatoriamente, a concordância do cliente com as recomendações dadas, pois só em mútuo acordo, a predisposição do mesmo para as seguir e colaborar ativamente no seu processo de tratamento será eficaz (OMS, 2003). O conceito de gestão do regime terapêutico é também considerado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2005, p.58) um foco da prática de Enfermagem que se define como: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”. Isto significa que sem adesão não é possível haver gestão do regime terapêutico, pelo que o enfermeiro deve primeiro promover a adesão da pessoa ao regime prescrito para depois poder trabalhar o desenvolvimento de estratégias de gestão do mesmo, no sentido de esta ser eficaz.

No que diz respeito às intervenções de Enfermagem para a promoção da adesão e gestão do regime terapêutico o estudo de Bastos (2012) refere que estas devem ser concordantes com o estilo de gestão do regime terapêutico identificado no cliente, de forma a suprir eventuais necessidades ou reforçar competências adquiridas.

Algumas dessas estratégias incluem a educação para a saúde, permitindo ao cliente, “ (...) enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projecto de saúde e exercer efectivamente o seu direito à autodeterminação.” (Machado, 2009, p. 49). Ainda de acordo com outros autores é reforçada a importância da educação, através da transmissão de conhecimento e desenvolvimento de estratégias e adicionam como intervenções de Enfermagem a facilitação do processo de transição saúde-doença, a promoção do envolvimento do cliente e do cuidador informal ou pessoa de referência, a promoção e manutenção da esperança e do autoconhecimento, a demonstração de disponibilidade para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas, a escuta ativa e estabelecimento de uma relação empática (Dias et. al, 2011; Monterroso, Pierdevara, Joaquim, 2012).

A adesão ao regime terapêutico com o objetivo de prevenir a DCV baixa para menos de 50% até ao final do primeiro ano de tratamento, sendo que a não adesão inclui não só doentes que deixam de tomar a medicação na sua totalidade, como também aqueles que não tomam a medicação nem na dose nem nos intervalos prescritos (Santos *et. al*, 2010). Neste contexto constatamos que quando se procura a adesão a regimes terapêuticos longos ou mudança de comportamentos, como seguir uma dieta ou deixar de fumar, os valores de adesão tendem a decrescer ou a desaparecer. Logo, a adesão é tendencialmente mais baixa na área da promoção da saúde visto que as pessoas ainda não estão doentes, sendo o plano terapêutico composto apenas por sugestões no sentido de melhorar o seu EV. A baixa adesão ao regime terapêutico pode ser responsável pela rápida progressão da doença, maior morbidade e mortalidade e custos aumentados para o sistema de saúde. No caso da HTA é o seu controlo 24 horas por dia que reduz o risco cardiovascular, no entanto, estima-se que a adesão ao regime terapêutico das pessoas com HTA se situe entre 50 e 70%, sendo uma das principais causas de HTA não controlada (Pinto e Pisco, 2007).

Assim sendo é de primordial importância que a pessoa compreenda a informação dada acerca da doença no que se refere à sua etiologia, localização, gravidade e processos terapêuticos envolvidos, para melhorar a adesão às indicações sugeridas (Camarneiro, 2002). Sabemos também de acordo com os estudos consultados que a informação

escrita melhora a adesão, facilitando a memorização e sistematização da mesma, sobretudo quando se trata de informação acerca da medicação. Contudo, a informação escrita deve ser sempre acompanhada de informações verbais com instrução comportamental individualizada (Camarneiro, 2002; Santos e José, 2011).

Para além disso, para que a pessoa com HTA seja um parceiro no seu plano de cuidados, aderindo ao regime terapêutico proposto, é importante que compreenda a necessidade de tomar a medicação de forma rigorosa, conhecendo o impacto da mesma na evolução da sua saúde e qualidade de vida, aceitando as mudanças a fazer no seu EV (Santos e José, 2011). É necessário apostar na educação dos doentes para que possam tomar as suas decisões de forma esclarecida.

De acordo com Delgado e Lima (2001, p. 95) “Tendo em conta que o fracasso da terapêutica de muitas doenças se deve substancialmente à inadequada adesão aos tratamentos, é importante estar ciente que a utilização de um instrumento válido e fiável de self-report fornecia desde cedo, ao profissional de saúde, um esboço do perfil de adesão aos tratamentos de cada doente.” Assim sendo, para analisar a adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo recorreremos à Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado e Lima (2001) um instrumento que permite aos profissionais de saúde identificar de forma mais fácil e ampla o comportamento dos doentes quanto à sua adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

O impacto das intervenções de enfermagem na saúde das pessoas é alvo de estudo de diversos autores uma vez que permite avaliar a efetividade dos cuidados prestados (Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014). Um dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem é o autocuidado especialmente porque traduz a capacidade da pessoa para gerir a sua doença e cuidar de si própria e porque tem potencial para melhorar a QV, não só da pessoa em si, mas também das famílias e comunidades (Sidani, 2011; Taylor e Renpenning, 2011 *apud* Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), autocuidado é definido como qualquer “Actividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se

operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária.” (ICN, 2016: 42).

A primeira relação explícita entre autocuidado e enfermagem foi apresentada por Dorothea Orem (Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014). Assim, o conhecimento existente acerca das entidades teóricas autocuidado, necessidade de autocuidado terapêutico, a entidade relacional de *deficit* de autocuidado e agência de enfermagem é retratada na Teoria do *Deficit* de Autocuidado de Dorothea Orem (2001). Esta baseia-se no facto de o autocuidado ser parte integrante do ser humano, devendo ser uma função promovida deliberadamente para o próprio ou pelo outro, no caso de não o conseguir fazer sozinho, para suprir e manter o aporte de materiais e condições indispensáveis à função física e psíquica, ou seja, indispensáveis à vida. Quando a pessoa não consegue satisfazer as suas necessidades de autocuidado, surge o autocuidado terapêutico prestado por agentes de autocuidado terapêutico, como é o caso dos enfermeiros que assumem uma posição de excelência neste âmbito (Queirós, 2010). O autocuidado terapêutico é baseado numa ação deliberada, executada pela pessoa, de acordo com o seu juízo sobre o que é apropriado para cada condição ou circunstância, isto é, consiste na habilidade da pessoa para gerir a sua condição de saúde, reconhecendo e controlando sintomas, cumprindo a terapêutica prescrita e realizando as suas atividades de vida diária (Doran et al, 2006 *apud* Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014). De acordo com Meleis (2012, *apud* Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014) a chave é promover a capacitação e a aquisição de competências de autogestão que permitirá reduzir os custos com os cuidados de saúde e melhorar a efetividade das intervenções, identificadas como intervenções de baixo custo com um rácio custo-benefício alto (OMS, 2003).

Neste contexto, uma vez que, o exercício profissional de enfermagem também se baseia no estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade), estabelece-se, no campo de ação do autocuidado, uma relação terapêutica caracterizada por uma parceria estabelecida com a pessoa e família/pessoas significativas, assente no respeito pelas capacidades e valorização do seu papel, auxiliando-a a ser proativa na promoção e prossecução do

seu projeto de saúde (OE, 2012). De acordo com a OE (2012, p. 16) o enunciado descritivo dos padrões de qualidade relativo ao bem-estar e ao autocuidado refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (...)”.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, a rede familiar surge com especial importância no auxílio e apoio à pessoa com HTA, durante o período do diagnóstico e no decorrer do tratamento e acompanhamento para controlo da HTA. Segundo Faquinello e colaboradores (2011) o acompanhamento nas consultas médicas, colaboração na dieta, prática de atividade física e supervisão terapêutica são as atividades de apoio realizadas pela rede familiar sublinhadas. Também a rede social do hipertenso surge como uma estratégia e um recurso importante para melhorar a sua QV (Faquinello, Marcon e Waidmann, 2011).

De acordo com Lopes *et. al*, (2008); Berardinelli, Guedes e Acioli (2013) no caso da pessoa hipertensa, o *deficit* de autocuidado refere-se principalmente ao desconhecimento e não adesão às formas corretas de tratamento, dificuldade para mudar EV, ausência de sintomas e desconhecimento sobre as consequências e complicações da HTA. Destaca-se com especial importância a participação familiar para auxiliar a ultrapassar estas dificuldades, especialmente se o companheiro(a) também é hipertenso ou toma terapêutica contínua, assim como a abordagem interdisciplinar tendo em consideração a visão e o conhecimento que a pessoa possui da sua situação de saúde, capacitando-a e à família/comunidade para mudanças de atitudes e posteriormente comportamentos (Lopes *et al*, 2008).

O enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado na relação terapêutica, tem um papel relevante em todo este processo de promoção e prevenção em saúde, que envolve autocuidado e gestão do projeto de saúde de cada pessoa, identificando comportamentos de risco e implementando práticas de cuidados no sentido de facilitar a mudança de comportamento e, conseqüentemente, de EV da pessoa hipertensa (Silva e Moura, 2011; Brito *et. al*, 2008; Potter e Perry, 2006).

Uma vez que o autocuidado é um dos focos de intervenção autónoma de enfermagem mais sensível, permitindo expressar a intenção de prescrever uma intervenção e avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem foi utilizado o Instrumento de Autocuidado Terapêutico, validado e traduzido para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014).

Como verificámos anteriormente, o défice de conhecimento relativamente à sua situação clínica é um dos principais obstáculos ao autocuidado terapêutico, sendo essencial a capacitação da pessoa no sentido de compreender a sua situação de saúde, ou seja, é primordial que a pessoa tenha literacia em saúde, neste caso em HTA, tema que vamos desenvolver de seguida.

- **Literacia e hipertensão arterial**

As sociedades desenvolvidas do século XXI têm-se deparado com um paradoxo sobre a tomada de decisão em saúde, visto que são cada vez mais desafiadas a fazerem escolhas de EV saudáveis, gerindo a sua jornada pessoal e familiar por ambientes e sistemas de saúde complexos. Contudo, não estão devidamente preparadas nem possuem o suporte adequado para cumprir essas tarefas (OMS, 2013, tradução minha).

Competências de literacia em saúde pobres resultam em menos escolhas saudáveis, comportamentos de risco, problemas de saúde, menor grau de autogestão e autocuidado e hospitalização mais frequente (*Idem*).

De acordo com a OMS (2013, tradução minha) a literacia em saúde envolve um conjunto de competências cognitivas e sociais, como conhecimento e motivação, para aceder, compreender e avaliar a informação em saúde disponível, para que a pessoa tenha a capacidade de tomar decisões fundamentadas sobre a sua saúde, em todas as situações do dia-a-dia, prevenindo doenças e promovendo a saúde com o intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida em todo o seu percurso. A literacia em saúde baseia-se na interação entre as competências das pessoas e os respetivos contextos de saúde, o sistema de educação e os fatores culturais e sociais no ambiente envolvente

(casa, trabalho e comunidade), pelo que a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deve ser partilhada entre todos os setores (OMS, 2013).

Os estudos consultados evidenciam que pessoas com baixa literacia em saúde têm menor capacidade para compreender a informação fornecida pelos profissionais de saúde, nomeadamente os conteúdos de folhetos informativos sobre alimentos ou fármacos. Referem ainda que baixa a literacia em saúde está relacionada com baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, assim como comportamentos risco, uso excessivo de serviços de saúde ou ineficácia para lidar com situações de emergência. Isto significa como já constatado anteriormente pela OMS (2013), que um nível baixo de literacia está associado a taxas de hospitalização mais elevadas, diminuição da utilização de medidas preventivas e fraca adesão aos regimes terapêuticos (Santos, 2010; Santos *et. al* (2010).

As doenças crónicas, ou não contagiosas, são a causa maior de morte em toda a região europeia da OMS, sendo que mais de 75% de todas as mortes são causadas por uma de quatro doenças – cancro, doença cardiovascular, diabetes ou doença respiratória. Muitas destas doenças acarretam comorbilidades e a literacia em saúde desempenha um papel crucial capacitando as pessoas para gerirem a sua condição clínica de forma autónoma e independente (OMS, 2013, tradução minha). Neste contexto, estando a literacia intimamente associada a conhecimento, podemos afirmar que este é um fator relevante na adesão ao regime terapêutico (Santos e José, 2011). “O facto da pessoa se sentir informada, com capacidade para esclarecer as suas dúvidas e estar envolvida no processo de tomada de decisão, ajuda a encontrar estratégias que permitam reduzir o risco cardiovascular.” (Reveles, 2015, p.49). Níveis inferiores de literacia em saúde estão associados a saúde mais precária e maior mortalidade (Santos, 2010).

Existem dois estudos recentes realizados no âmbito da literacia em saúde (Escoval, 2014) e prevalência, perceção, tratamento e controlo da HTA (Polonia *et. al*, 2014), ambos em Portugal. O primeiro estudo contou com um inquérito feito a 1.004 pessoas com base no questionário europeu de literacia em saúde e os resultados revelaram que, no que respeita à prevenção da doença, cerca de 45% da população inquirida revelou ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde; quanto à promoção

da saúde, 60,2% dos inquiridos apresenta um nível de literacia problemático ou inadequado. Em entrevista ao Observador (2014) Ana Escoval frisou que “ (...) são cada vez mais os estudos que revelam que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde”. O segundo estudo realizado por membros da Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial (SPHTA) revelou que cada vez mais portugueses reconhecem as conseqüências da HTA como o acidente vascular cerebral e o enfarte do miocárdio, sendo que 61% da população considera a HTA como um problema grave, contudo apenas 14% avalia regularmente a HTA por iniciativa própria; estão alerta para os malefícios do consumo excessivo de sal, embora só 33% saiba a dose máxima diária recomendada e identificam a adesão ao regime terapêutico como um fator importante (Polónia et. al, 2014).

Também o Plano Nacional de Saúde agora já alargado até 2020 tem um eixo estratégico dedicado à “Cidadania em Saúde” onde o objetivo principal é avaliar regularmente as necessidades das pessoas, capacitando-as para assumirem a responsabilidade de lutar pela sua saúde e a de quem deles depende. Para tal a literacia em saúde assume um pilar fulcral permitindo à pessoa estar informada compreendendo e interiorizando o conhecimento transmitido, traduzindo-se na adoção de comportamentos saudáveis e gestão eficaz da sua doença (DGS, 2015).

Neste contexto a DGS no Plano Nacional de Saúde (PNS) – revisão e extensão a 2020 (2015, p.14) preconiza:

- “A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.
- O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.”

Para avaliar a literacia em HTA neste estudo recorreremos ao Teste de Batalla-Martinez (1984), adaptado de Calixto et. al (2013), que tem como fundamento a relação entre o conhecimento sobre HTA e a adesão ao regime terapêutico, verificando-se que

peças com maior grau de conhecimento têm uma melhor adesão ao regime terapêutico.

Foi também aplicado um conjunto de questões de V/F desenvolvidas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para avaliar qual o conhecimento das pessoas sobre aspetos relacionados com a HTA e quais as áreas com maior déficit para se poder planear a intervenção de enfermagem no âmbito da educação em saúde.

A consulta de Enfermagem é o momento por excelência para desenvolver intervenções como as referidas anteriormente, razão pela qual vamos abordar este tema no próximo capítulo.

### 1.3 - CONSULTA DE ENFERMAGEM

O Plano Nacional da Saúde (DGS, 2015) tem como objetivo final, no âmbito da prevenção e controlo da doença, reduzir a carga de doença, não Transmissível e/ou transmissível, e melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos. De acordo com a DGS (2015), as doenças não transmissíveis, também conhecidas por doenças crónicas, são responsáveis pela maioria das mortes e pela carga da doença em toda a região europeia da OMS, onde Portugal se inclui. Logo as medidas de prevenção e controlo têm de ser assumidas como uma prioridade em saúde pública. Sabemos que a maior parte estas doenças são passíveis de prevenção através da intervenção nos fatores de risco como o tabaco e a obesidade. Neste contexto, pretende-se investir na prevenção e melhoria do controlo das doenças não transmissíveis com o intuito de reduzir a carga da doença, a morte prematura, a morbilidade e incapacidade, promovendo um envelhecimento saudável e ativo, coesão social e produtividade das pessoas e das comunidades, com qualidade de vida (DGS, 2015).

A vida da pessoa com HTA passa por várias mudanças, que influenciam o seu quotidiano, sendo os enfermeiros chamados a assisti-los ao longo do processo de readaptação e gestão da doença configurando-se como catalisadores da motivação. Algumas das intervenções de Enfermagem passam por envolver a pessoa no

planeamento do seu programa terapêutico, partilhando a responsabilidade da obtenção dos resultados acordados; promover a interação entre a equipa de saúde, a família e a pessoa; contextualizar a assistência, adotando uma visão holística da pessoa. Dotar a pessoa com doença crónica de conhecimento e capacidades contribui para que esta participe de forma mais segura nos cuidados prestados, sentindo-se motivada a aprender mais e treinar novas habilidades (OMS, 2003; OE, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (2012) define como conceitos centrais da Enfermagem a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. É com base nestes conceitos que se deverá desenvolver a consulta de Enfermagem pois só assim ela será completa e adaptada à realidade de cada pessoa (OE, 2012).

De acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011) existem 3 domínios de competências: *Responsabilidade profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados; Desenvolvimento profissional*. No âmbito da consulta de Enfermagem consideramos que o domínio com mais relevância é o da *Prestação e gestão de cuidados* uma vez que o enfermeiro deve sempre agir com base nos conhecimentos e técnicas mais recentes, de acordo com a evidência científica disponível, recorrendo ao pensamento crítico e às técnicas de resolução de problemas de forma a tomar decisões fundamentadas; atuar como um recurso para os indivíduos, famílias e comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, dotando-os de conhecimentos, capacidades e atitudes que permitam a tomada de decisão na consecução do seu projeto de saúde; promover a saúde e a educação para a saúde diagnosticando e priorizando os problemas, estabelecendo um plano de cuidados em parceria com a pessoa/família/cuidador; avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

Sendo o foco de atenção do enfermeiro o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida, este deve intervir no sentido de facilitar o processo de transição saúde-doença e negociar com a pessoa quais as estratégias que promovem a adesão e autogestão do regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O enfermeiro procura que a pessoa caminhe no sentido do desenvolvimento de uma identidade

saudável integrando a condição de doença e o regime terapêutico, como uma parte de si (OE, 2011 e 2012).

De acordo com estudos reunidos pela *European Society of Cardiology* (ESC, 2013, tradução minha), o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no acompanhamento da pessoa com hipertensão é benéfico e mais eficaz, com redução aproximada dos valores de TA sistólica em 10 mmHg. O papel do enfermeiro, membro importante dessa equipa, como educador, desenvolvendo estratégias de transmissão de conhecimento, avaliação da adesão ao regime terapêutico, aconselhamento para mudança de comportamentos e gestão do regime terapêutico surge como um dos principais fatores para que o controlo da HTA seja um sucesso (*Idem*). Cerca de 33 estudos randomizados controlados publicados entre 2005 e 2009 demonstraram que os objetivos de valores de HTA eram alcançados mais facilmente quando o plano de cuidados era desenvolvido, gerido e acompanhado por enfermeiros (*Ibidem*). Verificase que, no âmbito da prevenção secundária, as melhorias obtidas no controlo dos fatores de risco como tolerância à atividade física, controlo da glicémia capilar e gestão apropriada do regime terapêutico, assim como na diminuição do número de eventos cardiovasculares e mortalidade envolve programas de intervenção desenvolvidos por enfermeiros (ESC, 2012, tradução minha).

No âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares (DCV), foi desenvolvido pela ESC um estudo de investigação transversal chamado *EUROASPIRE* (*European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events*) que já conta com três momentos de avaliação, iniciado em 1995, em diferentes países da Europa. Nos dois primeiros momentos de avaliação (1995-96 e 1999-2000) constatou-se que a prevalência de fatores de risco cardiovascular modificáveis em pessoas com DCV era elevada, sendo a sua prevenção pouco integrada na prática clínica e quando integrada inadequada. Neste contexto, para documentar se houve evolução positiva na prevenção da DCV e se as recomendações europeias estão a ser implementadas na prática clínica realizaram o terceiro momento de avaliação (2006-07) em 22 países da Europa. Os resultados deste último momento de avaliação revelaram que a maior parte dos doentes não conseguiu atingir o estilo de vida, níveis de fatores de risco e

objetivos terapêuticos propostos inicialmente. Para além disso, as diferenças entre o primeiro e o terceiro momento de avaliação demonstraram que a proporção de mulheres jovens fumadoras aumentou, assim como aumentou a obesidade e o controlo da HTA não melhorou apesar da maior utilização de medicamentos anti-hipertensores. Contrariamente à HTA, o controlo lipídico melhorou significativamente devido ao aumento do uso das estatinas. Quanto à glicémia capilar, sabe-se que o seu controlo ajuda a prevenir complicações microvasculares, contudo o número de pessoas que refere ter diabetes e com diabetes não diagnosticada aumentou, acompanhando o aumento da prevalência da obesidade (Kotseva et. al, 2009, tradução minha).

Conforme referido anteriormente, estes resultados apontam para a necessidade de desenvolver programas multidisciplinares que envolvam as pessoas com HTA e as suas famílias, tanto nos cuidados de saúde primários como secundários (ESC, 2012, tradução minha). Um projeto no âmbito da cardiologia preventiva que já demonstrou ter resultados foi o *EUROACTION*, um projeto da ESC que consiste num programa multidisciplinar de prevenção, desenvolvido em oito países da Europa, coordenado por enfermeiros, com uma abordagem centrada na família, que revelou que as alterações recomendadas para o estilo de vida no que se refere à dieta, atividade física, tabagismo e os valores alvo dos fatores de risco cardiovascular (TA, colesterol total e diabetes) podem ser alcançados e mantidos, tanto em cuidados primários como secundários, com maior eficácia e segurança do que em contextos sem este tipo de programas (Wood et. al, 2008, tradução minha).

A evidência mostra que os programas de prevenção desenvolvidos e geridos por enfermeiros, vistos pelo público em geral como fontes de ajuda e de informação credíveis, são mais eficazes do que os cuidados comuns e podem ser adaptados a uma variedade de contextos de cuidados de saúde (ESC, 2012, tradução minha).

Através destes estudos, onde Portugal ainda não está incluído apesar da prevalência destas doenças ser uma realidade, verifica-se a necessidade de implementar programas de prevenção que possam também ajudar os sistemas de saúde a cumprir

de forma uniforme e com sucesso a orientações nacionais e internacionais no âmbito da prevenção da DCV (ESC, 2012, tradução minha).

Enfatizando os factos acima referidos, Mendes (2013) declara que a abordagem clássica da pessoa com DCV não permite a educação e o esclarecimento de dúvidas nem o apoio necessário para as mudanças comportamentais que envolvem a adoção de terapêutica farmacológica de longa duração, cessação tabágica, modificação de hábitos alimentares, atividade física regular e um estilo de vida com menos *stress*. São mudanças difíceis de conseguir pois, na maior parte dos casos, em doentes assintomáticos, implicam o abandono de hábitos antigos sem que estes compreendam a necessidade da mudança.

Existem outros programas de intervenção, com acompanhamento via telefone, associado ao acompanhamento tradicional em consulta de rotina como é o caso do programa COACH (*Coaching Patients on Achieving Cardiovascular Health*), desenvolvido na Austrália, que é considerado um programa de treino para pessoas com DCV, baseado numa intervenção educacional domiciliária e de apoio profissional após a alta, realizada por enfermeiros via telefone (acompanhamento telefónico a cada 6 semanas, durante 6 meses) (Vale et. al, 2003). Há também o programa *Hartcoach* que consiste num período de monitorização de pessoas com DCV durante 6 meses através de um contacto telefónico a cada 4-6 semanas. Os *coaches*, que são enfermeiros, treinam os doentes, capacitando-os para se responsabilizarem por atingir e manter os objetivos previamente definidos em parceria relativamente à modificação de EV (Leemrijse et. al, 2012). Em ambos os programas, os doentes são treinados para assumirem a responsabilidade pela manutenção do controlo dos seus fatores de risco cardiovascular modificáveis (colesterol, tabagismo, TA, glicemia, peso, ingestão de lípidos e atividade física) assim como é trabalhada a adesão ao regime terapêutico crónico (Vale et. al, 2003; Leemrijse et. al, 2012).

A consulta de Enfermagem é uma intervenção autónoma, baseada na metodologia científica, que permite ao enfermeiro identificar os principais problemas de saúde em geral e de Enfermagem em particular elaborando um diagnóstico e, posteriormente, elaborar e realizar planos de cuidados, fixando objetivos, estabelecendo prioridades de

acordo com os graus de dependência das pessoas, determinando estratégias para proceder à avaliação dos cuidados prestados através de indicadores de saúde reformulando as suas intervenções caso necessário (ICN, 2012). Assim, a consulta de Enfermagem constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa hipertensa e seus familiares. Deste modo podemos constatar que com a consulta de Enfermagem pretende-se responsabilizar e envolver os doentes no seu projeto de saúde com o intuito de melhorar a literacia acerca da sua doença tornando-os autónomos e independentes no seu autocuidado terapêutico.

Segundo a DGS (2004) e Fazendas e Oliveira (2006) as alterações no estilo de vida recomendadas, e que abordamos nas nossas consultas são:

- Cessação tabágica: suspender o consumo de todos os tipos de tabaco e evitar o fumo passivo aumentando o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco. Nas pessoas muito dependentes da nicotina pode haver necessidade de recurso a terapêutica substitutiva. Estima-se que cerca de 1/3 a 1/2 dos doentes retomam os hábitos tabágicos 6 meses a 1 ano após o evento cardiovascular, razão pela qual é essencial um acompanhamento continuado no tempo;
- Correção de obesidade e síndrome metabólica: reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC – superior a 25 kg/m<sup>2</sup> e IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup>) num programa adequado de modificação nutricional e atividade física. A redução de peso permite reduzir a TA, o colesterol e a glicemia. A síndrome metabólica, associada ao aumento do risco cardiovascular e de desenvolvimento de diabetes *mellitus*, define-se pela associação de pelo menos 3 dos seguintes fatores: obesidade abdominal (PA superior a 102 cm nos homens e 88 cm nas mulheres), dislipidémia (triglicédeos ≥150 mg/dl, partículas LDL pequenas, HDL <40 mg/dl nos homens e 50 nas mulheres), TA elevada (≥130/85 mmHg) e resistência à insulina (glicose em jejum ≥110 mg/dl). No que diz respeito às dislipidémias pretende-se obter triglicédeos - até ao máximo de 140 mg/dl, colesterol total - inferior a 190 mg/dl, colesterol HDL - acima de 45 mg/dl e colesterol LDL - até 115 mg/dl.

- Alimentação saudável: reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (< 16 g de etanol/dia nas mulheres e 24 g/dia nos homens), o consumo de sal (menos de 5 g/dia), o consumo total de gorduras para valores entre 15% a 30% da ingestão calórica diária, o consumo excessivo de gorduras saturadas (<10% da ingestão calórica diária) e o consumo excessivo de gorduras trans (presentes maioritariamente em produtos industrializados) (<1% da ingestão calórica diária) e aumentar o consumo de cereais, frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia), promover a ingestão de peixe superior a 20 g/dia.
- Prática de atividade física: aumentar a proporção de população fisicamente ativa com exercício aeróbio (caminhar, nadar, andar de bicicleta) pelo menos trinta minutos diários, 4-5 vezes por semana. O exercício contribui para o aumento da fração HDL do colesterol, redução de triglicédeos e da propensão para eventos tromboembólicos, o controlo do peso e o aumento da tolerância ao esforço.

É possível estimar o risco absoluto de desenvolver um evento cardiovascular a partir do género, idade, hábitos tabágicos, valores de colesterol total e TA sistólica recorrendo a tabelas de risco coronário - SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) (ESC, 2012; DGS, 2013). Todos os doentes devem ser classificados em consulta não só de acordo com os graus de HTA, mas também no que diz respeito ao risco cardiovascular global decorrente da coexistência de diferentes fatores de risco, lesões de órgãos e doenças associadas (DGS, 2011). O risco global calculado através do SCORE (Anexo I) é expresso como o risco absoluto de sofrer um evento cardiovascular no prazo de 10 anos. Uma vez que o resultado depende muito do fator idade, o SCORE em jovens pode ser baixo, mesmo na presença de PA elevada com fatores de risco adicionais. É importante reforçar ao doente que, mesmo com um risco global baixo, se não for devidamente tratada, a situação pode conduzir, mais tarde, a uma situação de risco elevado parcialmente irreversível (DGS, 2013). Para facilitar o seu uso na consulta clínica diária e operacionalizar planos de intervenção, a classificação do SCORE é estratificada em quatro diferentes níveis de risco cardiovascular: risco muito alto, alto, moderado e baixo, com o objetivo de definir prioridades na prevenção cardiovascular

e na decisão sobre gestão do risco com base em medidas de alterações no EV e prescrição de fármacos. A abordagem do risco cardiovascular, com base em tabelas, permite explicar à pessoa de forma mais simples a influência das intervenções desenvolvidas no risco de desenvolver DCV, motivando-o para mudar o seu comportamento e hábitos menos saudáveis.

Pelo que foi exposto anteriormente, demonstra-se a pertinência de existir um acompanhamento em consulta de enfermagem das pessoas com risco cardiovascular no sentido de incentivar um estilo de vida saudável e a adesão ao regime terapêutico proposto.

Um dos modelos, onde o foco é colocado na prevenção e em estudos experimentais cujo objetivo é modificar comportamentos de saúde (Eshah, 2013, tradução minha), mais utilizado quando se pretende desenvolver um plano de intervenção e ensino estruturado é o Modelo de Crenças de Saúde (MCS). Segundo este modelo, a predisposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que a pessoa tem da sua saúde e da probabilidade de ter uma doença em particular e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer. É necessário que exista um estímulo desencadeador quer interno, como um sintoma, quer externo, como uma campanha na comunicação social, que oriente a pessoa a adotar o comportamento apropriado. Perante uma determinada ameaça, a pessoa avalia os potenciais benefícios que a sua ação pode ter na redução da mesma, ponderando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos e os seus custos (Ribeiro, 2005).

O Modelo de Crenças de Saúde é considerado um modelo útil e válido na implementação da consulta de enfermagem à pessoa com HTA porque se verifica que é frequente a crença de que não ocorrerá um novo evento cardiovascular, assim como a não adesão ao regime terapêutico porque não se vê um efeito imediato no controlo dos fatores de risco. Adaptar as intervenções a cada pessoa considerando o valor que atribui à sua saúde, as suas crenças e a sua disposição para adotar comportamentos saudáveis é essencial na educação para a saúde pois só assim será possível construir um programa de ensino adaptado com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A utilização do Modelo de Crenças de Saúde em associação com o Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley (MHCAL) constitui uma ferramenta importante a ser utilizada na implementação do programa de ensino materializado nas consultas de enfermagem. Este modelo de comunicação utiliza a conjugação de 3 fatores para prever o grau de adesão ao regime terapêutico: satisfação da pessoa relativamente à consulta, compreensão da informação transmitida na consulta e memorização dessa mesma informação. Quanto maior for a compreensão da pessoa face às informações transmitidas sobre a sua doença, consequências que dela podem advir, necessidade de alterações dos hábitos de vida e regime terapêutico a adotar, mais fácil será memorizar essa informação e melhor será adesão e controlo dos fatores de risco cardiovascular (Ogden, 2004).

Será com base nestes dois modelos que será desenvolvido e implementado o programa de ensino de Enfermagem estruturado que abordaremos mais tarde no desenrolar deste estudo.



## 2 – MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia é um dos passos mais importantes num estudo de investigação pois permite definir a abordagem mais adequada para o tratamento da problemática em estudo. Por esta razão todo o processo de investigação deve ser conduzido com base num plano metodológico previamente estabelecido, de forma a prever e ultrapassar constrangimentos que possam surgir no desenvolvimento da pesquisa, bem como assegurar a sua fiabilidade, rigor e controlo de todo o procedimento (Fortin, 2009).

No presente capítulo iremos descrever os passos metodológicos desenvolvidos para a concretização deste estudo, nomeadamente, a problemática, a questão de investigação, o objetivo, o tipo de estudo, a população e amostra, a operacionalização das variáveis, as hipóteses, os instrumentos e o processo de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e, por fim, o tratamento estatístico dos dados.

### 2.1 – PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) as doenças crónicas, responsáveis por 60% de todos os gastos que advêm do controlo e tratamento de doenças a nível mundial, compõem uma área de grande preocupação uma vez que são responsáveis pela maioria da mortalidade e morbilidade existente nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Prevê-se que, em 2020, 80% das doenças existentes nos países em desenvolvimento advirão de problemas crónicos, constituindo a principal causa de incapacidade no mundo e representando a maior sobrecarga para os sistemas de saúde (OMS, 2003).

Nos últimos 20 anos tem ocorrido uma diminuição progressiva das taxas de mortalidade provocadas pelas doenças cardiovasculares, situação atribuída à combinação de vários fatores como a adoção de medidas preventivas com várias iniciativas desde a lei de cessação tabágica, a redução do conteúdo de sal no fabrico do pão, o incentivo a estilos de vida saudáveis; a melhoria no diagnóstico, monitorização e controlo dos fatores de risco modificáveis; o avanço no tratamento clínico das manifestações clínicas associadas à maior mortalidade referida anteriormente (DGS, 2013).

A prevalência destas doenças, com carácter multidimensional, traz a necessidade de um novo paradigma para as compreender e às suas consequências, implicando que os serviços de saúde estejam preparados para modificar a sua filosofia de cuidados abrindo-se à comunidade. Já em 2003 a Organização Mundial da Saúde alertava para o facto de nos serviços de saúde predominar o Modelo Biomédico, onde se preconiza o tratamento de casos agudos e episódicos, com domínio da prescrição terapêutica médica, onde a pessoa é um recetor passivo dos cuidados, em vez do Modelo de Enfermagem Avançada onde o plano de cuidados é realizado em parceria com a pessoa/família/comunidade, tendo como foco as respostas à doença e aos processos de vida, com domínio da prescrição de intervenções de Enfermagem.

Deste modo, a identificação dos fatores de risco de doença cardiovascular e o conhecimento das respostas humanas ao processo de saúde doença e aos processos de vida são essenciais para a intervenção de Enfermagem, permitindo o planeamento e a elaboração de um plano de cuidados que responda às necessidades reais e potenciais da população, promovendo resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem (OE, 2012).

Quando se inicia um estudo de investigação existe uma inquietação por parte do investigador, que funciona como ponto de partida. Tendo como base de sustentação o atrás referido, o nosso interesse pela temática deste estudo surge no contexto de participação num projeto de intervenção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra denominado “Viver Com Coração” onde se evidencia a intervenção de Enfermagem como ponto fulcral na obtenção de resultados a nível da prevenção de fatores de risco cardiovascular.

Estamos convictas que este trabalho poderá contribuir para a importância da prática baseada em evidência em Enfermagem, pois permite-nos conhecer o estado da arte face a uma problemática e, por conseguinte, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, na busca de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Assim sendo, a questão de investigação que surgiu foi “Qual a evolução, na literacia em saúde, no estilo e qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de

autocuidado terapêutico e nos dados clínicos, verificada nas pessoas com hipertensão arterial após a aplicação de um programa de ensino de Enfermagem estruturado?”

Neste estudo a variável independente consiste numa intervenção, ou seja, no programa de ensino estruturado que será aplicado a um grupo de pessoas com hipertensão arterial (HTA) diagnosticada – grupo experimental - e que não será aplicado no outro grupo de pessoas que também têm HTA diagnosticada – grupo controlo. Pretendemos observar os efeitos da variável independente sobre as variáveis dependentes.

De acordo com Fortin (2009), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que explicita a orientação da investigação de acordo com o nível de conhecimentos estabelecido na temática em estudo, evidenciando as variáveis-chave, a população alvo e o assunto da investigação. Emerge então como objetivo deste estudo analisar a influência do programa de ensino de Enfermagem estruturado na literacia em saúde, na qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos das pessoas com hipertensão arterial.

## 2.2 – TIPO DE ESTUDO

Considerando o estado da arte relativamente à temática da prevenção da doença cardiovascular optámos por um estudo de abordagem quantitativa onde se objetiva realizar um processo sistemático de recolha de dados quantificáveis e observáveis com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos e posterior possibilidade de prever e controlar os acontecimentos e generalizar resultados (Fortin, 2006). Quanto ao nível de conhecimento e controlo sobre as variáveis será um estudo experimental, de nível IV onde

(...) os conhecimentos estabelecidos no domínio permitem prever os resultados de um estudo. Formula-se uma hipótese, a qual presume que existem relações entre variáveis, de forma que uma variável independente X introduzida numa situação de investigação produzirá um efeito sobre a variável dependente. Fortin (2006, p. 101).

Neste estudo procuramos predizer uma relação de causalidade, ou seja, verificar relações de causa-efeito entre as variáveis com o objetivo de explicar qual o resultado da intervenção efetuada, razão pela qual são também chamados de desenhos explicativos e preditivos (Fortin, 2006). Para alcançar o pretendido optámos pela realização de um estudo experimental com o intuito de “ (...) estudar se o efeito esperado de uma variável independente se produz numa situação controlada.” (Fortin, 2006, p.139). Através deste tipo de estudo é possível validar a prática e fundamentar as mudanças adotadas em alguns aspetos específicos da mesma, visto o investigador ser uma parte ativa da investigação, inserindo uma intervenção e avaliando junto dos grupos o efeito da mesma sobre outras variáveis (Grey, 2001; Fortin, Côté e Filion, 2009).

Os estudos do tipo experimental requerem a existência de dois grupos de sujeitos: o grupo experimental (GE), aquele que é submetido à intervenção e o grupo de controlo (GC), aquele não sofre qualquer intervenção (Fortin, 2006). Procurámos que os sujeitos do nosso estudo tivessem origem na mesma população e que o estudo desenvolvido possuísse 3 características principais - a aleatorização, a manipulação e o controlo (Grey, 2001; Fortin, 2006; Fortin, Côté e Filion, 2009) de modo a ser classificado como experimental verdadeiro. Estas características consistem em:

- Aleatorização - seleção e repartição aleatória dos sujeitos da amostra no GE e GC sendo que cada sujeito tem igual probabilidade de ser selecionado para um ou outro grupo (Grey, 2001; Fortin, 2006; Fortin, Côté e Filion, 2009).
- Manipulação - a aplicação pelo investigador de uma intervenção (variável independente) ao GE (Fortin, 2006; Fortin, Côté e Filion, 2009).
- Controlo - conseguido através do GC e a determinação das fontes de variância para redução dos enviesamentos que afetam a validade interna do estudo (Fortin, 2006; Fortin, Côté e Filion, 2009).

De acordo com as recomendações de Fortin (2006), na presente investigação realizou-se um estudo com um desenho “*antes-após com grupo testemunho*”, ou seja, os participantes foram repartidos de forma aleatória pelos grupos – GE e GC – e a avaliação foi efetuada duas vezes: antes da introdução da variável independente, no

início do estudo, e no final do mesmo, após a introdução da variável independente. Os participantes do grupo experimental foram ainda sujeitos a uma avaliação intermédia.

Pretendemos, não só obter respostas válidas à questão colocada e às hipóteses formuladas, como também, controlar as eventuais fontes de enviesamento. Para tal é essencial garantir a validade interna e externa do estudo para que os resultados obtidos sejam considerados válidos e plausíveis. No que diz respeito à validade interna esta é assegurada se houver a garantia de que os resultados obtidos são atribuíveis exclusivamente ao efeito da variável experimental e não a variáveis estranhas (Fortin, 2006). Quanto à validade externa esta apenas pode ser estabelecida após a validade interna estar assegurada e “ (...) refere-se à possibilidade de generalizar os resultados obtidos a outras populações, a outros contextos além dos considerados no estudo.” (Fortin, 2006, p.142). Assim, neste estudo iremos assegurar a validade interna através da utilização de um grupo controlo com um processo de seleção e repartição aleatória dos indivíduos entre grupo experimental e grupo controlo. Em relação à validade externa, tendo em atenção a dimensão da amostra e as características do contexto e dos sujeitos em estudo, prevemos que será difícil extrapolar os resultados obtidos para outras populações e outros contextos.

### 2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2006), a população abarca todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. Por sua vez, a amostragem corresponde ao método “ (...) pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.” (Fortin, 2006, p. 202).

Tendo em conta as considerações anteriormente efetuadas é nossa intenção que este estudo proporcione dados e resultados que se possam adequar a uma realidade precisa e, para tal, decidimos determinar critérios de inclusão dos sujeitos que iriam ser objeto de estudo. A amostra escolhida teve em conta o tipo e o objetivo do estudo, o tempo e os recursos disponíveis para a sua realização. Assim a amostra selecionada é

constituída por pessoas a quem foi diagnosticada hipertensão arterial e que obtêm os seus medicamentos na Farmácia “Alves” ou são seguidos em consulta no Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra. A seleção dos locais teve em conta critérios de proximidade e de facilidade de acesso à população.

Neste contexto os critérios de inclusão são:

- Ter mais de 18 anos;
- Ter hipertensão arterial;
- Ser seguido em consulta no Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra;
- Obter os medicamentos na Farmácia “Alves”;
- Residir no concelho de Coimbra;
- Saber ler e escrever.

A disponibilização dos contactos das pessoas constituintes da amostra foi obtida apenas com interesse investigativo e sem qualquer interesse comercial, quer da parte da Diretora da Farmácia quer da parte do Centro de Saúde do Hospital Militar. As pessoas com hipertensão arterial foram identificadas pela Diretora da Farmácia e pelo Enfermeiro de referência do Centro de Saúde do Hospital Militar, sendo que o contacto às mesmas para consentimento e participação no estudo e a explicação de todos os procedimentos foram feitos pela investigadora em conjunto com os mesmos.

Tendo em conta o que foi anteriormente explanado, neste estudo recorreremos a um método de amostragem probabilístico - a amostragem aleatória simples - que nos permite garantir alguma precisão no que concerne à estimação dos parâmetros da população e na obtenção da melhor representatividade possível com vista à generalização dos resultados (Fortin, 2006). De acordo com este método cada um dos elementos da população alvo teve a mesma probabilidade de ser escolhido para constituir a amostra e, após a definição da população, foi estabelecido um plano amostral. Posteriormente utilizou-se um computador para seleccionar aleatoriamente uma amostra com o tamanho desejado (Haber, 2001; Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, Côté e Filion, 2009). A amostra seleccionada, através deste método, não está sujeitas à parcialidade da investigadora, no entanto não existe garantia de que a

amostra seja representativa da população. O facto de a seleção ter sido feita de forma aleatória certifica que as diferenças que se podem encontrar são resultado do acaso, sendo a probabilidade de se selecionar uma amostra totalmente desviada muito reduzida (Haber, 2001; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Nesta investigação, depois de obtida a população-alvo foi utilizado o *site* “Random.Org”, que selecionou a amostra das dimensões pretendidas e a distribuiu pelo grupo controlo e grupo experimental. Foi assegurado que ambos os grupos possuíam características semelhantes no que diz respeito ao número de homens e mulheres e à média de idades para ser possível estabelecer comparações.

Dos 68 hipertensos constituintes da população acessível, aplicando o critério de inclusão “área de residência” e “saber ler e escrever”, restaram 58. Com estes elementos constituiu-se uma listagem numerada, tendo sido selecionados aleatoriamente, pelo computador, para pertencerem ao grupo experimental ou ao grupo controlo. O GE inicialmente constituído por 29 pessoas, após contacto telefónico para averiguar da vontade de participar no estudo, ficou reduzido a 14 pessoas. Relativamente ao GC, inicialmente composto também por 29 pessoas, após contacto telefónico para averiguar da voluntariedade de participar no estudo, ficou com 14 pessoas.

No decorrer do processo de acompanhamento programado, verificou-se a desistência de 1 elemento do GC por se ter ausentado de Coimbra. Assim, para efeitos de estudo estatístico e análise dos dados obtidos, foram considerados os 14 elementos no GE - aqueles que cumpriram todo o programa de acompanhamento - e 13 elementos no GC.

#### 2.4 – VARIÁVEIS EM ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

A operacionalização das variáveis consiste num processo metodológico, através do qual se especificam as ações ou comportamentos descrevendo como será feita a medição de uma variável servindo de ponte entre a teoria e a observação (Fortin, 2006).

Neste estudo de investigação a variável independente, ou experimental, corresponde à intervenção de Enfermagem planeada e construída através do programa de ensino estruturado que foi aplicado (Apêndice I). Este programa teve uma periodicidade mensal e consistiu na realização de ensinios individualizados e personalizados, tendo em conta o diagnóstico inicial efetuado, hipertensão arterial (HTA). Neste contexto, os ensinios realizados incidiram sobre os fatores de risco cardiovascular identificados na pessoa onde esta apresentava maior défice de conhecimento. Em cada consulta mensal foram avaliados os seguintes parâmetros: peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e glicemia capilar (BMT) nos indivíduos diabéticos. O colesterol total (CT) foi avaliado trimestralmente, assim como a BMT nos indivíduos não diabéticos.

As variáveis dependentes em estudo são:

- Peso, IMC, PA, TA, FC, BMT e CT;
- Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial - medida através da utilização do Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL), traduzido e validado para a população portuguesa por Cunha e Ferreira (2014);
- Estilo de Vida - medido através da utilização do Questionário Estilo de Vida Fantástico (QEVF), traduzido e validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2011);
- Adesão ao regime terapêutico - medido através da utilização da escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), de Delgado e Lima (2001);
- Autocuidado terapêutico - medido através da utilização do Instrumento de Autocuidado Terapêutico (IAT), validado e traduzido para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014);
- Literacia em HTA - medida através do Teste de Batalla-Martinez, adaptado de Calixto et. al (2013), e de um conjunto de questões de verdadeiro/falso desenvolvidas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

Para a caracterização da amostra temos, como variáveis atributo, sexo, idade, estado civil, com quem vive, área de residência, grau de escolaridade, situação profissional, entre outras expostas no capítulo da apresentação e análise dos resultados.

A categorização destas variáveis foi efetuada da seguinte forma:

- Sexo – variável operacionalizada através de questão dicotómica de escolha única;
- Idade – variável operacionalizada através de questão de resposta aberta;
- Estado civil – variável definida por solteiro(a), casado(a)/união de facto, divorciado(a)/separado(a) e viúvo(a) e operacionalizada através de questão fechada de escolha única;
- Com quem vive – variável definida como sozinho(a) ou com familiares e operacionalizada através de questão dicotómica de escolha única;
- Área de residência – variável definida como meio rural e urbano e operacionalizada através de questão dicotómica de escolha única;
- Grau de escolaridade – variável definida através da elaboração de 6 grupos, sendo pedido aos inquiridos que escolhessem a opção que melhor caracterizava a sua situação, e operacionalizada através de questão fechada de escolha única. Os grupos construídos correspondem a: sabe ler e escrever (menos que o 4º ano de escolaridade), 1º ciclo do ensino básico, 2º ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino universitário (Direção-geral da Administração e do Emprego Público, 2009);
- Situação profissional – variável definida pela construção de 6 grupos, sendo pedido aos inquiridos para se enquadrarem na opção que melhor descrevia a sua situação, e operacionalizada através de questão fechada de escolha única. Os grupos elaborados correspondem a: trabalhador(a) por conta própria, trabalhador(a) por conta de outrem, doméstico(a), estudante, reformado(a) e desempregado(a).

Operacionalizando as variáveis dependentes em estudo, temos:

- Peso – para a avaliação do peso foi utilizada sempre a mesma balança, devidamente calibrada, colocada em superfície plana, com a pessoa descalça e sem adornos segundo as recomendações da DGS (2013).
- Índice de massa corporal – para a caracterização do IMC utilizámos a classificação: Abaixo de  $18,5 \text{ kg/m}^2$  – baixo peso; entre  $18,5 \text{ kg/m}^2$  e  $24,9 \text{ kg/m}^2$  – peso normal; entre  $25 \text{ kg/m}^2$  e  $29,9 \text{ kg/m}^2$  – pré-obesidade; entre  $30 \text{ kg/m}^2$  e  $34,9 \text{ kg/m}^2$  – obesidade grau I; entre  $35 \text{ kg/m}^2$  e  $39,9 \text{ kg/m}^2$  – obesidade grau II e superior ou igual a  $40 \text{ kg/m}^2$  – obesidade grau III (ESC, 2012; DGS, 2013).
- Perímetro abdominal – avaliado com fita métrica colocada no ponto médio entre o bordo inferior da última costela palpável e o bordo superior da crista ílica. Segundo a ESC (2012) e a DGS (2013) existe um risco aumentado de complicações metabólicas e cardiovasculares para um perímetro abdominal superior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres; esse risco passa a ser considerado muito aumentado para perímetros abdominais superiores a 102 cm nos homens e a 88 cm nas mulheres;
- Tensão arterial – foi avaliada utilizando sempre o mesmo medidor de tensão arterial digital, devidamente calibrado. Adotou-se a seguinte classificação dos níveis de pressão arterial: TA inferior a 120/80 mmHg, Ótima; entre 120-129/80-84 mmHg, Normal; entre 130-139/85-89 mmHg, Normal Alta; entre 140-159/90-99 mmHg, Hipertensão grau I; entre 160-179/100-109 mmHg, Hipertensão grau II; superior ou igual a 180/110 mmHg, Hipertensão grau III. O valor limite de pressão arterial recomendado é de 140/90 mmHg (ESC, 2012; DGS, 2013);
- Frequência cardíaca – a FC normal, em repouso, situa-se entre 60 e 100 batimentos cardíacos por minuto (ERC, 2011). Consideramos então FC controlada quando se encontra dentro desse intervalo e FC não controlada quando se encontra acima ou abaixo desse intervalo;
- Glicemia capilar – nível de glicose no sangue, pretendendo-se valores de glicemia em jejum inferiores a 110mg/dl e pós-prandial inferiores a 140 mg/dl. Assim, considera-se glicemia controlada quando estamos perante valores de glicemia em

jejum inferiores a 110mg/dl ou pós-prandial inferiores a 140 mg/dl e glicemia não controlada quando os valores de glicemia são superiores ao valor de referência (SPD, sd);

- Colesterol total – a FPC (Carrageta, 2008) recomenda níveis de CT inferiores a 190 mg/dl e, em população de alto risco (com diabetes, doença vascular periférica entre outros), idealmente, inferiores a 175 mg/dl. Assim designou-se como nível de CT ótimo, quando inferior a 175 mg/dl, bom, quando se situe entre 175 mg/dl e 190 mg/dl e elevado, quando igual ou superior a 190 mg/dl;
- Qualidade de vida em HTA – conceito amplo e subjetivo que constitui uma percepção individual da posição na vida, onde a pessoa está inserida e relacionada com os seus objetivos, expectativas e preocupações (OMS, 2001 *apud* DGS, 2011), estudando a contribuição da doença e do seu tratamento para o bem-estar (Silva, 2003 *apud* Praça, 2012). Foi medida utilizando o MINICHAL;
- Estilo de vida – “ (...) uma forma de viver baseada em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela inter-relação entre as características individuais de cada pessoa, interações sociais, e condições de vida socioeconómicas e ambientais.” OMS (1998, p.16, tradução minha). Foi medido através do QEVF;
- Adesão ao regime terapêutico – um foco de atenção da Enfermagem influenciado por múltiplos fatores e que envolve diferentes comportamentos “ (...) que vão para além de tomar a medicação prescrita, e considera a auto-gestão da doença e das suas consequências.” (CIE, 2009, p.III). Foi medida utilizando a escala MAT;
- Autocuidado terapêutico – “Actividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária.” (ICN, 2016, p. 42) assim como gerir a sua saúde/doença e medicação necessária. Foi medida utilizando a escala IAT;
- Literacia em HTA – envolve um conjunto de competências como conhecimento e motivação, para aceder, compreender e avaliar a informação em saúde disponível, para tomar decisões fundamentadas sobre a sua saúde, em todas as situações do

dia-a-dia (OMS, 2013, tradução minha). Foi medida utilizando o Teste de Batalla-Martinez e de um conjunto de questões desenvolvidas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## 2.5 - HIPÓTESES

As hipóteses que se seguem pretendem dar resposta ao objetivo previamente estabelecido, sendo consideradas por Fortin (2006, p. 102) “ (...) um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis.”, combinando “ (...) o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados (...).”.

Assim, elaboraram-se as seguintes hipóteses para o grupo experimental (pessoas com HTA submetidas ao programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular):

- **H I:** Existem diferenças significativas nos valores de IMC ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H III:** Existem diferenças significativas nos valores de PA ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H IV:** Existem diferenças significativas nos valores de TA ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H VI:** Existem diferenças significativas nos valores de CT ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H VIII:** Existem diferenças significativas no estilo de vida e na qualidade de vida ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H X:** Existem diferenças significativas na adesão ao regime terapêutico ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H XI:** Existem diferenças significativas na capacidade de autocuidado terapêutico ao longo dos 6 meses de intervenção.
- **H XIII:** Existem diferenças significativas na literacia em HTA ao longo dos 6 meses de intervenção.

E elaboraram-se as seguintes hipóteses para prever as diferenças entre o grupo experimental e o grupo controlo (pessoas com HTA que não foram submetidas ao programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular):

- **H II:** Existem diferenças significativas nos valores de IMC e PA no final dos 6 meses de intervenção.
- **H V:** Existem diferenças significativas nos valores de TA no final dos 6 meses de intervenção.
- **H VII:** Existem diferenças significativas nos valores de CT no final dos 6 meses de intervenção.
- **H IX:** Existem diferenças significativas no estilo de vida e na qualidade de vida no final dos 6 meses de intervenção.
- **H XII:** Existem diferenças significativas na adesão ao regime terapêutico e na capacidade de autocuidado terapêutico no final dos 6 meses de intervenção.
- **H XIV:** Existem diferenças significativas na literacia em HTA no final dos 6 meses de intervenção.

## 2.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

No processo de investigação definido para este estudo recorreremos a um questionário como instrumento de colheita de dados pois é considerado um meio prático e eficiente de avaliação das características, condições ou expectativas das populações ou grupos de indivíduos, limita a amostra às questões formuladas eliminando a hipótese dos seus elementos precisarem o pensamento, o que permite o controlo mais fácil dos enviesamentos (Fortin, 2006). Por estas razões são frequentemente utilizados em estudos de investigação de nível IV como é o caso do presente estudo.

O questionário a aplicar (Apêndice II) está dividido em seis dimensões:

- 1 – Caracterização sociodemográfica e dos fatores de risco cardiovascular;
- 2 – Qualidade de vida em HTA (MINICHAL);
- 3 – Estilo de vida (QEVF);

4 – Adesão ao regime terapêutico (MAT);

5 – Autocuidado terapêutico (IAT);

6 – Literacia em saúde (Teste de Batalla-Martinez e um conjunto de questões elaboradas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

A **caracterização sociodemográfica e dos fatores de risco cardiovascular** é constituída por 19 questões onde se procura caracterizar a amostra através de questões de autopreenchimento e da avaliação no momento de parâmetros como peso, índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, frequência cardíaca, colesterol total e glicémia capilar.

O **Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial** foi o instrumento escolhido para avaliar a qualidade de vida (QV) em HTA. Traduzido e validado para a população portuguesa por Cunha (2014), é um instrumento específico, que utiliza linguagem simples, com tempo de aplicação viável e específico para a população com HTA. Este instrumento permite-nos realizar uma avaliação dos principais fatores associados à condição clínica da pessoa hipertensa que podem influenciar a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, orientar as intervenções de enfermagem para aspetos que possam influenciar positivamente a QV. Contém 16 questões de escolha múltipla, que devem ser respondidas com base nos sete dias precedentes, organizadas em dois domínios:

- estado mental (da primeira à décima questão);
- manifestações somáticas (da décima primeira à décima sexta questão);
- 1 questão de avaliação da influência que a HTA e respetivo tratamento têm tido na QV da pessoa que responde ao questionário.

As respostas estão distribuídas numa escala de *Likert* com 4 opções de resposta: de zero (não, absolutamente) a três (sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas de 18 pontos. A última questão, que avalia a perceção geral de saúde, é pontuada na escala de *Likert*, mesmo não sendo incluída em nenhum dos domínios acima referidos. Quanto mais próximo estiver o resultado do zero, maior é a perceção de uma boa QV. A sua consistência

interna, medida pelo alfa de *Cronbach*, para o total das dimensões do MINICHAL foi de 0,859 (Cunha, 2014), considerada uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2014).

O questionário **Estilo de Vida Fantástico** é um instrumento de autopreenchimento e avaliação que investiga os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde (Silva, Brito e Amado, 2014).

É constituído por um total 30 questões, todas elas com resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida, que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO” (F=família e amigos; A = atividade física e associativismo; N = nutrição; T = tabaco; A = álcool e outras drogas; S = sono e stress; T = tipo de personalidade e trabalho; I = introspeção; C = comportamentos de saúde e sexual; O=outros comportamentos). O questionário considera o comportamento das pessoas no último mês e os seus resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida (EV) e a saúde. Os itens têm três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. A primeira alternativa é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada da seguinte maneira: 2 para a 1ª alternativa, 1 para a 2ª e zero para a 3ª, somando-se estes valores em cada domínio e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio. A soma de todos os pontos conduz a um *score* total que classifica os indivíduos em cinco níveis consoante o seu comportamento: excelente (103 a 120 pontos), muito bom (85 a 102 pontos), bom (73 a 84 pontos), regular (47 a 72 pontos) e necessita melhorar (0 a 46 pontos). Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança de comportamentos (Silva, Brito e Amado, 2014). Ainda os mesmos autores referem que os resultados do estudo sugerem que o questionário possui boa capacidade classificatória, sendo especialmente importante durante programas de intervenção educacional, cujo objetivo é a promoção de um estilo de vida não se centrando apenas nos comportamentos de risco mais descritos como negativos, como também na vertente psicossocial da saúde e bem-estar (*idem*). A sua consistência interna, medida pelo alfa de *Cronbach*, foi de 0,71 (*ibidem*).

A **Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)** foi adaptada e validada em Portugal por Delgado e Lima (2001) em pessoas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente, hipertensão e diabetes tipo II. As propriedades psicométricas da escala indicam que possui uma consistência interna adequada, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,74 (Delgado e Lima, 2001). É medida de adesão aos tratamentos farmacológicos de sete itens com resposta na forma de escala de *Likert* com alternativas de resposta que variam desde “1 – Sempre” a “6 – Nunca”, tendo como respostas intermédias “Quase sempre”, “Com frequência”, “Por vezes” e “Raramente” (*Idem*).

O score máximo da escala é 6 pontos e o mínimo 1. O nível de adesão obtém-se adicionando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Quanto maior o valor do resultado final maior é o grau de adesão ao regime terapêutico medicamentoso. A escala também permite a classificação dos sujeitos como aderentes ou como não aderentes considerando a mediana. Abaixo da mediana (respostas 1 – sempre, 2 – quase sempre, 3 – com frequência e 4 – por vezes) são classificados como não aderentes e acima da mediana (respostas 5 – raramente e 6 - nunca) são classificados como aderentes (Delgado e Lima, 2001).

O **Instrumento de Autocuidado Terapêutico (IAT)** foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014). As propriedades psicométricas da escala indicam que possui uma ótima consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,979 (*Idem*). É um instrumento de autopreenchimento, de aplicação fácil e rápida, que permite avaliar a aquisição de competências para a realização do autocuidado terapêutico e aborda questões relacionadas com a capacidade de envolvimento das pessoas em quatro aspetos do autocuidado: terapêutica farmacológica, identificação e controlo de sintomas, capacidade para a realização de atividades de vida diária e capacidade para gerir mudanças na sua condição de saúde. Composto por 12 itens com resposta na forma de escala de *Likert* com 6 possibilidades de resposta que variam desde 0 (Não sei ou Não consigo) até 5 (Sei ou Consigo). O score máximo da escala é 60 pontos correspondendo a um elevado nível de desempenho no autocuidado terapêutico. As respostas obtidas

são um indicador dos conhecimentos e recursos de que o hipertenso necessita (Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014).

O **Teste de Batalla-Martinez** (1984), adaptado de Calixto et. al (2013), é composto por 3 perguntas e tem como fundamento a relação entre o conhecimento sobre HTA e a adesão ao regime terapêutico, verificando-se que pessoas com maior grau de conhecimento têm uma melhor adesão ao regime terapêutico. As pessoas que respondam corretamente a todas as questões do teste são classificadas como aderentes e, como não aderentes, aqueles que erraram pelo menos uma questão do teste. O conhecimento é considerado inaceitável quando as pessoas inquiridas não conseguem citar no mínimo dois órgãos afetados pelo aumento da TA, sendo que se considera apenas os órgãos alvo (coração, cérebro, rins, vasos e olhos) como respostas certas.

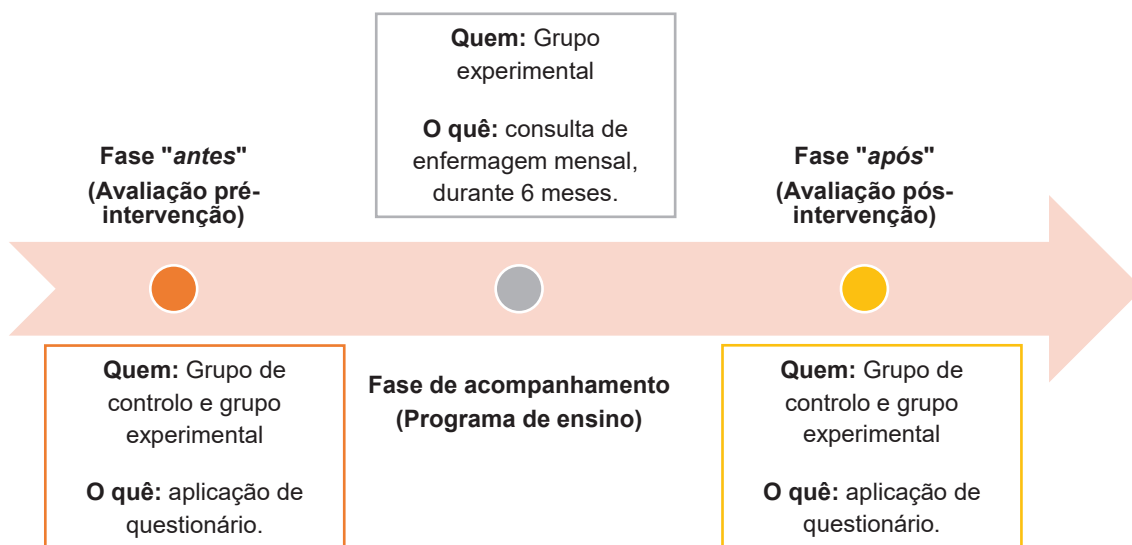
Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a literacia dos hipertensos sobre outros aspetos importantes como, por exemplo, alimentação e atividade física foi aplicado um conjunto de 21 questões de verdadeiro/falso, desenvolvidas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Os dados referentes a estas questões apresentam-se sob a forma de percentagem de respostas certas.

## 2.7 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Como o estudo de investigação realizado consiste num estudo longitudinal, experimental, com um desenho “antes-após” com grupo testemunho, a colheita de dados decorreu em dois momentos distintos no GE e no GC, ao longo das três fases do estudo – “antes” e “depois” do programa de ensino – com recurso aos instrumentos anteriormente referidos e GE foi ainda alvo de uma avaliação intermédia (Figura 1).

O processo de colheita de dados teve início a 21/03/2016 e terminou a 21/08/2016.

Figura 1 – Cronograma das fases do estudo



Previamente à introdução do programa de ensino - consulta 1 - foi aplicado o questionário a todos os participantes para caracterização inicial dos parâmetros clínicos anteriormente definidos como também da capacidade de autocuidado terapêutico, adesão à terapêutica, estilo de vida, qualidade de vida e ainda literacia acerca da sua doença. É, portanto, realizado um diagnóstico inicial da situação.

Seguidamente, o grupo experimental (GE) foi acompanhado com um programa de ensino, distribuído por uma consulta de enfermagem mensal, ao longo de seis meses (Apêndice I), sendo identificados os conhecimentos que os hipertensos têm acerca dos seus fatores de risco cardiovascular, com maior incidência nos fatores de risco modificáveis, adesão à terapêutica, autocuidado, qualidade e estilo de vida. Tendo em consideração os dados obtidos foram trabalhados, nas consultas seguintes, os aspetos em relação aos quais o conhecimento existente era insuficiente, em conjunto com a pessoa e familiar de referência, quando possível. Houve sempre o cuidado em envolver o hipertenso no estabelecimento de metas para si próprio, criando uma parceria, onde o plano de ação e os objetivos a atingir até à próxima consulta eram sempre negociados.

Procurámos fazer uma segunda avaliação intermédia - na consulta 3 - e no final deste programa de ensino - consulta 6 - onde foi aplicado novamente o questionário inicial

para se estabelecer o nível final dos parâmetros avaliados e poder tirar conclusões acerca das diferenças encontradas.

Aos hipertensos do grupo de controlo (GC) foi apenas aplicado o questionário inicial e voltou a fazer-se uma avaliação após seis meses. Este grupo não foi submetido a qualquer intervenção por parte da investigadora.

Posteriormente, os dados obtidos foram alvo de uma análise transversal, comparando os resultados do início e do fim entre os dois grupos (GE e GC) e uma análise longitudinal comprando os resultados obtidos no GE no início e no final do programa de ensino.

## 2.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Fortin (2009), qualquer investigação, ao ser aplicada ao ser humano, é susceptível de levantar questões éticas e morais uma vez que pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, pelo que estes princípios foram sempre tidos em consideração. Neste sentido, ao realizar este trabalho de investigação foi assumido um compromisso, com responsabilidade pessoal e profissional, para assegurar impreterivelmente os direitos dos participantes envolvidos no estudo (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Nesta investigação, procurámos proteger os direitos fundamentais das pessoas envolvidas, particularmente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2006).

Todos os elementos da amostra foram elucidados acerca da metodologia e objetivos do estudo, os possíveis riscos, a relação risco-benefício da sua participação e também a informação de que a sua participação seria sempre voluntária, sem custos associados, nem implicações no tratamento ou prejuízo para a sua saúde. Foram também informados do direito a, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Após este esclarecimento obtivemos de todos os participantes o consentimento livre e esclarecido (Apêndice III).

No que diz respeito à garantia de confidencialidade, esta foi assegurada através da atribuição de códigos diferentes a cada questionário sendo os dados tratados coletivamente de forma a garantir, em todo o momento, o anonimato dos participantes. A identificação dos mesmos (o nome) ficou apenas na posse da investigadora. Todos os dados foram protegidos da leitura por outros que não estivessem envolvidos no estudo e foram exclusivamente para uso desta investigação, sendo destruídos no final.

Os momentos de ensino previstos para a concretização do programa de intervenção no qual assenta o presente estudo foram realizados tendo em conta a disponibilidade, quer em termos de local quer de horário, dos participantes, no sentido de minimizar qualquer inconveniente tendo sempre em atenção a garantia da sua privacidade. Foi a investigadora a realizar qualquer deslocação necessária, contudo sempre que as consultas implicaram deslocações dos participantes, estas foram do seu interesse e agendadas com a sua concordância e voluntariado. Não existiu qualquer obrigatoriedade associada às mesmas. Neste contexto, foi respeitada a privacidade, garantido o anonimato e assegurado que as informações não seriam utilizadas para outros fins que não os do estudo.

Foram salvaguardadas as formalidades que um estudo deste tipo exige, nomeadamente, os princípios éticos e deontológicos, e a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido prévio ao início do estudo. Foi dirigido ao Exmo. Sr. Diretor do Centro de Saúde do Hospital Militar (Apêndice IV) e à Exma. Sr<sup>a</sup>. Diretora da Farmácia Alves (Apêndice V) o pedido de autorização para a realização do estudo e para contactar os participantes e foi solicitada à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra o parecer sobre o estudo a realizar (Anexo I). Quanto aos instrumentos de colheita de dados houve o cuidado de contactar diretamente com os seus autores, solicitando informação acerca das escalas e a autorização para a sua utilização (Apêndice VI). Foi igualmente manifestado o interesse e disponibilidade em apresentar os resultados do estudo à instituição e aos próprios participantes após o seu término.

Este estudo permitiu a todos os elementos da amostra refletir sobre a sua doença e hábitos de vida, obter esclarecimentos sobre dúvidas que apresentavam e ajudou-os a melhorar a sua qualidade de vida.

Não houve qualquer interesse comercial entre as partes envolvidas, apenas interesse investigativo e estamos convictas que a elaboração deste estudo contribuirá para o estabelecimento de uma metodologia de intervenção padronizada e assente em conhecimento científico, passível de replicação, a pessoas com hipertensão arterial, na consulta de Enfermagem contribuindo para o controle dos fatores de risco e promoção da adoção de estilos de vida saudáveis. A identificação atempada dos fatores de risco permitirá desenvolver uma resposta rápida às necessidades identificadas, diminuindo assim os custos em saúde, com melhoria da qualidade e aumento da satisfação das pessoas com o cuidar em Enfermagem.

## 2.9 – PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados referidos em capítulo anterior e da avaliação dos parâmetros clínicos supramencionados foram inseridos numa base de dados em Excel elaborada para o efeito.

O tratamento e análise dos dados foram operacionalizados através de metodologia quantitativa fazendo uso do programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, IBM 22.0<sup>®</sup>). A descrição das variáveis foi realizada com recurso a medidas de estatística descritiva, de tendência central e de dispersão, como a média e mediana, assim como, a proporções e percentagens quando apropriado, ou seja, de acordo com o nível de medida das variáveis em análise. Quando adequado foram apresentadas sob a forma de quadros e/ou gráficos. Em todos os casos, adotou-se sempre um valor crítico de significância dos resultados de alfa inferior a 0,05.

Previamente à realização da análise estatística inferencial fez-se um exame dos dados para averiguar a existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo, e só depois passar à aplicação dos respetivos testes estatísticos.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o recurso a testes paramétricos, mais eficazes que os testes não paramétricos, envolve três atributos:

- Focam parâmetros da população;
- Exigem medidas pelo menos numa escala de intervalo;
- As variáveis são normalmente distribuídas na população.

Os testes não paramétricos, de acordo com os mesmos autores, não são baseados na estimativa de parâmetros e envolvem menos pressupostos sobre a forma da distribuição das variáveis críticas. São aplicados quando os dados foram medidos numa escala nominal ou ordinal e são úteis quando a distribuição não é normal, os dados não podem ser construídos como medida de intervalo ou quando a amostra é de tamanho pequeno (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Neste contexto, foram utilizados no presente estudo, testes paramétricos sempre que os pressupostos para a sua utilização se verificaram (normalidade e homogeneidade da distribuição) e testes não paramétricos quando os mesmos não se verificaram. Todos os resultados do tratamento estatístico desenvolvido são apresentados no capítulo da apresentação e análise dos dados sob a forma de quadros e gráficos.

### **3 – RESULTADOS**

No capítulo que se segue iremos apresentar e analisar os resultados obtidos, com o objetivo de, posteriormente, proceder à sua discussão com base na literatura mais recente e daí retirar conclusões que permitam aprofundar o conhecimento e melhorar a intervenção do enfermeiro na área da prevenção da Hipertensão Arterial e, conseqüentemente, das Doenças Cardiovasculares.

Para facilitar a apresentação e compreensão dos dados iremos primeiro realizar a análise descritiva dos resultados e seguidamente a análise estatística inferencial.

#### **3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS**

Neste subcapítulo será apresentada a análise descritiva dos principais resultados obtidos, organizada da seguinte forma: caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (incluindo fatores de risco cardiovascular), caracterização do estilo e qualidade de vida, adesão ao regime terapêutico e autocuidado terapêutico e literacia em HTA.

##### **3.1.1 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra**

Como referido na metodologia, a amostra é constituída por 27 pessoas hipertensas repartidas pelos dois grupos: 13 pertencem ao GC e 14 ao GE (Quadro 1). No que diz respeito à homogeneidade dos grupos, podemos constatar que está assegurada com 69,23% (n=9) de homens e 30,77% (n=4) de mulheres no GC e 57,14% (n=8) de homens e 42,86% (n=6) no GE tendo sido efetuada a divisão dos grupos com recurso ao RandomOrg.

Conforme o Quadro 1 podemos verificar que, no que concerne ao estado civil, existe um predomínio do estado “casado/união de facto”, com 23 elementos, sendo que, no GC, correspondem a 11 elementos (84,62%) e, no GE, a 85,71% (n=12). Seguem-se os viúvos com 2 elementos e os solteiros e divorciados/separados com 1 elemento cada. Maioritariamente os hipertensos vivem com familiares (n=25), sendo que no GC correspondem a 92,31% (n=12) e no GE a 92,85% (n=13).

Tendo presente a área de residência, os elementos repartem-se pelas áreas rural (n=19) e urbana (n=8), sendo que em ambos os grupos a maioria dos hipertensos reside em área rural (70,37%, n=19) com maior expressão no GC (84,62%, n=11) (Quadro 1).

Ao analisarmos a amostra quanto ao nível de escolaridade reparamos que no GC a maioria dos hipertensos possui o 1º ciclo do ensino básico (30,77%, n=4) e o ensino universitário (30,77%, n=4), seguindo-se o 3º ciclo do ensino básico (23,08%, n=3) e por fim o 2º ciclo do ensino básico e ensino secundário, cada um deles com 7,69% (n=1). No GE a maioria dos hipertensos possui o 1º ciclo de ensino básico (64,29%, n=9), seguindo-se o 3º ciclo do ensino básico (14,29%, n=2) e por fim os que sabem ler e escrever, o ensino secundário e universitário, cada um deles com 7,14% (n=1) (Quadro 1). No que diz respeito à situação profissional, podemos verificar no Quadro 1 que no GC temos uma maioria de trabalhadores por conta de outrem com 46,15% (n=6), seguindo-se o grupo dos reformados com 5 elementos (38,46%), enquanto no GE a maioria dos hipertensos é reformada com 64,29% (n=9). Assim sendo podemos considerar que no GC 61,54% (n=8) dos hipertensos são ativos (trabalhadores por conta própria e por conta de outrem) comparativamente aos 35,71% (n=5) do GE. Em relação aos hipertensos não ativos temos apenas os reformados com uma expressão no GC de 38,46% (n=5) e no GE de 64,29% (n=9). Caracterizando a amostra, como se pode ver no Quadro 1, quanto à idade verificamos que a média de idade é semelhante entre os grupos sendo no GE de 64,36 ( $s \pm 13,62$ ) anos e no GC de 60,36 ( $s \pm 10,41$ ) anos. A mediana no GE é 66 anos e no GC 54,50 anos. Quanto ao desvio padrão, este é superior no GE o que corresponde à maior amplitude de idades verificada neste grupo, cujo valor mínimo é 29 anos e o máximo é 81 anos, enquanto no GC o valor mínimo é 46 anos e o máximo 81 anos.

Quadro 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos elementos da amostra (N=27)

Características sociodemográficas e profissionais	Grupo Controlo		Grupo Experimental		Total
	n	%	n	%	N
<b>Idade</b>					
$\bar{x}$	60,36	---	64,36	---	---
s	10,41	---	13,62	---	---
Md	54,50	---	66	---	---
Mín.	46	---	29	---	---
Máx.	81	---	81	---	---
Total	13	---	14	---	27
<b>Sexo</b>					
Masculino	9	69,23	8	57,14	17
Feminino	4	30,77	6	42,86	10
Total	13	100	14	100	27
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro(a)	0	0	1	7,14	1
Casado(a)/União de facto	11	84,62	12	85,71	23
Divorciado(a)/Separado(a)	0	0	1	7,14	1
Viúvo(a)	2	15,38	0	0	2
Total	13	100	14	100	27
<b>Vive com...</b>					
Sozinho(a)	1	7,69	1	7,14	2
Familiares	12	92,31	13	92,85	25
Total	13	100	14	100	27
<b>Residência</b>					
Rural	10	76,92	9	64,29	19
Urbana	3	23,08	5	35,71	8
Total	13	100	14	100	27
<b>Escolaridade</b>					
Sabe ler e escrever	0	0	1	7,14	1
1º ciclo do ensino básico	4	30,77	9	64,29	13
2º ciclo do ensino básico	1	7,69	0	0	1
3º ciclo do ensino básico	3	23,08	2	14,29	5
Ensino secundário	1	7,69	1	7,15	2
Ensino universitário	4	30,77	1	7,15	5
Total	13	100	14	100	27
<b>Situação Profissional</b>					
Trabalhador(a) por conta própria	2	15,38	3	21,43	5
Trabalhador(a) por conta de outrem	6	46,15	2	14,29	8
Reformado(a)	5	38,46	9	64,29	14
Total	13	100	14	100	27

No que diz respeito aos fatores de risco cardiovascular representados no Quadro 2, sabemos que a amostra é constituída por elementos com HTA diagnosticada e verificamos que todos são medicados. Associada à HTA temos, no GC, 10 elementos com dislipidémia (76,92%) e, no GE, 11 elementos (78,57%), sendo o fator de risco com maior predominância nos dois grupos. Seguidamente surge a obesidade com 5 elementos no GC (38,46%) e 7 elementos no GE (50%). Com a mesma distribuição no GE encontramos a diabetes com um total de 7 elementos (50%) e no GC com 4

elementos (30,77%), sendo que todos os diabéticos têm acompanhamento médico e são medicados.

Quanto aos antecedentes familiares constatamos que todos os elementos, quer do GC quer do GE, têm familiares diretos (pais, avós ou irmãos) com história de eventos cardiovasculares ou fatores de risco cardiovasculares.

Em relação aos hábitos tabágicos verificamos que a esmagadora maioria da amostra é não fumadora sendo que temos, no GC, 2 fumadores e 2 ex-fumadores (15,38%) e, no GE, 1 fumador (7,14%) e 3 ex-fumadores (21,43%). É importante ressaltar que foram considerados “Não Ex-fumadores” quem nunca fumou e quem mantém hábitos tabágicos presentemente.

Quadro 2 – Distribuição dos fatores de risco cardiovascular dos elementos da amostra (N=27)

Fatores de risco cardiovascular	Grupo Controle (n=13)		Grupo Experimental (n=14)		Total
	N	%	n	%	n
HTA	13	100	14	100	27
HTA medicada	13	100	14	100	27
Dislipidemia	10	76,92	11	78,57	21
Diabetes	4	30,77	7	50	11
Diabetes medicada	4	30,77	7	50	11
Obesidade	5	38,46	7	50	12
<b>História familiar</b>					
Nenhum familiar direto	0	0	0	0	0
Com familiar direto	12	92,31	12	85,71	24
<b>Fumador</b>					
Não	11	84,62	13	92,86	24
Sim	2	15,38	1	7,14	3
Total	13	100	14	100	27
<b>Ex-Fumador</b>					
Não	11	84,62	11	78,57	22
Sim	2	15,38	3	21,43	5
Total	13	100	14	100	27

Relativamente aos hábitos de atividade física, no Quadro 3 apuramos que a maior parte dos elementos da amostra pratica alguma atividade física, uns com maior frequência, outros com menor frequência durante a semana, sendo que entre os momentos de avaliação (6 meses) também houve diferenças. Corroborando o que foi dito anteriormente verificamos, entre os grupos, que, na primeira avaliação, 11 elementos em cada grupo realizam atividade física (78,57% - GE; 84,62% - GC),

enquanto, na última avaliação, no GE todos os elementos praticam atividade física (100%), havendo assim uma melhoria importante, e no GC mantêm-se os 11 elementos. Quanto à frequência de realização de atividade física constatamos que no GE, na primeira avaliação, a frequência “Todos os dias” é a que mais prevalece com 5 elementos (35,71%), seguida da “Três a quatro vezes por semana” com 4 elementos (28,57%). No GC, na primeira avaliação, a frequência que predomina é “Três a quatro vezes por semana” com 4 elementos (30,77%), seguida da “Cinco a seis vezes por semana” com 3 elementos (23,08%).

No momento da última avaliação, aos 6 meses, no GE, verificamos que a frequência de atividade física que predomina é a “Três a quatro vezes por semana” com 5 elementos (35,71%), seguida da “Cinco a seis vezes por semana” com 4 elementos (28,57%). No GC a frequência com maior número de elementos é também a “Três a quatro vezes por semana” com 5 elementos (38,46%), seguida da “Cinco a seis vezes por semana” com 3 elementos (23,08%). Quanto à variação da frequência da realização de atividade física no GE, entre os três momentos de avaliação, constatamos que a frequência “Nenhuma vez” veio a reduzir acabando por deixar de ter elementos, aumentando, deste modo, o número de pessoas a realizar atividade física, sempre com prevalência da frequência “Três a quatro vezes por semana”.

Quadro 3 – Distribuição dos hábitos de atividade física dos elementos da amostra (N=27)

Prática de exercício físico	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>1ª consulta</b>						
Nenhuma vez	3	21,43	2	15,38	5	18,52
Uma a duas vezes por semana	1	7,14	2	15,38	3	11,11
Três a quatro vezes por semana	4	28,57	4	30,77	8	29,63
Cinco a seis vezes por semana	1	7,14	3	23,08	4	14,81
Todos os dias	5	35,71	2	15,38	7	25,93
Total	14	100	13	100	27	100
<b>6ª consulta</b>						
Nenhuma vez	0	0	2	15,38	2	7,41
Uma a duas vezes por semana	3	21,43	2	15,38	5	18,52
Três a quatro vezes por semana	5	35,71	5	38,46	10	37,03
Cinco a seis vezes por semana	4	28,57	3	23,08	7	25,93
Todos os dias	2	14,29	1	7,69	3	11,11
Total	14	100	13	100	27	100

As variáveis clínicas avaliadas a cada elemento da amostra foram altura, peso, IMC, colesterol total, glicémia capilar, pressão arterial e perímetro abdominal, ao longo das consultas da intervenção de Enfermagem (programa de ensino estruturado). Com base nestes valores e outros dados complementares como hábitos tabágicos, comorbilidades, idade, foi calculado o score de risco cardiovascular a dez anos que representaremos em quadro posteriormente.

No que diz respeito à evolução dos dados antropométricos no GE verificamos no Quadro 4 que a média do peso nos 3 momentos de avaliação desceu de 81,77Kg para 80,41Kg, com um peso mínimo de 59Kg, 58,90Kg e 58,40Kg e um peso máximo de 96,60Kg, 94,80Kg e 95,50Kg, respetivamente, em cada consulta, o que significa uma perda de peso médio de 1,36Kg, com uma diferença de 0,6Kg no peso mínimo e de 1,1Kg no peso máximo.

A redução ponderal ocorrida teve influência no IMC do GE com uma média inicial de 30,66 Kg/m<sup>2</sup> que reduziu para 30,16Kg/m<sup>2</sup>. Apesar de se manter na categoria de “Obesidade Grau I”, houve uma descida de 0,5Kg/m<sup>2</sup> entre os 3 momentos de avaliação. Analisando o valor mínimo de IMC verificamos que inicialmente era de 25,54Kg/m<sup>2</sup> (Pré-obesidade) (s±4,06Kg/m<sup>2</sup>), depois reduziu para 25,49 Kg/m<sup>2</sup> (s±3,98Kg/m<sup>2</sup>) e na última consulta para 25,28 Kg/m<sup>2</sup> (s±3,92 Kg/m<sup>2</sup>), ficando mais próximo da categoria de “Peso normal”. Quanto ao valor máximo, este apresentou uma redução de 38,83 Kg/m<sup>2</sup> (s±4,06 Kg/m<sup>2</sup>), para 38,38 Kg/m<sup>2</sup> (s±3,98 Kg/m<sup>2</sup>) e, por fim, para 38,29 Kg/m<sup>2</sup> (s±3,92 Kg/m<sup>2</sup>) mantendo-se na categoria “Obesidade Grau II” (Quadro 4).

Relativamente ao PA no GE averiguamos que houve uma redução de 2,82 cm entre a média da 1ª consulta e a média da 6ª consulta. O PA mínimo na 1ª consulta foi de 94 cm (s±7,12cm), na 3ª foi de 90,50 cm (s±8,01cm) e na 6ª consulta de 93 cm (s±6,81cm). O PA máximo desceu de 119 cm na 1ª e 3ªconsultas para 116 na última consulta, o que significa uma redução de 3 cm. O facto de o desvio padrão também ter variado entre as consultas, com subida e descida, significa que houve uma maior dispersão nos valores do PA durante os 6 meses de consulta (Quadro 1).

Quanto ao GC na evolução dos dados antropométricos verificamos que a média do peso entre os 2 momentos de avaliação teve uma redução de 0,65Kg, com uma descida do peso médio de 82,62Kg para 81,97Kg. O peso mínimo foi de 58,50Kg ( $s\pm 13,27$ Kg) na 1ª consulta e 59,40Kg ( $s\pm 13,03$ Kg) na última consulta e o peso máximo foi de 101Kg ( $s\pm 13,27$ Kg) na 1ª consulta e de 101,90Kg ( $s\pm 13,03$ Kg) na última consulta. Houve uma diferença de mais 0,9Kg no peso mínimo assim como no peso máximo. O desvio padrão veio a reduzir de 13,27 na 1ª consulta para 13,03 na última consulta. O facto de estes valores serem superiores aos do GE significa que a variação do peso em torno do peso médio foi superior no GC. Quanto à perda de peso média constatamos que foi menor no GC, havendo um aumento do peso mínimo e do peso máximo (Quadro 4).

Esta evolução ponderal traduziu-se num IMC médio de 28,56 Kg/m<sup>2</sup> na 1ª consulta e de 28,33Kg/m<sup>2</sup> na última consulta, o que significa uma redução de 0,23 Kg/m<sup>2</sup> entre avaliações e que se encontra na categoria “Pré-obesidade”. Analisando o valor mínimo de IMC verificamos que inicialmente era de 22,10Kg/m<sup>2</sup> ( $s\pm 3,42$ Kg/m<sup>2</sup>) e na última consulta aumentou para 22,38 Kg/m<sup>2</sup> ( $s\pm 3,31$  Kg/m<sup>2</sup>), estando ambos os valores na categoria de “Peso normal”. Quanto ao valor máximo, este apresentou um aumento de 33,06 Kg/m<sup>2</sup> ( $s\pm 3,42$  Kg/m<sup>2</sup>), para 33,17 Kg/m<sup>2</sup> ( $s\pm 3,31$  Kg/m<sup>2</sup>) estando enquadrado na categoria “Obesidade Grau I”. O aumento do IMC mínimo e IMC máximo está de acordo com o aumento do peso. Através dos valores do desvio padrão verificamos que a dispersão no GE foi maior que no GC (Quadro 4).

No que concerne ao PA averiguamos, no Quadro 4, que houve uma redução de 0,88 cm entre a média da 1ª consulta e a média da 6ª consulta. O PA mínimo na 1ª consulta foi de 79,5 cm ( $s\pm 11,46$ cm) e na 6ª consulta de 78,5 cm ( $s\pm 11,53$ cm). O GC apresentou então uma redução de 1cm no PA mínimo no total entre a primeira e a última consulta. O PA máximo aumentou 0,5cm, de 114 cm ( $s\pm 11,46$ cm) na 1ª consulta para 114,5 cm ( $s\pm 11,53$ cm) na última consulta. O desvio padrão apresentou valores menos dispersos o que significa que houve os valores do PA no GC variaram menos em torno da média relativamente aos valores do PA no GE, durante os 6 meses entre consultas.

Quadro 4 – Distribuição das medidas antropométricas dos elementos da amostra (N=27)

Medidas antropométricas	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	S	Md	Mín.	Máx.
<b>Altura</b>	1,63	0,07	1,64	1,52	1,73	1,70	0,08	1,67	1,58	1,82
<b>Peso</b>										
1ª consulta	81,77	10,90	82,40	59,00	96,60	82,62	13,27	82,00	58,50	101,00
3ª consulta	80,88	10,70	81,15	58,90	94,80	---	---	---	---	---
6ª consulta	80,41	10,30	84,15	58,40	95,50	81,97	13,03	82,80	59,40	101,90
<b>IMC</b>										
1ª consulta	30,66	4,06	30,04	25,54	38,83	28,56	3,42	28,83	22,10	33,06
3ª consulta	30,32	3,98	29,82	25,49	38,38	---	---	---	---	---
6ª consulta	30,16	3,92	29,73	25,28	38,29	28,33	3,31	27,92	22,38	33,17
<b>PA</b>										
1ª consulta	107,14	7,12	107,50	94,00	119,00	100,15	11,46	105,00	79,50	114,00
3ª consulta	105,04	8,01	105,50	90,50	119,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	104,32	6,81	105,50	93,00	116,00	99,27	11,53	103,00	78,50	114,50

Após a avaliação dos parâmetros antropométricos estes foram categorizados (IMC) e foi avaliado o risco cardiovascular associado aos mesmos (PA) que apresentamos no Quadro 5.

Apesar de os valores apresentados no Quadro 1 revelarem uma redução geral no peso e no valor do IMC dos elementos do GE, constatamos que esta não foi suficiente para que a sua categoria mude, isto é, o número de elementos que apresentava “Pré-obesidade”, “Obesidade Grau I” e “Obesidade Grau II” no momento da 1ª consulta foi o mesmo no momento da última consulta (ESC, 2012; DGS, 2013). O mesmo aconteceu com o risco cardiovascular associado ao PA, ou seja, no âmbito geral houve uma redução do mesmo (média, PA mínimo e PA máximo), mas não foi suficiente para reduzir o risco associado (Quadro 5).

No GC houve uma redução menor na média dos valores do peso e do IMC, embora com aumento dos valores mínimos e máximos, o que se refletiu também na manutenção das categorias do IMC. No que diz respeito ao PA verificámos que houve uma redução geral da média e dos valores mínimos e máximos avaliados nas 2 consultas o que levou a que o risco cardiovascular associado ao PA tenha sofrido alterações pois um dos elementos com “Risco Muito Aumentado” na primeira consulta

passou a ter “Risco Aumentado” na última consulta – n=9 (69,23%), n=8 (61,54%); n=2 (15,38%), n=3 (23,08%) respetivamente (Quadro 5) (ESC, 2012; DGS, 2013).

Apesar de, quando questionados, apenas 35,46% (n=5) das pessoas do GC e 50% (n=7) das pessoas do GE referirem ser obesas conforme apresentado no Quadro 2, pode verificar-se que nenhum dos elementos do GE apresenta peso normal e apenas 15,38% (n=2) dos elementos do GC apresentam peso normal, sendo que os restantes se distribuem pelos diferentes níveis de pré-obesidade e obesidade.

Quadro 5 – Categorização do IMC e risco cardiovascular associado ao PA (N=27)

Classificação do IMC	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	n	%	N	%	n	%
<b>1ª consulta</b>						
18,5 Kg/m <sup>2</sup> a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> : Peso normal	0	0	2	15,38	2	7,41
25,0 Kg/m <sup>2</sup> a 29,9 Kg/m <sup>2</sup> : Pré-obesidade	7	50	7	53,85	14	51,85
30,0 Kg/m <sup>2</sup> a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau I	5	35,71	4	30,77	9	33,33
35,0 Kg/m <sup>2</sup> a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau II	2	14,29	0	0	2	7,41
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
18,5 Kg/m <sup>2</sup> a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> : Peso normal	0	0	---	---	0	0
25,0 Kg/m <sup>2</sup> a 29,9 Kg/m <sup>2</sup> : Pré-obesidade	7	50	---	---	7	50
30,0 Kg/m <sup>2</sup> a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau I	5	35,71	---	---	5	35,71
35,0 Kg/m <sup>2</sup> a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau II	2	14,29	---	---	2	14,29
Total	14	100	---	---	14	100
<b>6ª consulta</b>						
18,5 Kg/m <sup>2</sup> a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> : Peso normal	0	0	2	15,38	2	7,41
25,0 Kg/m <sup>2</sup> a 29,9 Kg/m <sup>2</sup> : Pré-obesidade	7	50	7	53,85	14	51,85
30,0 Kg/m <sup>2</sup> a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau I	5	35,71	4	30,77	9	33,33
35,0 Kg/m <sup>2</sup> a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> : Obesidade grau II	2	14,29	0	0	2	7,41
Total	14	100	13	100	27	100
<b>Risco cardiovascular associado ao PA</b>						
	n	%	N	%	n	%
<b>1ª consulta</b>						
Sem risco	0	0	2	15,38	2	7,41
Risco Aumentado (>94 M e >80 F)	2	14,29	2	15,38	4	14,81
Risco Muito Aumentado (>102 M e >88 F)	12	85,71	9	69,23	21	77,78
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
Sem risco	0	0	---	---	0	0
Risco Aumentado (>94 M e >80 F)	2	14,29	---	---	2	14,29
Risco Muito Aumentado (>102 M e >88 F)	12	85,71	---	---	12	85,71
Total	14	100	---	---	14	100
<b>6ª consulta</b>						
Sem risco	0	0	2	15,38	2	7,41
Risco Aumentado (>94 M e >80 F)	2	14,29	3	23,08	5	18,52
Risco Muito Aumentado (>102 M e >88 F)	12	85,71	8	61,54	20	74,07
Total	14	100	13	100	27	100

No que diz respeito aos parâmetros clínicos avaliados verificamos, no Quadro 6, que a TA sistólica média do GE apresentou uma redução de 16,5 mmHg assim como a TA diastólica média que teve uma redução de 7,93 mmHg entre a 1ª e a 6ª consulta. Constatamos assim que, em termos de TA sistólica e diastólica média no GE, consideradas controladas se inferiores a 140 mmHg e 90 mmHg, respetivamente, a média inicial da TA sistólica de 141,93 mmHg era classificada como “HTA Grau I”, enquanto a média inicial da TA diastólica de 81,36 mmHg era classificada como “Normal”. Na última consulta o valor de TA sistólica média de 125,43 mmHg é classificado como “Normal” e o valor de TA diastólica média de 73,43mmHg é classificado como “Ótima”.

Quanto aos valores mínimos e máximos da TA sistólica constatamos que houve uma redução de 9 mmHg e de 32 mmHg, respetivamente, entre a 1ª e a 6ª consulta. Analisando a TA diastólica houve uma redução de 3 mmHg no valor mínimo e de 21 mmHg no valor máximo ao longo dos 6 meses. Quanto ao desvio padrão verificamos que houve maior dispersão dos dados nos valores da TA sistólica com uma subida de 15,72 mmHg para 18,22 mmHg entre a 1ª e a 3ª consulta de uma descida até à 6ª consulta para 12,23 mmHg. No caso da TA diastólica a dispersão dos dados apresentou uma redução significativa entre os 3 momentos de avaliação com  $s \pm 8,32$  mmHg,  $s \pm 7,90$  mmHg e  $s \pm 4,05$  mmHg (Quadro 6).

No GC apuramos que houve uma tendência de redução semelhante com a média da TA sistólica e diastólica a descer, da primeira para a última consulta, 8 mmHg e 7 mmHg, respetivamente. Em comparação com o GE a descida foi de menor amplitude o que está de acordo com os valores mínimos e máximos da TA que foram, no geral, menores que no GE e com menor diferença entre consultas. Classificando os valores médios obtidos constatamos que na 1ª consulta a TA sistólica era “Normal Alta” e a diastólica era “Normal” e na 6ª consulta a TA sistólica era “Normal” e a diastólica era “Ótima”. Assim como no GE, também no GC houve uma evolução positiva na classificação da TA (Quadro 6).

Quanto aos valores mínimos verificamos que a TA sistólica desceu de 107 mmHg para 102 mmHg ( $s \pm 13,99$  mmHg e  $s \pm 16,77$  mmHg) o que dá uma redução de 5 mmHg. A

TA diastólica desceu de 63 mmHg para 60 mmHg ( $s \pm 9,76$  mmHg e  $s \pm 7,28$  mmHg) o que significa uma redução de 3 mmHg. Relativamente aos valores máximos constatamos que houve uma subida na TA sistólica de 159 mmHg para 166 mmHg ( $s \pm 13,99$  mmHg e  $s \pm 16,77$  mmHg), ou seja, mais 7 mmHg. Pelo contrário na TA diastólica os valores máximos baixaram de 105 mmHg para 93 mmHg ( $s \pm 9,76$  mmHg e  $s \pm 7,28$  mmHg), o que dá uma descida de 12 mmHg (Quadro 6).

No que diz respeito à FC optámos por não apresentar a sua evolução em quadro uma vez que esta não é relevante para o cálculo do risco cardiovascular, não sendo contemplada no SCORE. No entanto, foi avaliada com o intuito de detetar alterações do ritmo (taqui ou bradicardia), importantes, por exemplo, no caso de um elemento do GE que estava medicado com um antiarrítmico e que apresentava sistematicamente bradicardia com sintomas como cansaço fácil. A situação foi explorada nas consultas e detetou-se que a dose da medicação que este elemento estava a tomar era o dobro da prescrita por engano na venda do medicamento na farmácia. Foi então orientado para marcar consulta com a cardiologista e a dose foi reajustada com efeito imediato nos valores da FC e na regressão dos sintomas demonstrados.

No que se refere ao CT no GE verificamos, no Quadro 6, uma redução entre os três momentos de avaliação o que no total dá uma descida de 8,49 mg/dl entre as médias. Na primeira avaliação encontra-se em nível “Bom”, na segunda e terceira avaliação em nível “Ótimo”, abaixo de 175 mg/dl – 173,50 mg/dl e 169,08 mg/dl, 3ª e 6ª consulta, respetivamente. Os valores de CT mínimo mantiveram-se constantes entre as 3 consultas e os valores máximos registaram uma descida de 264 mg/dl ( $s \pm 34,83$  mg/dl), para 220 mg/dl ( $s \pm 18,94$  mg/dl) e para 195 mg/dl ( $s \pm 13,31$  mg/dl). Analisando os valores do desvio padrão e os valores mínimos e máximos do CT constatamos que a dispersão dos dados foi gradualmente diminuindo ao longo dos 6 meses.

No GC verificamos um aumento entre os dois momentos de avaliação de 6,07 mg/dl entre as médias. Em ambas as avaliações encontra-se em nível “Bom” - 179,31 mg/dl e 185,38 mg/dl, 1ª e 6ª consulta, respetivamente. Os valores de CT mínimo mantiveram-se próximos com 150 mg/dl ( $s \pm 24,51$  mg/dl) na 1ª consulta e 160 mg/dl ( $s \pm 26,07$

mg/dl) na 6ª consulta e os valores máximos registaram um aumento de 217 mg/dl ( $s \pm 24,51$  mg/dl) para 255 mg/dl ( $s \pm 26,07$  mg/dl). Analisando os valores do desvio padrão e os valores mínimos e máximos do CT constatamos que houve um ligeiro aumento da dispersão dos dados ao longo dos 6 meses, contrariamente ao ocorrido no GE (Quadro 6).

À semelhança da FC, optámos por analisar os dados relativos à glicémia capilar apenas de forma descritiva, uma vez que é um parâmetro que não entra no cálculo do risco cardiovascular (SCORE). Assim analisando os resultados obtidos no GE verificamos um aumento da 1ª para a 3ª consulta em 4,85 mg/dl e uma redução da 3ª para a 6ª consulta em 20,42 mg/dl. Considerando os valores de glicémia pós-prandial normais quando inferiores a 140 mg/dl constatamos que em todos os momentos de avaliação os valores estiveram acima dos valores pretendidos. Para além disso podemos apurar que há uma dispersão considerável dos dados com grande amplitude entre os valores mínimos e máximos da glicémia capilar ( $s \pm 69,02$ mg/dl, Mín. 83mg/dl e Máx. 287mg/dl;  $s \pm 75,54$ mg/dl, Mín. 82mg/dl e Máx. 367mg/dl;  $s \pm 59,07$ mg/dl, Mín. 95mg/dl e Máx. 271mg/dl) (Quadro 7).

Da mesma forma, também no GC, houve uma diminuição da média dos valores da glicémia capilar em 17mg/dl, contudo os valores obtidos encontram-se dentro dos parâmetros considerados normais. A dispersão dos dados foi ligeiramente menor, mas ainda considerável com  $s \pm 43,18$ mg/dl, Mín. 84mg/dl e Máx. 221mg/dl na 1ª consulta e  $s \pm 34,22$ mg/dl, Mín. 87mg/dl e Máx. 207mg/dl na 6ª consulta (Quadro 7).

A interpretação dos valores relativos à glicemia capilar foi realizada de forma cuidadosa, uma vez que no GE existem mais doentes diabéticos (50%, n=7) do que no GC (30,77%, n=4) e que a sua avaliação não foi efetuada a todos os elementos à mesma hora e nem sempre em jejum, pelo que se utilizaram valores de referência relativamente à glicemia pós-prandial (<140mg/dl).

Quadro 6 – Distribuição dos valores de TA, CT e BMT dos elementos da amostra (N=27)

Parâmetros clínicos	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.
<b>TA sistólica</b>										
1ª consulta	141,93	15,72	138,00	114,00	177,00	134,77	13,99	138,00	107	159
3ª consulta	138,14	18,22	138,50	105,00	167,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	125,43	12,23	129,50	105,00	145,00	126,62	16,77	130,00	102	166
<b>TA diastólica</b>										
1ª consulta	81,36	8,32	81,50	69,00	100,00	82,00	9,76	83,00	63	105
3ª consulta	74,79	7,90	74,50	62,00	87,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	73,43	4,05	73,00	66,00	79,00	76,85	7,28	76,00	60	93
<b>Colesterol total</b>										
1ª consulta	177,57	34,83	165,50	150,00	264,00	179,31	24,51	174,00	150	217
3ª consulta	173,50	18,94	169,00	151,00	220,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	169,08	13,31	171,50	150,00	195,00	185,38	26,07	180,00	160	255
<b>Glicemia capilar</b>										
1ª consulta	160,36	69,02	152,00	83,00	287,00	131,08	43,18	117,00	84	221
3ª consulta	165,21	75,54	144,50	82,00	367,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	144,79	59,07	120,00	95,00	271,00	114,08	34,22	100,00	87	207

Após verificarmos a evolução no que diz respeito aos valores de TA, glicémia capilar e colesterol total passamos a classificar os mesmos, no Quadro 7, de acordo com as orientações nacionais, com o intuito de qualificar a evolução obtida.

No Quadro 6 constatamos que houve uma descida nos valores da TA sistólica e diastólica média do GE assim como no GC, embora de menor amplitude. Neste contexto verificamos, no Quadro 8, que no GE, no momento da 1ª consulta, apenas 1 elemento (7,14%) apresentava “TA Ótima” e “TA Normal”, respetivamente, sendo a “TA Normal-Alta” e “HTA grau I” as classificações com maior prevalência com 6 (42,86%) e 4 (28,57%) elementos, respetivamente. Na 3ª consulta houve uma evolução positiva com 3 elementos com “TA Ótima” (21,43%) e 4 elementos (28,57%) com “TA Normal-Alta”. No entanto, a classificação “HTA grau I” apresentava 5 elementos (35,71%) e “HTA grau II” 2 elementos (14,29%). Por fim, no momento da última consulta verificamos novamente uma evolução favorável com 6 elementos classificados como tendo “TA Ótima” (42,86%), 6 elementos com “TA Normal-Alta” e apenas 1 (7,14%) com “HTA grau I”.

No GC apuramos que, na 1ª consulta, a distribuição dos elementos era semelhante à do GE, com 2 elementos (15,38%) classificados com “TA Ótima”, 1 (7,69%) com “TA Normal” e a maioria (n=5, 38,46%) com “TA Normal-Alta” e “HTA grau I” (n=4, 30,77%). Na última consulta notamos uma evolução também positiva com 4 elementos

(30,77%) com “TA Ótima”, seguido de “TA Normal-Alta “ com 6 elementos (46,15%). Já a classificação “HTA grau I” com 4 elementos inicialmente termina sem elementos e surge um elemento com a classificação “HTA grau II” (Quadro 7).

Quanto à glicémia capilar no GE verificámos, no Quadro 6, um aumento da média da mesma da 1ª para a 3ª consulta e uma redução da 3ª para a 6ª consulta, sendo que, considerando os valores de glicémia pós-prandial normais quando inferiores a 140 mg/dl constatámos que em todos os momentos de avaliação os valores estiveram acima dos valores pretendidos. De igual modo, também no GC, houve uma diminuição da média dos valores da glicémia capilar, contudo os valores obtidos encontravam-se dentro dos parâmetros considerados normais. É importante não esquecer que o número de elementos diabéticos no GE é superior ao GC. Assim sendo, analisando o Quadro 8, constatamos que na 1ª e 3ª consulta no GE o número de elementos com glicémia controlada é igual ao número de elementos com glicémia não controlada (n=7, 50%) enquanto na 6ª consulta houve uma evolução positiva com 9 elementos com glicémia controlada (64,29%) e 5 elementos com glicémia não controlada (35,71%). No GC a evolução foi de 4 elementos (30,77%) com glicémia não controlada na 1ª consulta para 2 elementos (15,38%) na última consulta (Quadro 7).

Relativamente ao CT no GE verificámos, conforme o Quadro 6, uma redução da média entre os três momentos de avaliação e no GC um aumento entre os dois momentos de avaliação. Esta evolução está de acordo com o Quadro 7 onde, no GE, temos 9 elementos (64,29%) com “CT Ótimo” na 1ª e 6ª consulta, 3 elementos (21,43%) com “CT Bom” na 1ª consulta e 4 elementos (28,57%) na última consulta e uma redução de 1 elemento na classificação de “CT Elevado” entre a 1ª e a 6ª consulta. No GC, conforme constatado no Quadro 7, houve uma redução no número de elementos com “CT Ótimo” de 7 (53,85%) para 4 elementos (30,77%), um aumento de 1 (7,69%) para 4 elementos (30,77%) com “CT Bom” e a manutenção do número de elementos com “CT Elevado” (n=5, 38,46%).

Quadro 7 – Categorização da tensão arterial, glicemia capilar e colesterol total (N=27)

Classificação da TA	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	N	%	n	%	N	%
<b>1ª consulta</b>						
TA Ótima - <120/80 mmHg	1	7,14	2	15,38	3	11,11
TA Normal - entre 120-129/80-84 mmHg	1	7,14	1	7,69	2	7,41
TA Normal Alta - entre 130-139/85-89 mmHg	6	42,86	5	38,46	11	40,74
HTA grau I - entre 140-159/90-99 mmHg	4	28,57	4	30,77	8	29,63
HTA grau II - entre 160-179/100-109 mmHg	2	14,29	1	7,69	3	11,11
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
TA Ótima - <120/80 mmHg	3	21,43	--	--	3	21,43
TA Normal - entre 120-129/80-84 mmHg	0	0	--	--	0	0
TA Normal Alta - entre 130-139/85-89 mmHg	4	28,57	--	--	4	28,57
HTA grau I - entre 140-159/90-99 mmHg	5	35,71	--	--	5	35,71
HTA grau II - entre 160-179/100-109 mmHg	2	14,29	--	--	2	14,29
Total	14	100	--	--	14	100
<b>6ª consulta</b>						
TA Ótima - <120/80 mmHg	6	42,86	4	30,77	10	37,04
TA Normal - entre 120-129/80-84 mmHg	1	7,14	2	15,38	3	11,11
TA Normal Alta - entre 130-139/85-89 mmHg	6	42,86	6	46,15	12	44,44
HTA grau I - entre 140-159/90-99 mmHg	1	7,14	0	0	1	3,70
HTA grau II - entre 160-179/100-109 mmHg	0	0	1	7,69	1	3,70
Total	14	100	13	100	27	100
<b>Glicemia capilar (1ª consulta)</b>						
Não controlada - Glicemia pós-prandial ≥140 mg/dl	7	50	4	30,77	11	40,74
Controlada - Glicemia pós-prandial <140 mg/dl	7	50	9	69,23	16	59,26
Total	14	100	13	100	27	100
<b>Glicemia capilar (3ª consulta)</b>						
Não controlada - Glicemia pós-prandial ≥140 mg/dl	7	50	--	--	7	50
Controlada - Glicemia pós-prandial <140 mg/dl	7	50	--	--	7	50
Total	14	100	--	--	14	100
<b>Glicemia capilar (6ª consulta)</b>						
Não controlada - Glicemia pós-prandial ≥140 mg/dl	5	35,71	2	15,38	7	25,93
Controlada - Glicemia pós-prandial <140 mg/dl	9	64,29	11	84,62	20	74,07
Total	14	100	13	100	27	100
<b>Colesterol total (1ª consulta)</b>						
CT Ótimo - <175 mg/dl	9	64,29	7	53,85	16	59,26
CT Bom - entre 175 mg/dl e 190 mg/dl	3	21,43	1	7,69	4	14,81
CT elevado - ≥190 mg/dl	2	14,29	5	38,46	7	25,93
Total	14	100	13	100	27	100
<b>Colesterol total (3ª consulta)</b>						
CT Ótimo - <175 mg/dl	8	57,14	--	--	8	57,14
CT Bom - entre 175 mg/dl e 190 mg/dl	4	28,57	--	--	4	28,57
CT elevado - 190 mg/dl	2	14,29	--	--	2	14,29
Total	14	100	--	--	14	100
<b>Colesterol total (6ª consulta)</b>						
CT Ótimo - <175mg/dl	9	64,29	4	30,77	13	48,15
CT Bom - entre 175 mg/dl e 190 mg/dl	4	28,57	4	30,77	8	29,63
CT Elevado - ≥190 mg/dl	1	7,14	5	38,46	6	22,22
Total	14	100	13	100	27	100

Como referido anteriormente neste trabalho, o objetivo de avaliar estes parâmetros clínicos é, não só, avaliar a sua evolução individual ao longo dos 6 meses de intervenção, mas também com a sua conjugação estimar o risco o risco absoluto de desenvolver um evento cardiovascular a 10 anos. Esta estimativa é calculada a partir de dados como o género, idade, hábitos tabágicos, valores de colesterol total e TA

sistólica recorrendo a tabelas de risco coronário – SCORE (Anexo I) (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) (ESC, 2012; DGS, 2015).

Através da utilização das tabelas referidas anteriormente é possível classificar o risco CV em “risco CV Muito Alto” para um SCORE igual ou superior a 10%, “risco CV Alto” para um SCORE igual ou superior a 5% mas inferior a 10%, “risco CV Moderado” para um SCORE igual ou superior a 1% mas inferior a 5% e “risco CV Baixo” para um SCORE inferior a 1% (DGS, 2015).

Quadro 8 – Distribuição do índice SCORE dos grupos (n=27)

Índice SCORE	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	S	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	5,54	2,93	6,00	1	10	4,64	2,66	6,00	1	8
3ª consulta	4,54	2,30	4,00	1	10	---	---	---	---	---
6ª consulta	4,85	3,24	4,00	1	14	6,09	3,73	5,00	2	15

Verificamos assim, no Quadro 8, que a média do índice SCORE no GE apresentou uma descida de 5,54% para 4,85% passando de um “risco CV Alto” para um “risco CV Moderado” com o valor mínimo a manter-se 1% e, apesar de o valor máximo aumentar de 10 para 14%, os restantes valores apresentaram uma descida bastante razoável, conduzindo à descida da média do SCORE. No GC a média do SCORE aumentou de 4,64%, correspondente a um “risco CV Moderado”, para 6,09%, correspondente a um “risco CV Alto”. Ambos os valores, mínimo e máximo, aumentaram entre as duas avaliações. Assim podemos constatar que a intervenção aplicada teve o efeito esperado na redução do risco de desenvolver um evento cardiovascular a 10 anos.

### 3.1.2 – Estilo/Qualidade de vida e Hipertensão Arterial

A qualidade de vida (QV) em HTA foi avaliada, conforme referido anteriormente, através da escala MINICHAL - Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (Cunha e Ferreira, 2014). Neste instrumento as respostas estão distribuídas numa escala de *Likert* com 4 opções de resposta: de zero (não, absolutamente) a três (sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas de 18 pontos. A última questão, que avalia a perceção geral

de saúde, é pontuada na escala de *Likert*, mesmo não sendo incluída em nenhum dos domínios acima referidos. Quanto mais próximo estiver o resultado do zero, maior é a percepção de uma boa QV.

Quadro 9 – Evolução do score da escala MINICHAL dos grupos nas 3 consultas (n=27)

MINICHAL	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	5,64	3,39	4,50	1	13	5,38	4,33	3,00	0	15
3ª consulta	5,93	4,75	4,00	2	19	---	---	---	---	---
6ª consulta	4,79	3,45	3,50	0	12	5,54	3,18	5,00	2	11

Conforme o Quadro 9 podemos verificar que o score total da QV no GE foi em média 5,64 ( $s \pm 3,39$ ), com mínimo de 1 e máximo de 13 no momento da 1ª consulta; média 5,93 ( $s \pm 4,75$ ), com mínimo de 2 e máximo de 19 no momento da 3ª consulta e média 4,79 ( $s \pm 3,45$ ), com mínimo de 0 e máximo de 12 no momento da 6ª consulta. Uma vez que para valores aproximados de zero corresponde uma melhor percepção de QV e sendo que o valor máximo do *score* do MINICHAL é de 51, podemos constatar que existe uma boa percepção de QV para o GE ao longo dos 3 momentos de avaliação sendo que houve uma ligeira melhoria ao longo dos 6 meses.

No que diz respeito ao GC verificamos que o score total da QV foi em média 5,38 ( $s \pm 4,33$ ), com mínimo de 0 e máximo de 15 no momento da 1ª consulta e média 5,54 ( $s \pm 3,18$ ), com mínimo de 2 e máximo de 11 no momento da 6ª consulta, o que significa que os seus elementos também têm uma boa percepção de QV. A média do score da última consulta do GC foi ligeiramente superior à média do score do GE, o que significa que os elementos do GC têm uma percepção de boa QV ligeiramente inferior à dos elementos do GE (Quadro 9).

Comparando agora os dois principais domínios da escala – “Estado Mental” e “Manifestações Somáticas” – verificamos, no Quadro 10, que no GE a média do domínio “Estado Mental” sobe de 3,57 ( $s \pm 1,83$ ) para 3,79 ( $s \pm 2,42$ ) da primeira para a terceira consulta, assim como o desvio padrão, o que significa que a dispersão dos valores em relação à média é maior. Da terceira para a sexta consulta a média desce para 2,93 ( $s \pm 1,64$ ) com menor dispersão dos dados em relação à mesma. No que

concerne ao domínio “Manifestações Somáticas” constatamos que a média apresenta um comportamento semelhante com uma subida entre a primeira e a terceira consulta de 1,93 (s ±1,94) para 2,00 (s ± 2,77) e uma descida desta para a última consulta para 1,64 (s ± 2,31). O desvio padrão também apresentou uma oscilação semelhante, embora com menor amplitude entre os valores. Os valores mínimo e máximo também decresceram ao longo dos seis meses o que significa, em concordância com os outros valores, que houve uma ligeira melhoria na perceção de QV deste grupo.

No GC a média do domínio “Estado Mental” sobe de 3,54 (s ± 3,13) para 3,85 (s ± 1,99) da primeira para a última consulta, enquanto o desvio padrão diminui, o que significa que a dispersão dos valores em relação à média vai sendo cada vez menor. Relativamente ao domínio “Manifestações Somáticas” verificamos que a média desce de 1,54 (s ± 1,45) para 1,46 (s ± 1,33) entre as duas consultas, assim como também desce o desvio padrão (Quadro 10). Neste grupo o valor mínimo do “Estado Mental” aumento de 0 para 1 e o valor máximo apresentou um decréscimo de 11 para 8. Os valores das “Manifestações Somáticas” mantiveram-se constantes.

Apesar de haver pequenas diferenças, no geral ambos os grupos apresentam resultados próximos de 0, o que significa que têm uma boa perceção de QV.

Quadro 10 – Evolução do score dos domínios “Estado Mental” e “Manifestações Somáticas” da escala MINICHAL dos grupos nas 3 consultas (n=27)

MINICHAL		Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
		$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	Estado Mental	3,57	1,83	3,00	1	7	3,54	3,13	2,00	0	11
	Manif Somáticas	1,93	1,94	1,50	0	6	1,54	1,45	1,00	0	4
3ª consulta	Estado Mental	3,79	2,42	3,00	1	9	---	---	---	---	---
	Manif Somáticas	2,00	2,77	1,00	0	10	---	---	---	---	---
6ª consulta	Estado Mental	2,93	1,64	3,00	0	6	3,85	1,99	4,00	1	8
	Manif Somáticas	1,64	2,31	0,50	0	6	1,46	1,33	1,00	0	4

Visto que a qualidade de vida (QV) e o estilo de vida (EV) estão interligados como constatámos em capítulos anteriores, de seguida vamos verificar os resultados obtidos anteriormente se coadunam com a classificação do estilo de vida dos grupos.

A avaliação do estilo de vida em HTA foi efetuada através do Questionário Estilo de Vida Fantástico (QEVF). O questionário considera o comportamento das pessoas no último mês e os seus resultados permitem determinar a associação entre o EV e a saúde. É constituído por um total 30 questões que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida: F=família e amigos; A = atividade física e associativismo; N = nutrição; T = tabaco; A = álcool e outras drogas; S = sono e *stress*; T = tipo de personalidade e trabalho; I = introspeção; C = comportamentos de saúde e sexual; O = outros comportamentos (Silva, Brito e Amado, 2011). A soma de todos os pontos conduz a um score total que classifica os indivíduos em cinco níveis consoante o seu comportamento: excelente (103 a 120 pontos), muito bom (85 a 102 pontos), bom (73 a 84 pontos), regular (47 a 72 pontos) e necessita melhorar (0 a 46 pontos). Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança de comportamentos.

Quadro 11 – Evolução do score do QEFV dos grupos nas 3 consultas (n=27)

QEVF	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	S	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	97,43	12,16	100,00	74	114	97,23	11,00	100,00	78	112
3ª consulta	97,43	10,71	98,00	80	112	---	---	---	---	---
6ª consulta	97,57	10,23	100,00	78	110	98,77	11,33	100,00	76	116

No Quadro 11 podemos verificar que a média do score dos 2 grupos se situa na classificação de um comportamento “Muito Bom” ao longo dos 6 meses, sendo que no GE evoluiu de 97,43 ( $s \pm 12,16$ ) para 97,57 ( $s \pm 10,23$ ) e no GC de 97,23 ( $s \pm 11,00$ ) para 98,77 ( $s \pm 11,33$ ). A dispersão dos dados em relação à média foi reduzindo no GE, enquanto no GC se manteve relativamente constante. Os valores mínimos e máximos também oscilaram sendo que no GE o mínimo apresentou uma subida entre a 1ª e a 3ª consulta e uma descida entre esta e a 6ª consulta, mantendo-se na classificação de comportamento “Bom” e no GC desceu de 78 para 76 mantendo-se na mesma classificação. Os valores máximos no GE desceram gradualmente ao longo dos 6 meses estando enquadrados na classificação de comportamento “Excelente” e no GC subiram de 112 para 116 estando na mesma classificação.

Se analisarmos cada domínio em particular (Quadro 12), considerando a proporção relativamente à pontuação máxima possível para cada domínio, verificamos que na primeira consulta os scores médios mais baixos no GE são nos domínios “Atividade física/Associativismo” (score mín. 0 e máx. 12), já no GC verificamos que os scores médios mais baixos são nos domínios “Atividade física/Associativismo”, embora com valor superior ao GE, “Nutrição” (score mín. 0 e máx. 12) e “Trabalho/Tipo de personalidade” (score mín. 0 e máx. 12). Quanto aos scores médios mais altos, no GE correspondem aos domínios “Álcool e Outras drogas” (score mín. 0 e máx. 24), “Sono/Stress” (score mín. 0 e máx. 12), “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Comportamentos de saúde e sexual” (score mín. 0 e máx. 12) e no GC, de forma semelhante ao GE, mas com valores menores, correspondem aos domínios “Álcool e Outras drogas”, “Sono/Stress” e “Comportamentos de saúde e sexual”.

Na 3ª consulta, no que diz respeito aos scores médios mais baixos, no GE constatamos que se mantém o domínio “Atividade física/Associativismo” (score mín. 0 e máx. 12) e surge o domínio “Nutrição” (score mín. 0 e máx. 12). Relativamente aos scores médios mais altos a tendência mantém-se com os domínios “Álcool e Outras drogas”, “Sono/Stress” e “Trabalho/Tipo de personalidade” em evidência.

Por fim, na 6ª consulta podemos constatar que no GE voltamos a ter o domínio “Atividade física/Associativismo” e “Nutrição” (valor melhorado em relação à 3ª consulta) com os scores médios mais baixos e no GC mantêm-se os domínios, “Atividade física/Associativismo”, “Nutrição” e “Trabalho/Tipo de personalidade”. Relativamente aos scores médios mais altos no GE mantêm-se os domínios “Álcool e Outras drogas”, “Sono/Stress” e “Trabalho/Tipo de Personalidade”, embora com valores menores que nas consultas anteriores. No GC a tendência dos scores médios mais altos mantém-se com os domínios “Álcool e Outras drogas”, “Sono e Stress” e “Comportamentos de saúde e sexual”, com valores melhorados em relação à primeira consulta (Quadro 12).

Quadro 12 – Evolução dos grupos relativamente a cada domínio da escala QEVF (n=27)

QEVF	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{X}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	S	Md	Mín.	Máx.
<b>1ª consulta</b>										
F – Família e Amigos	7,3	1,3	8,0	4,0	8,0	7,7	1,1	8,0	4,0	8,0
A – Atividade física/ Associativismo	6,7	1,5	7,0	4,0	8,0	8,9	2,5	8,0	6,0	12,0
N – Nutrição	7,6	2,1	8,0	4,0	12,0	6,9	2,1	8,0	4,0	10,0
T – Tabaco	7,0	2,3	8,0	0,0	8,0	7,1	2,3	8,0	2,0	8,0
A - Álcool e Outras drogas	22,6	2,3	24,0	16,0	24,0	22,0	2,9	24,0	16,0	24,0
S - Sono/Stress	10,3	1,9	10,0	6,0	12,0	9,7	2,8	10,0	4,0	12,0
T - Trabalho/Tipo de personalidade	10,0	2,1	10,0	6,0	12,0	8,3	3,1	8,0	2,0	12,0
I – Introspeção	9,4	2,5	10,0	4,0	12,0	9,5	2,8	10,0	4,0	12,0
C - Comportamentos de saúde e sexual	10,1	2,4	11,0	4,0	12,0	9,8	1,9	10,0	6,0	12,0
O - Outros Comportamentos	6,4	1,8	7,0	4,0	8,0	7,2	1,5	8,0	4,0	8,0
<b>3ª consulta</b>										
F – Família e Amigos	6,86	1,51	8,00	4,00	8,00	---	---	---	---	---
A – Atividade física/ Associativismo	7,14	2,80	8,00	0,00	12,00	---	---	---	---	---
N – Nutrição	7,57	2,24	8,00	4,00	10,00	---	---	---	---	---
T – Tabaco	6,86	2,32	8,00	0,00	8,00	---	---	---	---	---
A - Álcool e Outras drogas	23,00	1,04	23,00	22,00	24,00	---	---	---	---	---
S - Sono/Stress	10,43	2,24	12,00	6,00	12,00	---	---	---	---	---
T - Trabalho/Tipo de personalidade	10,29	1,54	10,00	8,00	12,00	---	---	---	---	---
I – Introspeção	9,29	2,67	10,00	4,00	12,00	---	---	---	---	---
C - Comportamentos de saúde e sexual	9,14	2,03	10,00	4,00	12,00	---	---	---	---	---
O - Outros Comportamentos	6,86	1,51	8,00	4,00	8,00	---	---	---	---	---
<b>6ª consulta</b>										
F – Família e Amigos	7,29	1,49	8,00	4,00	8,00	8,00	0,00	8,00	8,00	8,00
A – Atividade física/ Associativismo	7,14	2,32	8,00	4,00	12,00	8,00	2,58	8,00	4,00	12,00
N – Nutrição	8,14	1,66	8,00	4,00	10,00	7,54	2,03	8,00	4,00	10,00
T – Tabaco	7,14	1,88	8,00	2,00	8,00	7,08	2,25	8,00	2,00	8,00
A - Álcool e Outras drogas	22,86	1,29	23,00	20,00	24,00	21,85	2,88	24,00	16,00	24,00
S - Sono/Stress	9,57	2,24	10,00	6,00	12,00	10,15	2,64	12,00	4,00	12,00
T - Trabalho/Tipo de personalidade	9,71	1,90	10,00	6,00	12,00	8,31	2,14	8,00	4,00	12,00
I – Introspeção	9,43	2,41	10,00	4,00	12,00	10,00	2,71	12,00	4,00	12,00
C - Comportamentos de saúde e sexual	9,29	2,16	10,00	4,00	12,00	10,31	2,29	12,00	6,00	12,00
O - Outros Comportamentos	7,00	1,71	8,00	4,00	8,00	7,54	1,20	8,00	4,00	8,00

Quanto à classificação dos comportamentos dos elementos da amostra que se reflete na classificação do estilo de vida verificamos, no Quadro 13, que em ambos os grupos todos os elementos têm estilos de vida que se classificam desde “Bom” até “Excelente”, nas 3 consultas. No GE inicialmente havia 3 elementos (21,43%) com um estilo de vida “Bom”, 6 (42,86%) com estilo de vida “Muito Bom” e 5 elementos (35,71%) com estilo de vida “Excelente”, na terceira consulta houve um elemento que passou de ter um comportamento “Bom” para ter um comportamento “Excelente” o que significa que ficaram 2 elementos (14,29%) e 6 elementos (42,86%) em cada classificação, respetivamente. No GC verificamos que, na primeira consulta, o número de elementos com um estilo de vida “Muito Bom” (n=7, 53,85%) é superior ao do GE, ao contrário do estilo de vida “Excelente” (n=4, 30,77%) onde o número de elementos é menor. À semelhança do GE, na sexta consulta no GC, houve um elemento que passou de ter um comportamento “Muito Bom” (n=6, 46,15) para ter um comportamento “Excelente” (n=5, 38,46%). Contudo o número de elementos com um

estilo de vida “Excelente” continua a ser superior no GE, sendo a melhoria observada mais significativa.

Quadro 13 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a classificação do estilo de vida (N=27)

Classificação do estilo de vida	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	N	%	n	%	n	%
<b>1ª consulta</b>						
Regular- 47 a 72	0	0	0	0	0	0
Bom - 73 a 84	3	21,43	2	15,38	5	18,52
Muito bom - 85 a 102	6	42,86	7	53,85	13	48,15
Excelente - 103 a 120	5	35,71	4	30,77	9	33,33
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
Regular- 47 a 72	0	0	---	---	0	0
Bom - 73 a 84	2	14,29	---	---	2	14,29
Muito bom - 85 a 102	6	42,86	---	---	6	42,86
Excelente - 103 a 120	6	42,86	---	---	6	42,86
Total	14	100	---	---	14	100
<b>6ª consulta</b>						
Regular - 47 a 72	0	0	0	0	0	0
Bom - 73 a 84	2	14,29	2	15,38	4	14,81
Muito bom - 85 a 102	6	42,86	6	46,15	12	44,44
Excelente - 103 a 120	6	42,86	5	38,46	11	40,74
Total	14	100	13	100	27	100

Através da análise deste quadro podemos constatar que a percepção de QV que cada grupo apresenta está de acordo com os seus comportamentos e estilo de vida, que da mesma forma veio a melhorar ao longo das consultas, com maior evidência no GE, conforme afirmado anteriormente.

### 3.1.3 – Adesão ao regime terapêutico e autocuidado terapêutico

A Medida de Adesão aos Tratamentos é uma medida de adesão aos tratamentos farmacológicos cujo *score* máximo é 6 pontos e o mínimo 1. O nível de adesão obtém-se adicionando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Quanto maior o valor do resultado final maior é o grau de adesão ao regime terapêutico medicamentoso. A escala também permite a classificação dos sujeitos como aderentes ou como não aderentes considerando a mediana (Delgado e Lima, 2001).

De acordo com o Quadro 14 verificamos que o *score* médio máximo no GE foi de 5,74 ( $s \pm 0,22$ ) na 3ª consulta, enquanto no GC foi de 5,64 ( $s \pm 0,33$ ) na 1ª consulta, o que mostra que o *score* médio total da escala MAT foi superior no GE ao longo dos seis

meses de intervenção. Da mesma forma, também os valores mínimos da escala apresentaram, no GE, uma subida ao longo dos três momentos de avaliação, sendo superior na 3ª consulta.

O facto de os valores do desvio padrão serem baixos demonstra que existe homogeneidade das respostas e que ambos os grupos já possuíam *scores* compatíveis com adesão à terapêutica farmacológica no primeiro momento de avaliação.

Quadro 14 – Evolução dos grupos relativamente ao score da escala MAT (n=27)

MAT	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	S	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	5,69	0,28	5,79	5,00	6,00	5,64	0,33	5,71	5,00	6,00
3ª consulta	5,74	0,22	5,86	5,29	6,00	---	---	---	---	---
6ª consulta	5,71	0,25	5,71	5,14	6,00	5,58	0,36	5,71	4,57	6,00

Quanto à classificação dos elementos dos grupos em aderentes e não aderentes constatamos que, assim como referido anteriormente, foi o GE a apresentar melhor evolução na adesão ao regime terapêutico com um total de aderentes de 8 (57,14%) na 1ª consulta e de 10 (71,43%) na última consulta. No GC não houve evolução mantendo-se o número de aderentes em 5 (38,46%) na 1ª e 6ª consulta e não aderentes em 8 (61,54%) na 1ª e na 6ª consulta (Quadro 15).

Quadro 15 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a adesão ao regime terapêutico (N=27)

Adesão à terapêutica farmacológica	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	N	%	n	%	N	%
<b>1ª consulta</b>						
Não Aderente (<=5,67)	6	42,86	5	38,46	11	40,74
Aderente (5,68+)	8	57,14	8	61,54	16	59,26
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
Não Aderente (<=5,74)	6	42,86	--	--	6	42,86
Aderente (5,75+)	8	57,14	--	--	8	57,14
Total	14	100	--	--	14	100
<b>6ª consulta</b>						
Não Aderente	4	28,57	5	38,46	9	33,33
Aderente	10	71,43	8	61,54	18	66,67
Total	14	100	13	100	27	100

Depois de avaliarmos o nível de adesão ao regime terapêutico é importante sabermos até que ponto os elementos da nossa amostra são capazes de realizar o seu

autocuidado terapêutico onde o cumprimento da terapêutica farmacológica está incluído.

O Índice de Autocuidado Terapêutico é um instrumento de autopreenchimento que permite avaliar a aquisição de competências para a realização do autocuidado terapêutico e aborda questões relacionadas com a capacidade de envolvimento das pessoas em quatro aspetos do autocuidado: terapêutica farmacológica, identificação e controlo de sintomas, capacidade para a realização de atividades de vida diária e capacidade para gerir mudanças na sua condição de saúde. Composto por 12 itens com resposta na forma de escala de *Likert* o seu score máximo é 60 pontos correspondendo a um elevado nível de desempenho no autocuidado terapêutico (Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral, 2014).

Analisando o score médio desta escala constatamos no Quadro 16 que houve uma evolução positiva em ambos os grupos, sendo esta mais evidente no GE com o score médio a subir de 56 ( $s\pm 4$ ) para 59 pontos ( $s\pm 1$ ), com maior homogeneidade dos valores em torno da média, o valor mínimo a subir de 48 para 56 pontos e o valor máximo a manter-se nos 60 pontos. No GC o score médio apresentou uma subida de 2 pontos de 56 ( $s\pm 6$ ) para 58 ( $s\pm 3$ ) e o valor mínimo subiu de 40 para 51 pontos.

Quadro 16 – Evolução dos grupos relativamente ao score da escala IAT (N=27)

IAT	Grupo Experimental (n=14)					Grupo Controlo (n=13)				
	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.	$\bar{x}$	s	Md	Mín.	Máx.
1ª consulta	56	4	58	48	60	56	6	59	40	60
3ª consulta	51	7	50	36	60	---	---	---	---	---
6ª consulta	59	1	60	56	60	58	3	59	51	60

À semelhança da MAT verificamos que ambos os grupos possuem capacidade de autocuidado terapêutico, tendo havido uma melhoria mais evidente no GE ao longo do acompanhamento nos seis meses.

### 3.1.4 – Literacia e Hipertensão Arterial

Para que as pessoas adiram ao regime terapêutico e tenham capacidade de desenvolver autocuidado terapêutico é necessário investir no conhecimento sobre a

sua situação clínica. Neste contexto, para avaliar a literacia em HTA recorreremos ao Teste de Batalla-Martinez (1984), adaptado de Calixto et. al (2013), que tem como fundamento a relação entre o conhecimento sobre HTA e a adesão ao regime terapêutico, e foi aplicado um conjunto de 21 questões de verdadeiro/falso sobre o mesmo tema, desenvolvidas por um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. No que diz respeito ao Teste de Batalla-Martinez pretendemos classificar os elementos da amostra como aderentes, caso respondam corretamente a todas as questões do teste, e como não aderentes, caso errem pelo menos uma questão do teste. Nas questões de V/F analisaremos a percentagem de respostas certas.

Quadro 17 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a classificação da literacia de acordo com o Teste de Batalla-Martinez (N=27)

Teste de Batalla	Grupo Experimental		Grupo Controlo		Total	
	N	%	N	%	n	%
<b>1ª consulta</b>						
Não aderentes	2	14,28	1	7,69	3	11,11
Aderentes	12	85,71	12	92,31	24	88,89
Total	14	100	13	100	27	100
<b>3ª consulta</b>						
Não aderentes	0	0	---	---	0	0
Aderentes	14	100	---	---	14	100
Total	14	100	---	---	14	100
<b>6ª consulta</b>						
Não aderentes	3	21,43	4	30,77	7	25,93
Aderentes	11	78,57	9	69,23	20	74,07
Total	14	100	13	100	27	100

No Quadro 17 podemos verificar que, no que diz respeito à literacia, ambos os grupos apresentaram um declínio ao longo dos seis meses. No GE houve uma melhoria entre a 1ª e a 3ª consulta, deixando de existir elementos não aderentes (N=2) e passando a ter 100% de aderentes (N=14) (100% de repostas certas) e depois um declínio entre a 3ª e a 6ª consulta com 78,57% aderentes (N=11) e 21,43 não aderentes (N=3). No GC houve um aumento do número de não aderentes passando de 1 (7,69%) a 4 elementos (30,77%).

Quadro 18 – Resumo da percentagem de respostas certas às questões de verdadeiro/falso (N=27)

% Respostas certas 1ª consulta	Grupo Experimental (n=14)	Grupo Controlo (n=13)	Total
76,19	0	1	1
85,71	1	2	3
90,48	7	3	10
95,24	3	2	5
100,00	3	5	8
Total	14	13	27

% Respostas certas 6ª consulta	Grupo Experimental (n=14)	Grupo Controlo (n=13)	Total
80,95	1	2	3
85,71	0	2	2
90,48	3	2	5
95,24	3	1	4
100,00	7	6	13
Total	14	13	27

Relativamente à percentagem de respostas certas verificamos, no Quadro 18, que todos obtiveram pontuação superior a 50%, tendo a % mínima aumentado entre a 1ª e a última consulta de 76,19% para 80,95%. No GE o número de elementos que obtiveram uma pontuação de 100% subiu de 3 elementos para 7 elementos enquanto no GC subiu de 5 para 6 elementos, ou seja, a literacia em HTA do GE teve uma evolução positiva mais significativa ao longo dos seis meses de intervenção. Esta evolução está coerente com o Teste de Batalla-Martinez onde, apesar de ter havido um declínio, o GE teve resultados melhores que o GC, no que diz respeito ao número de elementos classificados como não aderentes.

No final da análise descritiva considerámos fundamental, para melhor compreensão global, haver uma síntese que permita reunir e enquadrar todos os resultados obtidos com o intuito de evidenciar os benefícios que a presente investigação proporcionou comparando o GE com o GC e os resultados obtidos antes e após a intervenção de Enfermagem. Esta síntese é apresentada no quadro abaixo (Quadro 19).

Quadro 19 - Síntese de todos os resultados da análise descritiva

Variáveis	GE da 1ª para a 6ª consulta	GC da 1ª para a 6ª consulta	Quem apresenta melhores resultados no final
Peso	+	+	GE
IMC	+	+	GE
PA	+	+	GE
Atividade física	+	=	GE
TAS	+	+	GE
TAD	+	+	GE
CT	+	-	GE
BMT	+	+	GC
SCORE	+	-	GE
MINICHAL	+	-	GE
QEVF	+	+	GC
MAT	+	-	GE
IAT	+	+	GE
Batalla-Martinez	-	-	GE
V/F	+	+	GE

Legenda: + melhorou; - piorou; = manteve

Através da leitura do Quadro 19 podemos constatar que ambos os grupos obtiveram resultados positivos várias das variáveis avaliadas sendo o GE o grupo que obteve melhores resultados ao entre a 1ª consulta e a 6ª consulta o que enfatiza a importância do programa de ensino de Enfermagem aplicado e, conseqüentemente, do acompanhamento personalizado do enfermeiro à pessoa, sã ou doente.

Seguidamente iremos apresentar a análise inferencial dos resultados obtidos na busca de diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC e dentro do GE ao longo dos 6 meses de acompanhamento.

### 3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados passamos a apresentar a análise inferencial com o intuito de verificar a influência do programa de ensino de Enfermagem estruturado sobre parâmetros como o índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), colesterol total (CT), estilo e qualidade de vida, adesão ao regime terapêutico e autocuidado terapêutico e literacia em hipertensão arterial.

Nesta análise inferencial foi inicialmente averiguado se as variáveis quantitativas provinham de uma população com distribuição aproximadamente normal, recorrendo a testes Shapiro-Wilk. Variáveis normalmente distribuídas foram descritas com médias e desvios padrão. Variáveis que não seguem distribuição normal foram representadas

pelas medianas, 1º quartil e 3º quartil (Marôco, 2011). As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas e a associação entre variáveis qualitativas foi avaliada recorrendo a testes de independência do Qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher, quando aplicável (Marôco, 2011). A comparação de variáveis quantitativas entre dois grupos independentes foi realizada recorrendo-se ao teste t-Student para grupos independentes ou ao teste Mann-Whitney, quando aplicável (Pestana e Gageiro, 2014). Para comparar três amostras dependentes recorreu-se à análise de variância para amostras emparelhadas (ANOVA de medidas repetidas) quando estas seguiam distribuição normal. No caso em que alguma variável não seguia uma distribuição normal, recorreu-se ao teste de Friedman (Pestana e Gageiro, 2014). O teste McNemar e o teste Q de Cochran foram usados para avaliar a existência de diferenças na variável dependente dicotômica entre duas ou três amostras emparelhadas, respetivamente (Pestana e Gageiro, 2014). Toda a análise foi efetuada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics 22. O nível de significância adotado foi 0.05. Iniciámos a análise inferencial averiguando se as escalas escolhidas para colheita de dados podiam ser aplicadas no nosso estudo calculando o alfa de Cronbach.

Na presente investigação, conforme se pode verificar no Quadro 20, o alfa de *Cronbach* da escala MINICHAL foi de 0,686 no primeiro momento de avaliação (fraco), 0,704 no segundo (razoável) e 0,668 no terceiro, revelando uma consistência interna que pode ser classificada como fraca (Pestana e Gageiro, 2014).

Quadro 20 – Análise da consistência interna do MINICHAL nos 3 momentos de avaliação

MINICHAL	Cronbach's Alpha
1ª avaliação	0,686
2ª avaliação	0,704
3ª avaliação	0,668

Conforme se pode verificar no Quadro 21, o alfa de *Cronbach* da escala QEVF foi de 0,71 no primeiro momento de avaliação, 0,70 no segundo e 0,70 no terceiro, revelando uma consistência interna que pode ser classificada como razoável (Pestana e Gageiro, 2014) e que é idêntica à original.

Quadro 21 – Análise da consistência interna do QEVF nos 3 momentos de avaliação

QEVF	Cronbach's Alpha
1ª avaliação	0,71
2ª avaliação	0,70
3ª avaliação	0,70

Na presente investigação, conforme se pode verificar no Quadro 22, o alfa de *Cronbach* da escala MAT foi de 0,639 (fraco) no primeiro momento de avaliação, 0,674 (fraco) no segundo e 0,703 (razoável) no terceiro (Pestana e Gageiro, 2014).

Quadro 22 – Análise da consistência interna da MAT nos 3 momentos de avaliação

MAT	Cronbach's Alpha
1ª avaliação	0,639
2ª avaliação	0,674
3ª avaliação	0,703

Conforme se pode verificar no Quadro 23, o alfa de *Cronbach* da escala IAT foi de 0,723 (razoável) no primeiro momento de avaliação, 0,767 (razoável) no segundo e 0,705 (razoável) no terceiro (Pestana e Gageiro, 2014).

Quadro 23 – Análise da consistência interna do IAT nos 3 momentos de avaliação

IAT	Cronbach's Alpha
1ª avaliação	0,723
2ª avaliação	0,767
3ª avaliação	0,705

Posteriormente averiguámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas e clínicas dos grupos e constatámos que as diferenças encontradas não eram significativas. Tal dado permitiu-nos verificar que a homogeneidade dos grupos estava assegurada.

Para ser mais fácil a interpretação dos resultados obtidos e a aceitação ou rejeição das hipóteses formuladas optámos por dividir a análise inferencial em análise transversal – entre GE e GC – e análise longitudinal – dentro do GE.

- **Análise transversal**

Relativamente aos parâmetros clínicos avaliados, nomeadamente, TAS, TAD, IMC e PA constatámos que não fazia sentido averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC visto que havia frequências absolutas muito pequenas e até nulas. Uma vez que um dos princípios base da

inferência estatística é calcular a diferença entre um valor estimado e um valor hipotético e se esta é suficientemente grande para se afirmar que existe uma diferença significativa (Fortin 2009), optamos então pelo mesmo procedimento sempre que tal caso sucedesse.

Para avaliar a existência de diferenças entre a classificação dos valores de TAS e TAD, no momento da 1ª e 6ª consulta, entre o GE e o GC recorreremos ao teste de independência do Qui-Quadrado uma vez que estamos perante uma distribuição não é normal e pretendemos estudar a relação entre duas variáveis nominais, divididas em categorias de variáveis qualitativas (Pestana e Gageiro, 2014).

Quadro 24 – Teste de independência do Qui-Quadrado: Tensão arterial sistólica 1ª consulta

	p valor
Teste de independência do Qui-Quadrado	<b>,816</b>

Conforme verificado no Quadro 24 não há associação estatisticamente significativa entre o grupo e a classificação da tensão arterial sistólica no momento da 1ª consulta (TAS1) uma vez que  $p > 0,05$ . ( $p=0.816$ ).

No que respeita à tensão arterial sistólica no momento da 6ª consulta verificamos, no Quadro 25, que o número de valores observados quanto às frequências absolutas e relativas não permite a aplicação da estatística inferencial.

O mesmo se verificou quanto à classificação dos valores da TAD, CT, IMC e PA entre os grupos, no momento da 1ª e 6ª consulta, ou seja, devido a valores de frequências relativas e absolutas muito pequenos e próximos de 0, não foi possível aplicar estatística inferencial.

Posteriormente avaliámos as mesmas variáveis (TAS, TAD, CT, IMC e PA) como variáveis quantitativas e aplicámos a estatística inferencial para grupos independentes. Verificámos então que todas as variáveis, à exceção do IMC na consulta 6 e do CT em ambas as consultas (1ª e 6ª), apresentavam comportamento normal. Portanto para todas estas variáveis aplicou-se um teste paramétrico, teste t-Student para grupos independentes, e para as variáveis que não apresentavam comportamento normal aplicou-se o teste não paramétrico, teste de Mann-Whitney. Apenas a variável

colesterol no momento da 6ª consulta apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC ( $p=0.043$ ), sendo o grupo de controlo aquele que apresenta um maior nível de colesterol na 6ª consulta (mediana=180) (Quadro 25). Isto significa que a intervenção aplicada teve um efeito positivo no GE com a descida dos valores de CT ao longo dos 6 meses, comparativamente aos valores de CT do GC.

Quadro 25 – Teste de Mann-Whitney: Índice de Massa Corporal e Colesterol total

Teste de Mann-Whitney	imc6	col_total1	col_total6
p valor	,616	,650	<b>,043</b>

Quadro 26 – Teste t-Student para grupos independentes: Índice de Massa Corporal, Perímetro Abdominal e Tensão Arterial

Teste t-Student grupos independentes	p valor
imc1	,159
pabd1	,067
pabd6	,218
tas1	,224
tas6	,834
tad1	,855
tad6	,140

Após analisar os quadros anteriormente apresentados constatamos que temos de rejeitar “**H II**: Existem diferenças significativas nos valores de IMC e PA entre as pessoas com HTA submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular (GE) e as que não foram submetidas ao mesmo (GC) ao longo de 6 meses.” e “**H V**: Existem diferenças significativas nos valores de TA entre o GE e o GC ao longo de 6 meses.” e aceitar “**H VII**: Existem diferenças significativas nos valores de CT entre o GE e o GC ao longo de 6 meses.”.

No que diz respeito à adesão ao regime terapêutico procurámos a existência de diferenças entre as pessoas que foram submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular ao longo de 6 meses comparativamente com as pessoas que não seguiram o programa. Esta pesquisa foi feita no momento da 1ª e no momento da 6ª consulta, antes e após o programa.

Uma vez que o momento de avaliação na 1ª consulta (MAT1) apresenta distribuição normal em ambos os grupos, aplicamos o teste t para amostras independentes para avaliar a existência de diferenças entre os mesmos. Já no momento de avaliação na 6ª consulta (MAT 6) não estamos perante uma distribuição normal em ambos os grupos, pelo que se aplicou o teste Mann-Whitney para avaliar a existência de diferenças entre os mesmos.

Quadro 27 – Teste t para amostras independentes: Medida de Adesão aos Tratamentos 1

Teste t amostras independentes	p valor
MAT1_ScoreTotal	,636

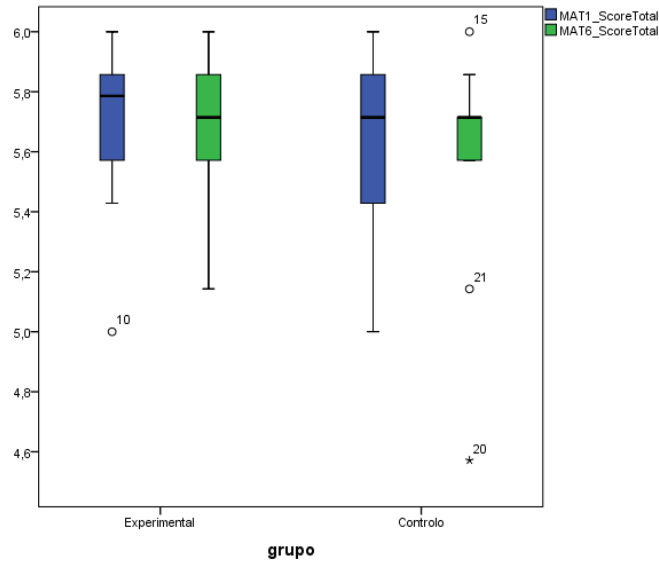
Analisando o Quadro 27 verificamos que  $p=0.636$  sendo superior ao nível de significância estabelecido (0.05), logo não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há evidência estatística para afirmar que os níveis médios dos scores da MAT no momento da 1ª consulta difiram significativamente entre os grupos.

Quadro 28 – Teste Mann-Whitney: Medida de Adesão aos Tratamentos 6

Teste Mann-Whitney	p valor
MAT6_ScoreTotal	,302

Da mesma forma, também no momento da 6ª consulta verificou-se  $p=0.302$  (Quadro 28), superior ao nível de significância estabelecido (0.05), logo não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há evidência estatística para afirmar que os níveis médios dos scores da MAT difiram significativamente entre os grupos.

Gráfico 1 – Representação da dispersão do score de adesão à terapêutica farmacológica do GE e do GC nos 2 momentos de avaliação.



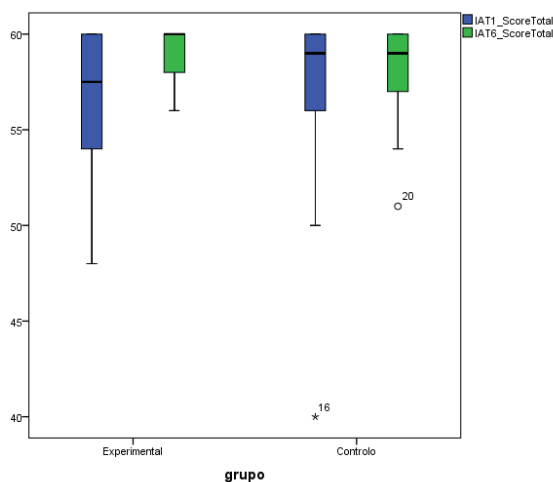
Relativamente ao autocuidado terapêutico (IAT) avaliámos a existência de diferenças entre os dois grupos, também no momento da 1ª e da 6ª consulta, onde a distribuição não é normal em ambos os grupos tendo, por isso, sido aplicado o teste Mann-Whitney para avaliar a existência de diferenças entre os mesmos.

Quadro 29 - Teste Mann-Whitney: Índice de Autocuidado Terapêutico

Teste Mann-Whitney	IAT1_ScoreTotal	IAT6_ScoreTotal
p valor	<b>,685</b>	<b>,302</b>

Através da análise do Quadro 29 verificamos que ambos os valores p são superiores ao nível de significância estabelecido (0.05) o que conduz à não rejeição da hipótese nula, ou seja, não há evidência estatística para afirmar que os níveis dos scores IAT na 1ª consulta e na 6ª consulta difiram significativamente entre o GE e o GC.

Gráfico 2 – Representação da dispersão do score de capacidade de autocuidado terapêutico do GE e do GC nos 2 momentos de avaliação.



Após a análise dos resultados obtidos constatamos que, ao não haver diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC no que concerne à adesão ao regime terapêutico (MAT) e à capacidade de autocuidado terapêutico (IAT), temos de rejeitar “H XII: Existem diferenças significativas na adesão ao regime terapêutico e na capacidade de autocuidado terapêutico entre o GE e o GC ao longo de 6 meses.”.

Para verificar a existência de diferenças, entre o momento da 1ª consulta e o momento da 6ª consulta, no que diz respeito à literacia em HTA, avaliada através das questões de verdadeiro/falso e do teste de Batalla-Martinez, nas pessoas com HTA que foram submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular ao longo de 6 meses comparativamente com as pessoas que não seguiram o programa, foram aplicados testes não paramétricos devido à não normalidade da distribuição entre os grupos.

Quadro 30 - Teste Mann-Whitney: V/F

Teste Mann-Whitney	VF1_respostacerta	VF6_respostacerta
p valor	<b>,830</b>	<b>,488</b>

Analisando o Quadro 30 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à % de respostas certas nas questões de verdadeiro/falso, no momento da 1ª e da 6ª consulta (VF1 e VF6), pois os p-valor são ambos superiores a 0.05, 0.830 e 0.488, respetivamente.

Quanto ao teste de Batalla-Martinez constatamos, através do Quadro 31 e 32, que não se verifica associação estatisticamente significativa entre os grupos e os scores do mesmo teste no momento da 1ª e da 6ª consulta (TB1 e TB6), pois ambos os valores p (1.000 e 0.678, respetivamente) são superiores a 0.05.

Quadro 31 - Teste de independência do Qui-Quadrado: Batalla-Martinez 1

Teste de independência do Qui-Quadrado	Batalla-Martinez 1
p valor	<b>1,000</b>

Quadro 32 - Teste de independência do Qui-Quadrado: Batalla-Martinez 6

Teste de independência do Qui-Quadrado	Batalla-Martinez 6
p valor	<b>,678</b>

Pelo acima exposto, visto não haver diferenças estatisticamente significativas entre o GE e GC relativamente à literacia, temos de rejeitar “**H XIV**: Existem diferenças significativas na literacia em HTA entre o GE e o GC ao longo de 6 meses.”.

De seguida procurámos identificar a existência de diferenças, entre o momento da 1ª consulta e o momento da 6ª consulta, no que diz respeito ao estilo e qualidade de vida, avaliados através do QEVF (QEVF1 e QEVF6) e MINICHAL (QV1 e QV6), nas pessoas com HTA que foram submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular ao longo de 6 meses comparativamente com as pessoas que não seguiram o programa. Como ambas as variáveis seguem distribuição aproximadamente normal entre os grupos aplicaram-se testes t para amostras independentes de forma a averiguar a existência de diferenças entre os grupos na 1ª e 6ª consulta.

Quadro 33 - Teste t para amostras independentes: Estilo de Vida Fantástico

Teste t amostras independentes	p valor
QEVF1 ScoreTotal	<b>,965</b>
QEVF6 ScoreTotal	<b>,775</b>

Analisando o Quadro 33 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o GE e GC relativamente aos scores totais do QEVF, quer na 1ª consulta quer na 6ª consulta, pois os valores-p são ambos superiores a 0.05, 0.965 e 0.775, respetivamente.

Seguidamente passamos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos, na 1ª e na 6ª consulta, em cada domínio da escala. Para o domínio N (nutrição), uma vez que apresenta distribuição normal, recorremos ao teste t para amostras independentes. Para os restantes domínios recorremos a testes não paramétricos.

Quadro 34 - Teste t para amostras independentes: Nutrição

Teste t amostras independentes	p valor
DomínioN1 Score	<b>,431</b>

Através do Quadro 34 constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas no domínio da nutrição (N) entre os 2 grupos na 1ª consulta ( $p=0.431$ ).

Quadro 35 - Teste Mann-Whitney: Domínios da Escala QEFV

	DomínioF1 Score	DomínioA1 Score	DomínioT1 Score	DomínioAS1 Score	DomínioS1 Score	DomínioT11 Score	DomínioI1 Score	DomínioC1 Score	DomínioO1 Score
p valor	,402	<b>,038</b>	,830	,905	,793	,155	,830	,550	,259

Analisando os restantes domínios verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas apenas no domínio da atividade física e associativismo (A) entre o GE e GC na 6ª consulta ( $p=0.038$ ), sendo no grupo de controlo que os scores se apresentam mais altos.

Quadro 35 - Teste Mann-Whitney: Domínios da Escala QEFV (Cont.)

	DomínioF6 Score	DomínioN6 Score	DomínioT6 Score	DomínioAS6 Score	DomínioS6 Score	DomínioI6 Score	DomínioC6 Score	DomínioO6 Score
p valor	,350	,430	,867	,685	,430	,430	,155	,550

Após a análise do Quadro 35 (cont.) constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas na 6ª consulta entre o GE e o GC quanto aos domínios representados na tabela anterior, pois todos os valores p são superiores a 0.05.

Para analisar as diferenças quanto à qualidade de vida separámos o item 17 dos itens correspondentes às manifestações somáticas e estado mental.

Quadro 36 - Teste Mann-Whitney: Item 17 MINICHAL

	QLV1_17	QLV6_17
p valor	,685	,867

No que diz respeito ao item 17 verificamos no Quadro 36 que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos scores no momento da 1ª e da 6ª consulta, pois ambos os valores p são superiores a 0.05.

Relativamente aos restantes itens constatamos, no Quadro 37, que não há diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC relativamente aos domínios Estado mental e Manifestações somáticas na 1ª e 6ª consultas pois os valores p são todos superiores a 0.05.

Quadro 37 - Teste Mann-Whitnev: Domínios da Escala MINICHAL

	QLV1_EstadoMental	QLV1_ManifSomáticas	QLV6_EstadoMental	QLV6_ManifSomáticas
p valor	,550	,720	,280	,583

Após a análise dos dados apresentados anteriormente concluímos que temos de rejeitar “**H IX**: Existem diferenças significativas no estilo de vida e na qualidade de vida entre o GE e o GC ao longo de 6 meses.”

Da análise transversal conduzida podemos constatar que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, à exceção dos valores de CT e do score do

domínio “Atividade física/Associativismo” do QEVF, embora na análise descritiva se tenha verificado que houve diferenças e melhorias em múltiplas variáveis avaliadas no GE, e acreditamos que tal se deve ao facto de a amostra ser de tamanho reduzido e ao período de intervenção ter ser limitado a 6 meses. Neste contexto estamos convictas que, mesmo mantendo o tamanho da amostra, se o período de intervenção fosse prolongado teríamos mais resultados estatisticamente significativos, com impacto positivo no grupo submetido à intervenção.

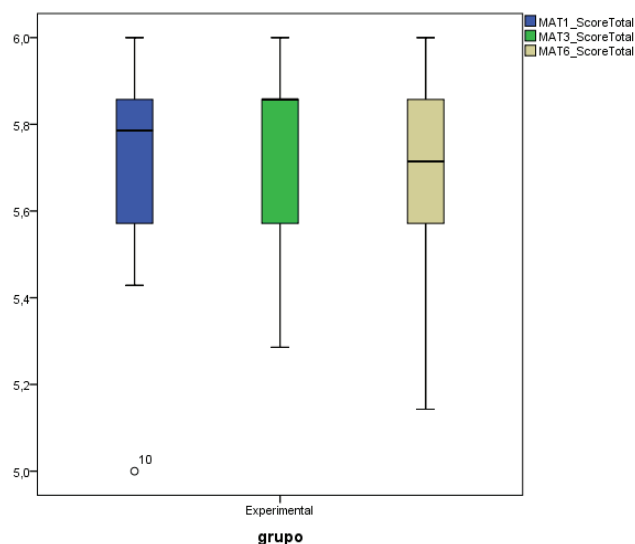
- **Análise longitudinal**

Após efetuarmos a comparação entre os grupos apresentamos agora a evolução do GE ao longo do programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular que durou 6 meses. A avaliação foi realizada em três momentos principais, no início do programa (1ª consulta), a meio (3ª consulta) e no final (6ª consulta).

No que diz respeito à adesão ao regime terapêutico verifica-se que apenas a variável MAT3\_ScoreTotal (score da MAT no momento da 3ª consulta) não apresenta distribuição normal. Posto isto, o teste a aplicar será o teste não paramétrico, teste de Friedman.

Quadro 38 – Teste de Friedman: Medida de Adesão aos Tratamentos GE	
p valor	<b>,867</b>

Gráfico 3 – Representação da dispersão do score de adesão ao regime terapêutico do GE nos 3 momentos de avaliação.



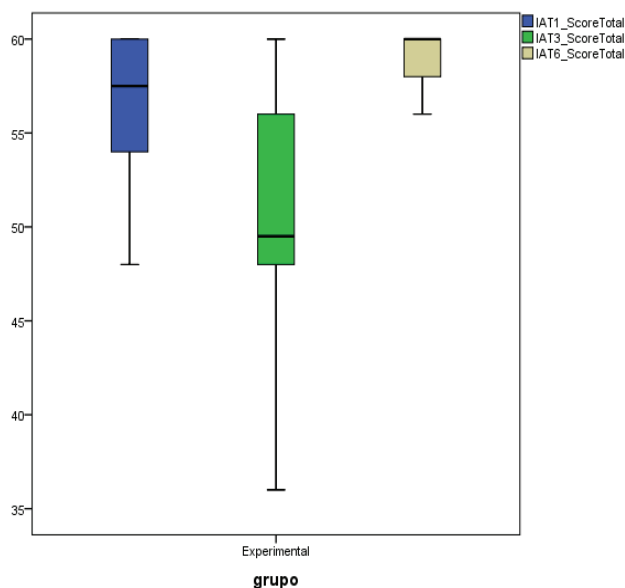
A análise do Quadro 38 e Gráfico 3 revelou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os scores MAT nas 3 consultas, pois  $p=0.867$ , o que leva à não

rejeição da hipótese nula ( $p > 0.05$ ). Logo temos de rejeitar “**H X**: Existem diferenças significativas na adesão ao regime terapêutico do GE ao longo de 6 meses.”

Quanto à evolução da capacidade de autocuidado terapêutico (IAT) esta foi avaliada através da aplicação do teste de Friedman visto que apenas a variável IAT3\_ScoreTotal (IAT no momento da 3ª consulta) apresenta distribuição normal.

Quadro 39 – Teste de Friedman: Índice de Autocuidado Terapêutico GE	
p valor	,001

Gráfico 4 – Representação da dispersão do score de capacidade de autocuidado terapêutico do GE nos 3 momentos de avaliação.



O teste acima aplicado revela a existência de diferenças estatisticamente significativas nos scores IAT nas 3 consultas ( $p=0.001$ ). De seguida, avaliar-se-á entre que pares de consultas se encontram essas diferenças significativas.

Tabela 1 – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: IAT

Amostra 1-Amostra 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	p valor
IAT3_ScoreTotal-IAT1_ScoreTotal	,643	,378	1,701	,089	,267
IAT3_ScoreTotal-IAT6_ScoreTotal	-1,286	,378	-3,402	,001	,002
IAT1_ScoreTotal-IAT6_ScoreTotal	-,643	,378	-1,701	,089	,267

As diferenças estatisticamente significativas nos scores IAT observam-se entre a 3ª e 6ª consulta ( $p=0.002$ ), atingindo o valor mediano de 48.60 na 3ª consulta e de 60.0 na 6ª consulta (Tabela 1).

Isto significa que aceitamos “**H XI**: Existem diferenças significativas na capacidade de autocuidado terapêutico do GE ao longo de 6 meses.” Assim podemos constatar que a intervenção aplicada teve um efeito positivo na melhoria da capacidade de autocuidado terapêutico dos elementos do GE.

Para verificar a existência de diferenças, entre os momentos das 3 consultas, no que diz respeito à literacia em HTA, avaliada através das questões de verdadeiro/falso e do teste de Batalla-Martinez, nas pessoas com HTA que foram submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular ao longo de 6 meses foram aplicados testes não paramétricos devido à não normalidade da distribuição das variáveis.

Quadro 40 – Teste de Friedman: V/F GE	
p valor	,075

Analisando o Quadro 40 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a % de respostas certas nas questões de verdadeiro/falso, no momento das 3 consultas (VF1, VF3 e VF6), pois o p-valor é superior a 0.05 ( $p=0.075$ ).

Quanto ao teste de Batalla-Martinez comparamos apenas a 1ª consulta (TB1) com a 6ª consulta (TB6) pois na 3ª consulta (TB3) todos os indivíduos são classificados como aderentes

Para avaliar a evolução no que diz respeito ao score do teste de Batalla-Martinez recorreremos ao teste McNemar para avaliar a existência de diferenças na variável dependente dicotómica entre duas amostras emparelhadas.

Quadro 41 – Teste de McNemar: Batalla-Martinez GE

	Teste Batalla1_ & Teste Batalha6_
p valor	,219

Constatamos, através do Quadro 41, que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de indivíduos que passaram de aderentes na 1ª consulta a não aderentes na 6ª consulta e a proporção de indivíduos que passaram de não aderentes na 1ª consulta a aderentes na 6ª consulta ( $p=0.219$ ,  $p>0.05$ ).

Pelo acima exposto, visto não haver diferenças estatisticamente significativas entre os momentos das 3 consultas no GE relativamente à literacia, temos de rejeitar “**H XIII**: Existem diferenças significativas na literacia em HTA do GE ao longo de 6 meses.”

Quanto à existência de diferenças, entre as 3 consultas, no que diz respeito ao estilo e qualidade de vida, avaliados através do QEVF e MINICHAL, nas pessoas com HTA que foram submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular ao longo de 6 meses, optámos por avaliar primeiro a evolução do score total e posteriormente a existência de diferenças significativas em cada domínio das escalas.

Relativamente aos scores totais de QEVF nas 3 consultas, visto que as três variáveis apresentam distribuição aproximadamente normal efetuou-se a análise de variância para amostras emparelhadas (ANOVA de medidas repetidas) (Quadro 42).

Quadro 42 – Teste ANOVA de medidas repetidas: Estilo de Vida Fantástico GE

Teste ANOVA medidas repetidas	p valor
QEVF	,993

Analisando o quadro acima constatamos que não se observam diferenças estatisticamente significativas nos scores totais de QEVF nas 3 consultas ( $p=0.993$ ).

Quanto à existência de diferenças estatisticamente significativas em cada domínio da escala, como não há nenhum conjunto de domínios que na 1ª, 3ª e 6ª consulta apresentem normalidade, aplicámos testes não paramétricos (teste de Friedman).

A análise dos resultados obtidos em cada domínio, em cada uma das 3 consultas, revelou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os scores dos

domínios F=família e amigos, A = atividade física e associativismo, N = nutrição, T = tabaco, A = álcool e outras drogas, S = sono e *stress*, T = tipo de personalidade e trabalho, I = introspeção, C = comportamentos de saúde e sexual, O = outros comportamentos, pois os valores p são todos superiores a 0.05.

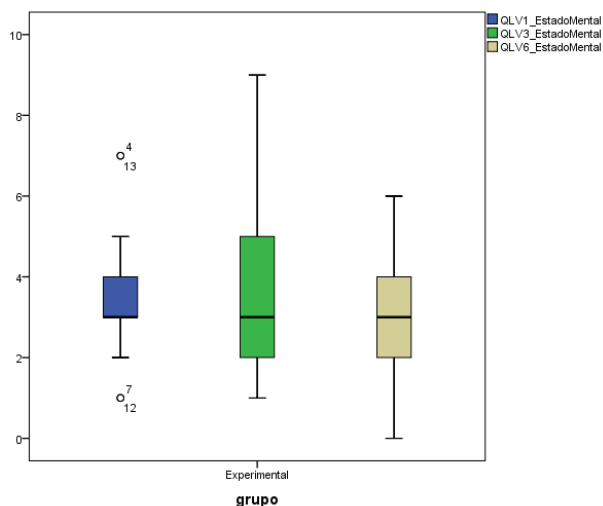
Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na QV do GE ao longo dos 6 meses de intervenção (3 consultas principais) dada a reduzida amplitude de valores que as variáveis apresentam, estas foram consideradas como variáveis qualitativas ordinais e foi aplicado um teste não paramétrico (Teste de Friedman).

Quadro 43 – Teste de Friedman: Estado mental GE

Teste de Friedman	p valor
QLV_Estado Mental	,226

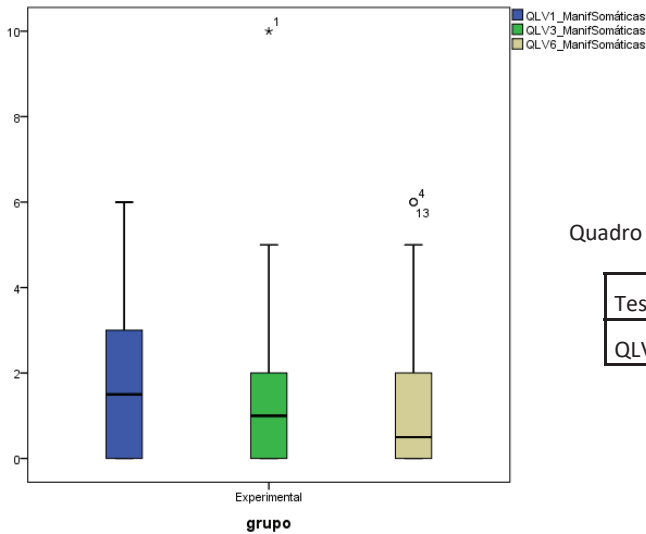
Começamos por analisar os itens relativos ao Estado Mental e constatamos que não se observam diferenças estatisticamente significativas nos scores QLV\_EstadoMental nas 3 consultas ( $p=0.226$ ) (Quadro 43).

Gráfico 5 – Representação da dispersão do score de QV\_Estado Mental



Em relação às Manifestações Somáticas, dada a reduzida amplitude de variação que as variáveis apresentam, considerámo-las qualitativas ordinais e aplicámos um teste não paramétrico (Teste de Friedman).

Gráfico 6 – Representação da dispersão do score de QV\_Manifestações Somáticas



Quadro 44 – Teste de Friedman: Manifestações somáticas GE

Teste de Friedman	p valor
QLV_ManifSomáticas	<b>,898</b>

Analisando os resultados obtidos constatamos que não se observam diferenças estatisticamente significativas nos scores QLV\_Manifestações Somáticas ao longo das 3 consultas pois  $p > 0.05$  ( $p=0.898$ ).

Quanto ao item 17, que analisámos em separado, verificámos que nas 3 consultas apenas se observam os valores 0 e 1 no grupo experimental. Neste sentido optámos por considerá-los como sendo variáveis dicotómicas procurando diferenças significativas entre a proporção de valores 1 ao longo das 3 consultas principais.

Quadro 45 - Teste Q de Cochran: Item 17 MINICHAL GE

Teste Q de Cochran	p valor
Item 17	<b>,607</b>

Através do Quadro 45 verificamos que não se observam diferenças estatisticamente significativas na proporção de valores 1 entre as consultas ( $p=0.607$ ).

Os resultados dos dados analisados anteriormente levam-nos a ter de rejeitar “**H VIII**: Existem diferenças significativas no estilo de vida e na qualidade de vida do GE ao longo de 6 meses.”

Quanto às variáveis quantitativas correspondentes aos parâmetros clínicos avaliados iniciamos a nossa análise com a categorização da TAS e TAD. Recorremos ao teste Q de

Cochran que é usado para determinar se existem diferenças numa variável dependente dicotômica entre três ou mais grupos relacionados.

Quadro 46 – Teste Q de Cochran: TAS ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste Q de Cochran	p valor
TAS	<b>,002</b>

Há diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de indivíduos com tensão arterial sistólica controlada e não controlada ao longo das 6 consultas ( $p=0.002$ ) (Quadro 46). De seguida investigaremos em que pares de consultas essa diferença se verificou.

Tabela 2 – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: TAS

Amostra 1-Amostra 2	t test Statistic	Std. Error	Std. t test Statistic	Sig.	n valor
tas6_Categ-tas5_Categ	,071	,146	,488	,626	1,000
tas6_Categ-tas4_Categ	,286	,146	1,952	,051	,764
tas6_Categ-tas1_Categ	,357	,146	2,440	,015	,220
tas6_Categ-tas3_Categ	,429	,146	2,928	,003	,051
tas6_Categ-tas2_Categ	,500	,146	3,416	,001	<b>,010</b>
tas5_Categ-tas4_Categ	,214	,146	1,464	,143	1,000
tas5_Categ-tas1_Categ	,286	,146	1,952	,051	,764
tas5_Categ-tas3_Categ	,357	,146	2,440	,015	,220
tas5_Categ-tas2_Categ	,429	,146	2,928	,003	,051
tas4_Categ-tas1_Categ	,071	,146	,488	,626	1,000
tas4_Categ-tas3_Categ	,143	,146	,976	,329	1,000
tas4_Categ-tas2_Categ	,214	,146	1,464	,143	1,000

Examinando a Tabela 2 constatamos que as diferenças estatisticamente significativas da TAS se encontram entre a 2ª e a 6ª consulta ( $p=0.010$ ).

Relativamente à TAD, recorreremos, de igual modo, ao teste não paramétrico Q de Cochran para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, quanto à categorização da TAD, dentro do GE ao longo dos 6 meses de intervenção.

Quadro 47 – Teste Q de Cochran: TAD ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste Q de Cochran	p valor
TAD	<b>,152</b>

Quadro 48 – Teste Q de Cochran: PA ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste Q de Cochran	p valor
PA	<b>,416</b>

Como  $p > 0.05$  ( $p=0.152$ ) constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de indivíduos com tensão arterial diastólica controlada e não controlada ao longo das 6 consultas.

No que diz respeito à categorização do PA em “Risco aumentado” e “Risco muito aumentado” verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de indivíduos com risco de perímetro abdominal aumentado e muito aumentado ao longo das 6 consultas ( $p=0.416$ ).

No que concerne ao IMC a análise efetuada, com o intuito de verificar a existência de diferenças significativas no GE ao longo dos 6 meses de intervenção aplicámos o teste de Friedman, utilizado para realizar a análise de variância para amostras emparelhadas comparando três amostras dependentes onde as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Quadro 49 – Teste de Friedman: IMC ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste de Friedman	p valor
IMC	<b>,416</b>

Verificamos, no Quadro 49, que não há diferenças estatisticamente significativas entre o IMC dos elementos do GE ao longo das 6 consultas pois  $p > 0.05$  ( $p=0.416$ ).

Da mesma forma, procurámos a existência de diferenças na classificação do risco associado ao CT, ao longo dos 6 meses de intervenção, no GE, através do teste de Friedman e constatámos que também não há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de colesterol total ao longo das 3 consultas em que ele foi avaliado (1ª, 3ª e 6ª consulta) pois  $p=0.247$  (Quadro 50)

Quadro 50 – Teste de Friedman: CT ao longo dos 6 meses de intervenção

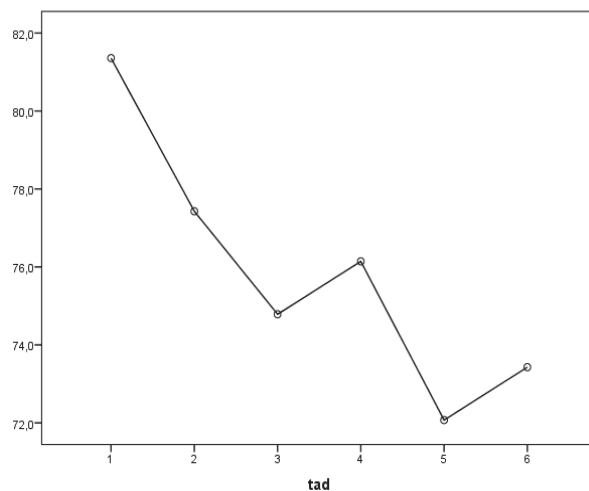
Teste de Friedman	p valor
CT	,247

Após a análise da classificação dos níveis de TAS, TAD, IMC e CT, investigámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos em cada uma das consultas – variáveis quantitativas – ao longo dos 6 meses de intervenção.

Uma vez que as variáveis TAD, PA e IMC seguem distribuição normal aplicámos o teste paramétrico ANOVA medidas repetidas e para as restantes variáveis TAS e CT, como não seguem distribuição normal, aplicámos o teste não-paramétrico Teste de Friedman.

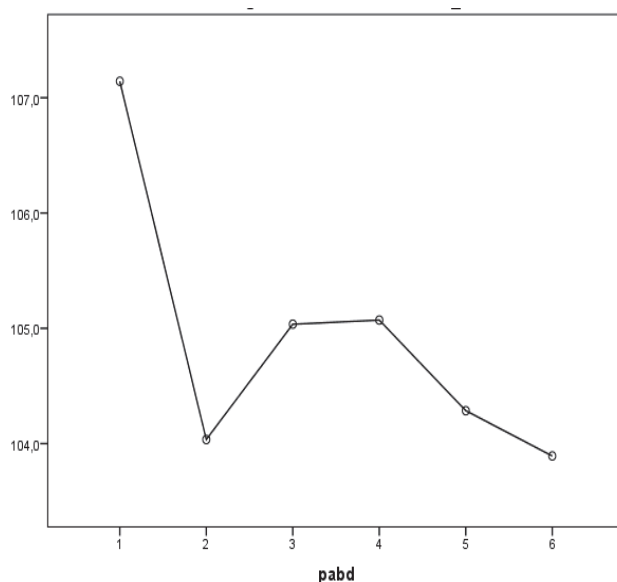
Verificam-se diferenças estatisticamente significativas, representadas no Gráfico 7, nos níveis médios de TAD ao longo das 6 consultas ( $p<0.001$ ), o que se coaduna com a descida dos valores médios de 81,4 mmHg na 1ª consulta para 73,4 mmHg na 6ª consulta. Essas diferenças significativas situam-se entre a 1ª (81,4 mmHg) e 5ª consulta (72,1 mmHg) ( $p= 0.039$ ) e entre a 1ª (81,4 mmHg) e 6ª consulta (73,4 mmHg) ( $p=0.018$ ).

Gráfico 7 – Representação da evolução da TAD ao longo das 6 consultas



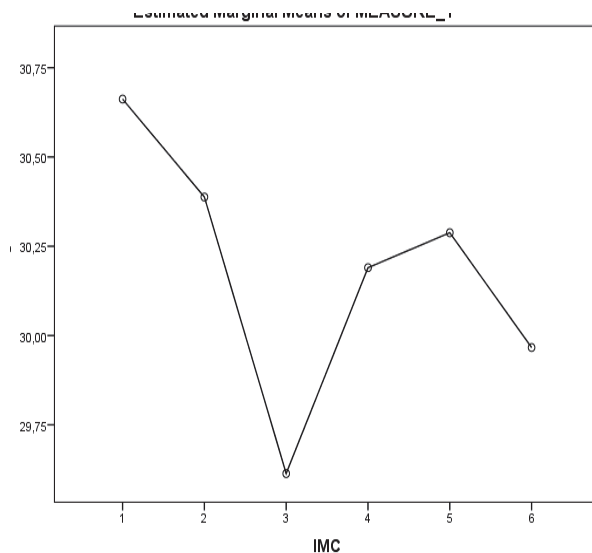
Verificam-se diferenças significativas, conforme o gráfico 8 comprova, nos níveis médios de PA ao longo das 6 consultas ( $p < 0.001$ ) o que está de acordo com a descida dos valores médios de 107,1 cm para 103,9 cm. Essas diferenças significativas situam-se entre a 1ª (107,1 cm) e 2ª consulta (104,0 cm) ( $p = 0.027$ ), entre a 1ª (107,1 cm) e 5ª consulta (104,3) ( $p = 0.006$ ) e entre a 1ª (107,1 cm) e a 6ª consulta (103,9 cm) ( $p < 0.001$ ).

Gráfico 8 – Representação da evolução do PA ao longo das 6 consultas



Através do Gráfico 9 verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as médias do IMC ao longo das 6 consultas pois  $p > 0.05$  ( $p = 0.295$ ).

Gráfico 9 – Representação da evolução do IMC ao longo das 6 consultas



Quadro 51 – Teste de Friedman: TAS ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste de Friedman	p valor
TAS	<b>,001</b>

Em relação à TAS constatamos, segundo o Quadro 51 e o Gráfico 10, que há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de TAS ao longo das 6 consultas ( $p = 0.001$ ), estando concordante com a descida dos valores da mediana. As diferenças estatisticamente significativas são entre os valores da 1ª (Md=138,0 mmHg) e 5ª (Md= 130,0 mmHg) e 6ª consulta (Md= 129,5 mmHg) ( $p = 0.015$  e  $p = 0.013$ , respetivamente) e entre os valores da 2ª (Md= 142,0 mmHg) e 5ª (Md= 130,0 mmHg) e 6ª (Md= 129,5 mmHg) consulta ( $p = 0.031$  e  $p = 0.026$ , respetivamente) (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Evolução da TAS ao longo dos 6 meses de intervenção

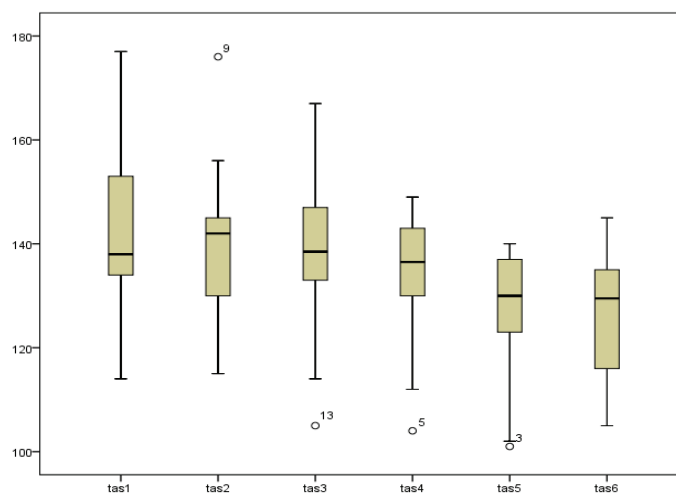
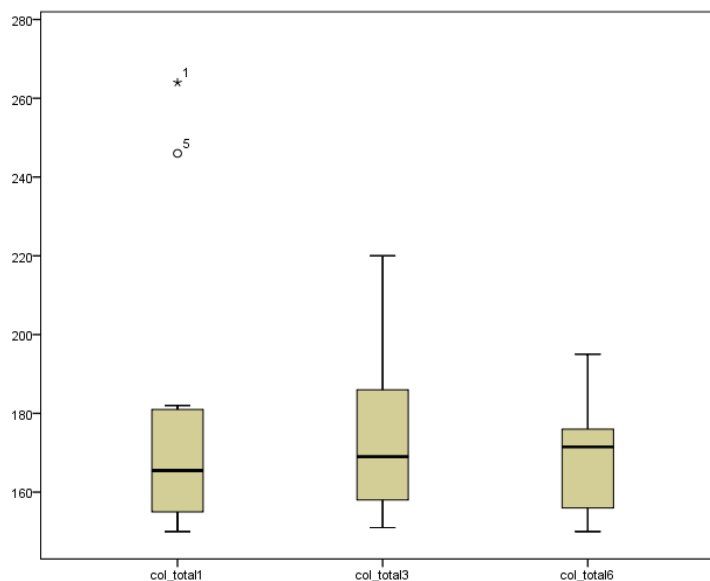


Tabela 3 – Apresentação dos pares de consultas com diferenças estatisticamente significativas: TAS ao longo das 6 consultas

Amostra 1-Amostra 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	p valor
tas6-tas5	,036	,707	,051	,960	1,000
tas6-tas4	1,143	,707	1,616	,106	1,000
tas6-tas3	1,536	,707	2,172	,030	,448
tas6-tas2	2,214	,707	3,131	,002	,026
tas6-tas1	2,357	,707	3,334	,001	,013
tas5-tas4	1,107	,707	1,566	,117	1,000
tas5-tas3	1,500	,707	2,121	,034	,508
tas5-tas2	2,179	,707	3,081	,002	,031
tas5-tas1	2,321	,707	3,283	,001	,015
tas4-tas3	,393	,707	,556	,578	1,000
tas4-tas2	1,071	,707	1,515	,130	1,000

Gráfico 11 – Evolução do CT ao longo das 6 consultas



Quadro 52 – Teste Qui-Quadrado: CT ao longo dos 6 meses de intervenção

Teste Qui Quadrado	p valor
CT	<b>,458</b>

A análise do Quadro 52 e Gráfico 11 revela que não há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de colesterol total ao longo da 1ª, 3ª e 6ª consulta (p=0.458).

Após examinar os resultados obtidos quanto às diferenças estatisticamente significativas no GE ao longo dos 6 meses de intervenção, no que concerne às variáveis TA, PA, IMC e CT, constatamos que houve uma evolução positiva nos níveis médios do PA com uma descida dos mesmos e nos valores de TAS e TAD, ou seja o programa de ensino de Enfermagem estruturado construído e dirigido à nossa amostra teve impacto, entre outros, na variável que consideramos mais importante no nosso estudo – a TA. Quanto ao IMC e ao CT verificámos que não houve diferenças estatisticamente significativas ao longo das 6 consultas realizadas, apesar de ter existido uma redução no valor do peso e do CT do GE, conforme aferido na análise descritiva. Neste contexto temos de rejeitar:

“**H I:** Existem diferenças significativas nos valores de IMC nas pessoas com HTA submetidas a um programa de ensino de Enfermagem estruturado de prevenção da doença cardiovascular (GE) ao longo de 6 meses.”

“H V: Existem diferenças significativas nos valores de CT no GE ao longo de 6 meses.”.

Por outro lado temos de aceitar

“H III: Existem diferenças significativas nos valores de PA no GE ao longo de 6 meses.”.

“H IV: Existem diferenças significativas nos valores de TA no GE ao longo de 6 meses.”

Através da leitura da análise efetuada podemos constatar que obtivemos resultados estatisticamente significativos, entre os grupos, no colesterol total, com o GC a apresentar valor superior e no domínio atividade física/associativismo onde o GE apresenta valores inferiores aos do GC. Por outro lado, alcançámos resultados estatisticamente significativos também na análise longitudinal do GE com melhoria na capacidade de autocuidado terapêutico, na proporção de pessoas com TAS controlada e não controlada e nos valores médios da TAS, TAD e PA. Estes dados corroboram a reflexão feita no capítulo anterior enfatizando a eficácia das intervenções de Enfermagem estruturadas.



#### 4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados da investigação realizada procedemos, neste capítulo, à análise crítica dos mesmos, considerando as hipóteses formuladas, e discutindo-os à luz do enquadramento teórico e da literatura desenvolvida nesta área de conhecimento. A finalidade da discussão é estabelecer relações entre os resultados obtidos e procurar as implicações dos mesmos no problema em estudo.

Pelo referido no enquadramento teórico e do resultado da nossa pesquisa, parece-nos que em Portugal a investigação na área da prevenção da doença cardiovascular é escassa, sendo uma temática pouco estudada, principalmente no que diz respeito às intervenções de enfermagem, no âmbito da prevenção, junto de pessoas com hipertensão arterial (HTA). Neste sentido, a discussão realizada teve como base maioritariamente estudos desenvolvidos noutros países para comparar os resultados obtidos no nosso programa de ensino de enfermagem estruturado com os resultados obtidos nas intervenções por eles apresentadas.

Esta discussão inicia-se com a análise e interpretação da caracterização da amostra e, posteriormente, conduziremos a discussão dos resultados inerentes a cada uma das hipóteses previamente formuladas.

No que diz respeito à *caracterização sociodemográfica* da amostra verifica-se que o sexo masculino predomina face ao sexo feminino com uma percentagem de 69,23% no grupo controlo (GC) e 57,14% no grupo experimental (GE). Estes dados estão de acordo com o estudo de Reveles (2015) onde a maioria dos participantes com doença do aparelho circulatório também era do sexo masculino (69,23% no GE e 72,73% no GC), assim como nos estudos de Cunha (2014), Al-Wehedy et. al (2014) e Macedo (et. al, 2007) realizados na população adulta portuguesa e que determinaram que a prevalência da HTA era, respetivamente, 50,5% no sexo masculino e 49,5% no sexo feminino; de 44,4% nos homens e 40,2% nas mulheres e “ (...) para a idade nos três grupos etários estudados, menores de 35 anos, entre 35 e 64 anos, e com mais de 64 anos, foi de 26.2%, 54.7% e 79% nos homens e 12.4%, 41.1% e 78.7% nas mulheres respectivamente.” (p.22). Também podemos observar este predomínio nos dados do

Instituto Nacional de Estatística (2016) nas taxas de mortalidade padronizadas por doenças do aparelho circulatório (45,1/100000 habitantes – homens, menos de 65 anos – e 1249,0/100000 habitantes – homens, 65 e mais anos) e anos potenciais de vida perdidos (2014, homens – 36271 anos).

Quanto à *idade* verificámos que a média de idade é semelhante entre os grupos sendo no GE de 64,36 (s± 13,62) anos e no GC de 60,36 (s± 10,41) anos com um valor mínimo de 29 anos e máximo de 81 anos. Nos estudos de Reveles (2015), Cunha (2014), Polónia et. al (2014) e Macedo (et. al, 2007) verificamos que a média de idades foi aumentando sendo de 68,08 (s± 11,74) anos no GE e de 67,55 (s± 10,24) anos no GC no primeiro estudo (mínimo 40, máximo 84 anos), de 62,7 anos (mínimo 32 e máximo 96) no segundo, 49,1 (s± 18,0) anos (mínimo 18, máximo 90 anos) no terceiro e 46 anos (mínimo 18, máximo 90 anos) no último estudo. O fator idade é importante pois, tal como referido no estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014, p.67), “A idade é o maior fator de risco para desenvolver hipertensão.” (tradução minha). Segundo Macedo (et. al, 2007) há uma tendência para o aumento da prevalência da HTA com a idade e, de facto, de acordo com Jones et. al (2010 *apud* Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed, 2014), o aumento, a nível mundial, da população idosa está associado com o aumento da prevalência da HTA assim como da mortalidade e morbilidade associadas a complicações cardiovasculares, o que vai de encontro ao nosso estudo onde a idade média dos elementos da amostra ronda os 60 anos.

Continuando a análise das características da amostra, constatámos que, no que concerne ao *estado civil*, existe um predomínio do estado “casado/união de facto” com 23 elementos sendo que, no grupo controlo (GC), corresponde a 84,62% e, no grupo experimental (GE), a 85,71% e que, maioritariamente, os hipertensos vivem com familiares sendo no GC 92,31% e no GE a 92,85%, onde a área de residência em evidência é a área rural (70,37% no GE e 84,62% no GC). Estes dados vão de encontro ao referido no estudo de Reveles (2015) onde a maioria dos participantes estava casado ou em união de facto (63,64% no GC e 61,54% no GE), assim como no estudo de Cunha (2014) e Macedo (et. al, 2007) onde 67,6% e 60,7% dos participantes, respetivamente, eram casados ou viviam em união de facto. Sabemos que o apoio da

família é essencial para que a adesão ao regime terapêutico e as transições ocorridas ao longo da vida sejam bem-sucedidas (Bastos, 2012; ESC, 2012; Cunha, 2014). De acordo com a OE (2012) o exercício profissional de enfermagem também se baseia no estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade e estabelece-se através de uma relação terapêutica caracterizada por uma parceria estabelecida com a pessoa e família/pessoas significativas, que assenta no respeito pelas capacidades e valorização do papel do próprio, auxiliando-o a ser proactivo na promoção e prossecução do seu projeto de saúde.

Relativamente à *escolaridade* verificámos, na análise efetuada, que no grupo controlo (GC) a maioria dos hipertensos possui o 1º ciclo do ensino básico (30,77%) ou o ensino universitário (30,77%) e no grupo experimental (GE) a maioria possui o 1º ciclo de ensino básico (64,29%). Estes resultados estão concordantes com o estudo de Reveles (2015), Cunha (2014), Macedo (et. al, 2007) quanto à predominância do grau de escolaridade 1º ciclo do ensino básico. Segundo Polónia et. al (2014) a predominância de pessoas com um nível educacional baixo (inferior a 6 anos) está associada com maior probabilidade de terem HTA, facto que se verificou no seu estudo e no nosso, onde no GE todos os elementos eram hipertensos e possuíam um nível educacional baixo (4 anos maioritariamente). Estes dados vão de encontro às características da população portuguesa referidas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013), onde é referido que 44% da população possui um grau de escolaridade até ao 1º ciclo do ensino básico. No entanto, estas características são contraditórias com o que a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015) refere quanto à escolaridade da população portuguesa uma vez que menciona que a maioria (75,7%) possui nível educacional alto, o que corresponde ao ensino superior. Tal facto permite-nos refletir sobre a influência que a literacia pode ter na saúde pois, apesar de haver estudos que constataam que pessoas com maior literacia têm menos probabilidade de desenvolver HTA ou de a terem controlada (Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed, 2014), na realidade hoje tanto as pessoas com nível educacional alto ou médio como as de nível baixo apresentam igual probabilidade de ter HTA. Logo constatamos que não basta ter conhecimento, mas é necessário ser acompanhado na mudança de comportamentos,

o que procurámos fazer ao longo do programa de ensino de enfermagem estruturado desenvolvido.

No que diz respeito à *situação profissional* apurámos que, no GC, temos uma maioria de trabalhadores por conta de outrem com 46,15% e no GE a maioria dos hipertensos é reformada (64,29%). Os dados dos estudos consultados relativos à situação profissional apontam para a reforma como a situação mais comum em todos os estudos exceto no estudo de Macedo (et. al, 2007) onde 67,7% dos inquiridos se apresentava profissionalmente ativo. Já no que diz respeito à situação profissional constatamos que a maioria da população é inativa, o que está de acordo com os resultados obtidos nos estudos anteriormente referidos.

Quanto à prevalência dos *fatores de risco cardiovasculares* verificámos que a dislipidémia é o fator de risco com maior predominância nos dois grupos, sendo no grupo controlo (GC) 76,92% e no grupo experimental (GE) 78,57%. Verificamos a concordância destes dados com os estudos de Reveles (2015), Polónia et. al (2014), Cortez-Dias et. al (2009) e Macedo et. al (2008) onde o fator de risco predominante é a dislipidémia, nomeadamente a hipercolesterolemia, com valores de 84,62% (GE), 81,81% (GC), 66,1%, 47% e 68,5%, respetivamente. No que se refere ao *colesterol total* (CT), durante o programa de ensino de enfermagem estruturado aplicado, verificámos no GE uma redução do mesmo entre os três momentos de avaliação o que correspondeu a uma descida de 8,49 mg/dl entre as médias. Na primeira avaliação encontra-se em nível “Bom”, na terceira e sexta consulta em nível “Ótimo”, abaixo de 175 mg/dl – 173,50 mg/dl e 169,08 mg/dl, respetivamente. No GC verificámos um aumento entre os dois momentos de avaliação de 6,07 mg/dl entre as médias. Em ambas as avaliações encontra-se em nível “Bom” - 179,31 mg/dl e 185,38 mg/dl, 1ª e 6ª consulta, respetivamente. De acordo com as diferenças encontradas constatámos que a variável CT, no momento da 6ª consulta, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC ( $p=0.043$ ), sendo o grupo de controlo aquele que apresenta um maior nível de colesterol na 6ª consulta. Isto significa que as hipóteses construídas para avaliação da evolução do colesterol total nos dois grupos (H VII) têm significado estatístico e que a intervenção aplicada teve um efeito positivo no GE com

a descida dos valores de CT ao longo dos 6 meses, comparativamente aos valores de CT do GC. Os resultados do nosso estudo são concordantes com os de outros estudos realizados no mesmo âmbito, nomeadamente, com o estudo de Wood et. al (2008) onde dos doentes com patologia cardíaca cerca de 77% dos elementos do GE atingiu o objetivo de CT <5mmol/l comparativamente a 71% do GC e dos utentes com risco cardiovascular alto cerca de 36% atingiram o objetivo comparativamente a 31% do GC, ao fim de 1 ano de intervenção; o estudo de Jelinek et. al (2009) onde o *COACH-programme* revelou resultados positivos com a descida significativa dos níveis de CT do GE comparativamente ao GC e o estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) onde houve uma diferença de 17,9 mg/dl no CT do GE, comparativamente a uma diferença de 4,35 mg/dl no GC ao fim de 6 meses de intervenção.

Seguidamente, no nosso estudo, surge a *obesidade* com 38,46% no grupo controlo (GC) e 50% no grupo experimental (GE). Com a mesma distribuição no GE encontramos a diabetes com uma prevalência de 50% e no GC de 30,77%. Do mesmo modo nos estudos anteriormente referidos surge a diabetes - 46,15% (GE), 27,27% (GC), 11,4%, 20,6% e 7,8% - e o excesso de peso/obesidade – 15,38% (GE), 45,45% (GC), 62,3, 40,9% e 72%, - como fatores de risco a valorizar e com uma prevalência alta na população portuguesa, respetivamente, de acordo de Reveles (2015), Polónia et. al (2014), Cunha (2014), Macedo et. al (2008) e Macedo et. al (2007). Constatámos, no estudo realizado, que apesar da maioria dos elementos da amostra considerar que tem um peso normal, tal não é real pois, no GE, todos apresentam excesso de peso ou obesidade e, no GC, apenas 2 elementos têm peso normal. Conforme o estudo de Polónia et. al (2014) o excesso de peso é o fator de risco modificável com maior e mais forte correlação com a HTA o que realça a importância de alertar as pessoas para a necessidade do controlo do peso como meio para atingir o controlo da TA.

Quanto aos *antecedentes familiares* constatamos que todos os elementos, quer do GC quer do GE, têm familiares diretos (pais, avós ou irmãos) com história de eventos cardiovasculares ou fatores de risco cardiovasculares. Este facto é semelhante ao estudo de Reveles (2015) e Polónia et. al (2014), onde cerca de 38,46% dos elementos no GE e 54,55% no GC e 62,8% dos indivíduos estudados apresenta história familiar de

doença cardiovascular ou de presença de fatores de risco de doença cardiovascular, respetivamente. No estudo de Cunha (2014) cerca de metade dos inquiridos também referiu antecedentes de doença cardiovascular o que também corrobora os resultados anteriores.

No que diz respeito à *atividade física* verificámos que, entre os grupos, na primeira avaliação, 11 elementos em cada grupo realizam atividade física (78,57% - GE; 84,62% - GC), enquanto, na última avaliação, no GE todos os elementos praticam atividade física (100%), havendo assim uma melhoria importante, enquanto no GC se mantêm os 11 elementos. Quanto à frequência de realização de atividade física constatamos que no GE, na primeira avaliação, a frequência “Todos os dias” é a que mais prevalece com 5 elementos (35,71%) e no GC, na primeira avaliação, a frequência que predomina é “Três a quatro vezes por semana” com 4 elementos (30,77%). No momento da última avaliação, aos 6 meses, no GE, verificamos que a frequência de atividade física que predomina é a “Três a quatro vezes por semana” com 5 elementos (35,71%) e no GC a frequência com maior número de elementos mantém-se a mesma. Apesar de, no GE, a frequência de realização de atividade física ter diminuído, aumentou o número de elementos que a praticam o que demonstra efetividade do programa implementado. Da mesma forma, no estudo de Reveles (2015), Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) e Wood et. al (2008) houve um aumento do número de participantes do estudo a realizar atividade física após a intervenção de enfermagem estruturada.

As modificações no *estilo de vida* são fatores documentados na maioria dos estudos como principais protetores da saúde, auxiliando na prevenção e controle da HTA e, conseqüentemente, das doença cardiovascular (Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed, 2014; Wood et. al, 2008). Segundo a DGS (2015,p.8) “A promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde.” e Portugal faz parte dos 28 países da Europa que participaram no estudo Eurobarómetro onde a população pratica menos atividade física (68% nunca praticou desporto ou exercício físico) (*idem*). Assim, é de sublinhar que a melhoria do número de elementos da nossa amostra a realizar atividade física foi um resultado sensível à intervenção de enfermagem desenvolvida.

Segundo a DGS (2015) tem havido uma evolução positiva na generalidade dos indicadores de saúde, demonstrada pelas tendências graduais do aumento da esperança de viver à nascença, aos 45, aos 65 e aos 75 anos, e não só o aumento do número de anos de vida, como também da qualidade de vida e vida saudável. Tem-se constatado que os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos, na população portuguesa, são os hábitos alimentares inadequados (19%), a hipertensão arterial (17%), o índice de massa corporal elevado (13%) e o tabagismo (11%) (DGS, 2015). Neste sentido, de acordo com a mesma fonte, “ (...) são muitos os autores que consideram que 25% das causas da morte prematura podem ser evitadas.” (p.9). Assim reduzir a morte prematura é o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020 que assenta essencialmente ao nível da prevenção e “Destacam-se como medidas essenciais, a redução do sal na alimentação, a redução do tabagismo, a promoção do exercício físico e a promoção do envelhecimento saudável e, paralelamente o rastreio/monitorização/vigilância no que respeita aos tumores, hipertensão arterial, complicações da diabetes e, ainda, excesso de peso.” (DGS, 2015, p.9).

Dando continuidade ao explicitado anteriormente, procurámos, no programa de ensino de enfermagem aplicado educar para e obter resultados no âmbito dos fatores de risco e das medidas de prevenção mencionadas.

No que diz respeito à evolução dos *dados antropométricos* verificámos que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, quer no grupo experimental (GE) quer entre os grupos, houve uma descida da média do peso do GE, nos 3 momentos de avaliação, de 81,77Kg para 80,41Kg, com um peso mínimo de 59Kg, 58,90Kg e 58,40Kg e um peso máximo de 96,60Kg, 94,80Kg e 95,50Kg, respetivamente, em cada consulta, o que significa uma perda de peso médio de 1,36Kg, com uma diferença de 0,6Kg no peso mínimo e de 1,1Kg no peso máximo e que no grupo controlo (GC) a média do peso entre os 2 momentos de avaliação teve uma redução de 0,65Kg, com uma descida do peso médio de 82,62Kg para 81,97Kg, com um peso mínimo de 58,50Kg na 1ª consulta e 59,40Kg na última consulta e um peso máximo de 101Kg na 1ª consulta e de 101,90Kg na última consulta. Constatámos assim que houve uma perda de peso

média superior no GE, existindo um aumento do peso mínimo e do peso máximo no GC.

A redução ponderal ocorrida teve influência no *Índice de Massa Corporal* (IMC) do grupo experimental (GE) com uma média inicial de 30,66 Kg/m<sup>2</sup> que reduziu para 30,16Kg/m<sup>2</sup>. Apesar de se manter na categoria de “Obesidade Grau I”, houve uma descida de 0,5Kg/m<sup>2</sup> entre os 3 momentos de avaliação. Já no grupo controlo (GC) traduziu-se num IMC médio de 28,56 Kg/m<sup>2</sup> na 1ª consulta e de 28,33Kg/m<sup>2</sup> na última consulta, o que significa uma redução de 0,23 Kg/m<sup>2</sup> entre avaliações e que se encontra na categoria “Pré-obesidade”. Houve um aumento do IMC mínimo e IMC máximo o que está de acordo com o aumento do peso neste grupo. Apesar de as hipóteses (H I e H II) construídas para avaliar a evolução do IMC (não terem significado estatístico, constatamos que a redução do IMC superior no GE em relação ao GC está de acordo com a perda de peso ocorrida.

Relativamente ao *perímetro abdominal* (PA) no GE averiguámos que houve uma redução de 2,82 cm entre a média da 1ª consulta e a média da 6ª consulta com uma descida do PA máximo de 119 cm para 116 cm, o que significou uma redução de 3 cm. No GC averiguámos que houve uma redução de 0,88 cm entre a média do PA da 1ª consulta e a média da 6ª consulta com uma redução de 1cm no PA mínimo e um aumento de 0,5 cm no PA máximo. Assim, constatámos que não houve diferenças estatisticamente significativas quanto ao PA entre o GE e o GC. No que diz respeito à categorização do PA em “Risco aumentado” e “Risco muito aumentado”, no GE, verificámos que não havia diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de indivíduos com risco de perímetro abdominal aumentado e muito aumentado ao longo das 6 consultas, no entanto, verificámos que existiram diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de PA ao longo das 6 consultas ( $p < 0.001$ ), o que está de acordo com a descida do PA médio de 2,82 cm.

Os resultados anteriormente apresentados estão de acordo com os estudos consultados que confirmam as modificações antropométricas após as intervenções aplicadas para modificação do estilo de vida e melhoria dos hábitos de vida, nomeadamente, o estudo de Reveles (2015) que obteve diferenças estatisticamente

significativas no IMC (uma redução da média do IMC no grupo experimental de 26,73 para 26,36 e um aumento da média do IMC no grupo controlo de 30,15 para 30,82) e no PA entre o GE e o GC (apresentando os elementos do GE médias de PA significativamente mais baixas - 94,38 - comparativamente com as do GC - 104,09); o estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) que aplicou uma intervenção para alterações do estilo de vida com o intuito de avaliar o impacto no controlo da HTA entre adultos mais velhos e verificou que o IMC desceu significativamente no GE em comparação com o GC; o estudo de Jelinek et. al (2009) onde com a aplicação do *COACH-programme* obteve uma redução significativa do peso e IMC do GE ao longo de 2 anos de intervenção com modificações dos hábitos alimentares e de atividade física; o estudo de Wood et. al (2008) onde se verificou que a intervenção de enfermagem em doentes com patologia cardíaca e pessoas com risco de a desenvolver obteve resultados positivos com a descida do peso e, conseqüentemente, do IMC no GE após 1 ano de intervenção, embora esta não fosse estatisticamente significativa.

Na análise efetuada constatámos que apesar de, quando questionados, apenas 35,46% das pessoas do GC e 50% das pessoas do GE referirem ser obesas, nenhum dos elementos do GE apresentava peso normal e apenas 15,38% dos elementos do GC apresentava peso normal, sendo que os restantes se distribuíam pelos diferentes níveis de pré-obesidade e obesidade. Estamos convictas que esta perceção errada do peso é intrínseca à sociedade atual uma vez que, segundo a DGS (2015) o excesso de peso é um problema que atinge mais de 35% das crianças em Portugal e que na população adulta atinge os 54% com 14% para a obesidade. Isto implica a necessidade de modificar o pensamento, através da transmissão de conhecimento, para se obter a alteração de comportamentos no que diz respeito ao sedentarismo e ao excesso de ingestão de calorias que explicam os altos índices de prevalência do excesso de peso (DGS, 2015).

No que diz respeito aos *parâmetros clínicos* avaliados verificámos que a *TA sistólica* (TAS) média do GE apresentou uma redução de 16,5 mmHg assim como a *TA diastólica* (TAD) média que teve uma redução de 7,93 mmHg entre a 1ª e a 6ª consulta. Esta descida das médias da TA conduziram à alteração da classificação da TA com a média

inicial da TA sistólica de 141,93 mmHg classificada como “HTA Grau I” e a média inicial da TA diastólica de 81,36 mmHg classificada como “Normal”, enquanto na última consulta o valor de TA sistólica média de 125,43 mmHg é classificado como “Normal” e o valor de TA diastólica média de 73,43mmHg é classificado como “Ótima”. Esta evolução positiva verificou-se com os resultados de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de TAS ao longo das 6 consultas ( $p=0.001$ ), entre os valores da 1ª (Md=138,0 mmHg) e 5ª (Md=130,0 mmHg) e 6ª consulta (Md=129,5 mmHg) ( $p=0.015$  e  $p=0.013$ , respetivamente) e entre os valores da 2ª (Md=142,0 mmHg) e 5ª (Md=130,0 mmHg) e 6ª (Md=129,5 mmHg) consulta ( $p=0.031$  e  $p=0.026$ , respetivamente) e entre os níveis médios de TAD ao longo das 6 consultas ( $p<0.001$ ), com diferenças significativas entre a 1ª (81,4 mmHg) e 5ª consulta (72,1 mmHg) ( $p=0.039$ ) e entre a 1ª (81,4 mmHg) e 6ª consulta (73,4 mmHg) ( $p=0.018$ ).

No grupo controlo (GE) apurámos que houve uma tendência de redução semelhante com a média da TA sistólica e diastólica a descer, da primeira para a última consulta, 8 mmHg e 7 mmHg, respetivamente. Classificando os valores médios obtidos constatámos que na 1ª consulta a TA sistólica era classificada como “Normal Alta” e a diastólica como “Normal” e na 6ª consulta a TA sistólica era classificada como “Normal” e a diastólica como “Ótima”. Apesar de haver diferenças entre o grupo experimental (GE) e o grupo controlo (GC) no que diz respeito aos valores da TA verificámos que estas não são estatisticamente significativas, assim como as diferenças entre a proporção de elementos com a TA controlada e não controlada.

Também no estudo de Reveles (2015) se verificou no GE um aumento dos doentes com TA controlada contudo, apesar de se verificar um predomínio de TA controlada no GE, esta associação não era estatisticamente significativa. Já no estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) a TAS e TAS desceu significativamente no GE ao fim de 6 meses de intervenção com uma redução de 9,46 mmHg na TAS e de 8,57 mmHg na TAD assim como no estudo de Wood et. al (2008) onde o objetivo de TA<140/90 mmHg foi atingido com diferenças estatisticamente significativas, ao fim de 1 ano de intervenção, por 65% dos doentes com patologia cardíaca do GE *versus* 55% do doentes do GC e por 58% das pessoas com risco cardiovascular do GE *versus* 41% das

peessoas do GC. No estudo de Jelinek et. al (2009), ao fim de 2 anos de *COACH-programme* 80% dos elementos do grupo submetido a intervenção atingiram o objetivo de TA <140/90 mmHg.

Sabemos que a HTA é o fator de risco modificável mais importante para as doenças cardiovasculares e ainda constitui o 2º fator de risco que contribui para o total de anos de vida saudável perdidos na população portuguesa estando a seguir aos hábitos alimentares inadequados (19%) com 17% (DGS, 2015). Neste sentido o controlo da HTA é de extrema importância e foi um objetivo atingido com a implementação deste programa.

Para além dos factos apresentados anteriormente, de acordo com os estudos de Macedo et. al (2007) e de Polónia et. al (2014) houve uma evolução positiva na população hipertensa que conhece o seu estado de 46,1% para 76,6% assim como nos hipertensos que têm a doença controlada com um aumento de 11,2% para 42,5%. A percentagem de hipertensos medicados também aumentou de 39% para 74,9%. Estes resultados mantêm a HTA como muito prevalente em Portugal. No entanto, as percentagens de conhecimento, tratamento e controlo da HTA são superiores a anos anteriores o que nos leva a crer que as estratégias nacionais desenvolvidas para melhorar a prevenção, a deteção e o tratamento da HTA em Portugal como a redução do sal no fabrico do pão e as campanhas e programas de incentivo à atividade física têm sido eficazes. Consideramos assim que as hipóteses construídas para avaliação da evolução da TA (H IV e H V) têm significado estatístico e que o programa de ensino estruturado de enfermagem aplicado é uma das medidas que poderá ser adotada como estratégia de prevenção e controlo da HTA visto ter havido melhorias significativas no grupo submetido à intervenção.

No que diz respeito à *frequência cardíaca* (FC) optámos proceder à sua avaliação com o intuito de detetar alterações do ritmo (taqui ou bradicardia), importantes, por exemplo, no caso de um elemento do GE que estava medicado com um antiarrítmico e que apresentava sistematicamente bradicardia com sintomas como cansaço fácil. A situação foi explorada nas consultas e detetou-se que a dose da medicação que este elemento estava a tomar era o dobro da prescrita por engano na venda do

medicamento na farmácia. Foi então orientado para marcar consulta com a cardiologista e a dose foi reajustada com efeito imediato nos valores da FC e na regressão dos sintomas demonstrados. O exemplo aqui apresentado reforça a importância do processo de tomada de decisão do enfermeiro onde são identificadas as necessidades de cuidados da pessoa e prescritas as intervenções de enfermagem com o intuito de “ (...) evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (OE, 2012), neste caso a necessidade de ser encaminhado, de acordo com o Artigo 83º alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro, para o médico cardiologista. O enfermeiro, ao ser o profissional que acompanha com maior proximidade a pessoa, será o mais apto para detetar eventuais problemas relacionados com aspetos como, no caso apresentado, o regime terapêutico implementado.

À semelhança da FC, optámos por analisar os dados relativos à *glicémia capilar* (BMT) apenas de forma descritiva, uma vez que é um parâmetro que não entra no cálculo do risco cardiovascular (SCORE), mas está associada a um dos fatores de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos, na população portuguesa - os hábitos alimentares inadequados – e a uma das medidas preventivas mais importantes - a promoção da atividade física (DGS, 2015).

Constatámos anteriormente que, no grupo experimental (GE), a diabetes tem uma prevalência superior em relação ao grupo controlo (GC) sendo o 3º fator de risco cardiovascular a surgir com maior % conforme explicitado nos estudos de Reveles (2015), Polónia et. al (2014), Cunha (2014), Macedo et. al (2008) e Macedo et. al (2007). Verificámos no GE um aumento da média da BMT da 1ª para a 3ª consulta e uma redução da 3ª para a 6ª consulta, sendo que, considerando os valores de glicémia pós-prandial normais quando inferiores a 140 mg/dl constatámos que em todos os momentos de avaliação os valores estiveram acima dos valores pretendidos. De igual modo, também no GC, houve uma diminuição da média dos valores da glicémia capilar, contudo os valores obtidos encontravam-se dentro dos parâmetros considerados normais. É importante não esquecer que o número de elementos diabéticos no GE é superior ao GC o que tem influência nos resultados obtidos. Assim

apurámos na análise efetuada que na 6ª consulta houve uma evolução positiva no que diz respeito a glicémia controlada com 64,29% comparativamente a 35,71% que não têm glicémia controlada. No GC a evolução também foi positiva embora numa escala menor.

Como referido anteriormente neste trabalho, o objetivo de avaliar estes parâmetros clínicos é, não só, avaliar a sua evolução individual ao longo dos 6 meses de intervenção, mas também com a sua conjugação estimar o risco absoluto de desenvolver um evento cardiovascular a 10 anos. Esta classificação foi realizada através da tabela “Risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos” (SCORE) (DGS, 2015) para facilitar o cálculo e a avaliação da sua evolução. Optámos pela abordagem do risco cardiovascular com base em tabelas visto permitir explicar à pessoa de forma mais simples a influência das intervenções desenvolvidas no risco de desenvolver doença cardiovascular, motivando-o para mudar o seu comportamento e hábitos menos saudáveis. A Norma da DGS (nº 005/2013 de 19/03/2013 atualizada 21/01/2015) refere ainda que pessoas com outros fatores de risco associados podem ser classificadas em quatro níveis de risco CV (Muito Alto, Alto, Moderado e Baixo), alguns sem necessidade de aplicar o SCORE. Foi, no entanto, ressalvado o fator idade com a utilização da tabela “Risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para sexo feminino e masculino” quando apropriado e que o programa de ensino aplicado tinha em consideração o risco cardiovascular global decorrente da coexistência de diferentes fatores de risco, lesões de órgãos e doenças associadas, incidindo os ensinamentos realizados nos mesmos (DGS, 2011).

Neste contexto verificámos que a média do índice SCORE no grupo experimental (GE) apresentou uma descida de 5,54% para 4,85% passando de um “risco CV Alto” para um “risco CV Moderado”, enquanto no grupo controlo (GC) a média do SCORE aumentou de 4,64%, correspondente a um “risco CV Moderado”, para 6,09%, correspondente a um “risco CV Alto”. Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos e analisados anteriormente, uma vez que houve uma evolução positiva na TA e no CT, os dois parâmetros que podem variar de forma mais rápida e frequente no cálculo do

SCORE melhorando ou agravando o seu valor final. Esta evolução é concordante com a descrita na literatura consultada, como é o caso do estudo de Jorstad *et. al* (2013), onde o estudo randomizado, multicêntrico, de prevenção secundária da doença cardiovascular em doentes após síndrome coronário agudo, desenvolvido na Holanda, coordenado por enfermeiros e baseado no acompanhamento por consultas de enfermagem (4 consultas durante 6 meses e reavaliação aos 12 meses), obteve uma média do índice SCORE no GE de 4,4% comparativamente à média de 5,4% no GC, após 12 meses de acompanhamento.

Até ao momento refletimos sobre os resultados obtidos face aos parâmetros clínicos avaliados e qual a sua importância na prevenção e controlo da HTA. Constatámos que a modificação do estilo de vida está na base de muitas das mudanças, nomeadamente, da redução do IMC e do PA, no controlo da TA e do CT, através da alteração dos hábitos alimentares e de atividade física, por exemplo. Assim sendo, analisaremos e refletiremos agora sobre quais os resultados obtidos face às hipóteses relacionadas com o estilo de vida e a qualidade de vida da amostra estudada (H VIII e H IX).

Estes aspetos foram estudados com base em instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa e foram preenchidos por cada um dos elementos constituintes dos nossos grupos – GE e GC – ou seja foram autopreenchidos.

Em relação ao *estilo de vida* (EV) verificámos que a média do score dos 2 grupos se situa na classificação de um comportamento “Muito Bom” ao longo dos 6 meses, sendo que no grupo experimental (GE) evoluiu de 97,43 para 97,57 pontos e no grupo controlo (GC) de 97,23 para 98,77 pontos. Os valores mínimos e máximos também oscilaram sendo que no GE o mínimo apresentou uma subida entre a 1ª e a 3ª consulta e uma descida entre esta e a 6ª consulta, mantendo-se na classificação de comportamento “Bom” e no GC desceu de 78 para 76 pontos mantendo-se na mesma classificação. Os valores máximos no GE desceram gradualmente ao longo dos 6 meses estando enquadrados na classificação de comportamento “Excelente” e no GC subiram de 112 para 116 pontos estando na mesma classificação. Ao analisarmos cada domínio da escala em particular averiguámos que, apesar de haver pequenas oscilações nos seus scores, as diferenças maiores verificaram-se nos domínios “Atividade

física/Associativismo” e “Nutrição” com uma subida no GE de 6,7 para 7,14 e 7,6 pontos para 8,14 e no GC uma descida de 8,9 para 8 pontos e uma subida de 6,9 para 7,54 pontos, respetivamente em cada domínio. Apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas no domínio da atividade física e associativismo (A) entre o GE e GC na 6ª consulta ( $p=0.038$ ), sendo no grupo de controlo que os scores se apresentam mais altos, apesar de terem apresentado uma descida, contrariamente ao que aconteceu no GE. Isto leva-nos a constatar no que diz respeito às hipóteses construídas para avaliação da evolução do EV que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas no score total do Questionário de Estilo de Vida Fantástico (QEVF), o programa de ensino aplicado teve um impacto positivo na promoção da atividade física entre os elementos do GE o que vai de encontro ao referido anteriormente visto, por um lado, a frequência de realização de atividade física ter diminuído no GE, mas por outro lado ter aumentado o número de elementos que a praticam. Estes dados são corroborados pelos estudos de Reveles (2015), Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) e Wood et. al (2008) onde houve um aumento do número de participantes do estudo a realizar atividade física após a intervenção de enfermagem estruturada. Para além deste fator, estamos convictas que a diminuição do perímetro abdominal e do Índice de Massa Corporal também esteve associada à adoção de um estilo de vida mais saudável. Assim, o facto de ter havido uma mudança num hábito de vida, protetor da saúde – a atividade física e os hábitos alimentares – é um prenúncio de uma melhoria no estilo de vida (DGS, 2015). Tal e qual como no nosso estudo também no estudo de Jelinek et. al (2009) houve melhoria dos padrões alimentares com uma redução do consumo de sal e gordura após a intervenção realizada, o que conduziu à redução do peso e, conseqüentemente, do IMC. Da mesma forma o estudo de Reveles (2015) revelou que, após os 6 meses de acompanhamento, houve um aumento estatisticamente significativo do score de estilo de vida no GE, observando-se uma evolução positiva dos scores desde o primeiro momento de avaliação antes do início do programa, progressivamente até último momento de avaliação enquanto no caso do GC não verificaram qualquer diferença estatisticamente significativa ao nível do estilo de vida.

Segundo Brito et. al (2008, p.933) “ (...), no acompanhamento à saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vista à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui uma decisão pessoal.”. Em associação com esta decisão pessoal surge a percepção ter ou não uma doença, pelo que as pessoas com a TA alta, do seu ponto de vista, uma vez que a sua *qualidade de vida* (QV) não está afetada, não estão doentes, até os alertas do médico o preocuparem e a HTA começar a exercer um efeito nefasto na sua QV (Silva e Caramona, 2014). Neste sentido a HTA, a sua prevenção e o seu tratamento podem, ou não, ter influência na QV da pessoa, tendo, por essa razão, constituído objeto de estudo nesta investigação.

No presente estudo o score total da QV no grupo experimental (GE) foi em média 5,64 pontos com mínimo de 1 e máximo de 13 no momento da 1ª consulta; média 5,93 pontos com mínimo de 2 e máximo de 19 no momento da 3ª consulta e média 4,79 pontos com mínimo de 0 e máximo de 12 no momento da 6ª consulta. Uma vez que para valores aproximados de zero corresponde uma melhor percepção de QV e sendo que o valor máximo do score do MINICHAL é de 51 pontos, podemos constatar que existe uma boa percepção de QV para o GE ao longo dos 3 momentos de avaliação sendo que houve uma ligeira melhoria ao longo dos 6 meses. No que diz respeito ao grupo controlo (GC) verificamos que o score total da QV foi em média 5,38 pontos com mínimo de 0 e máximo de 15 no momento da 1ª consulta e média 5,54 pontos com mínimo de 2 e máximo de 11 no momento da 6ª consulta, o que significa que os seus elementos também têm uma boa percepção de QV. A média do score da última consulta do GC foi ligeiramente superior à média do score do GE, o que significa que, apesar de as hipóteses construídas para avaliação da evolução não terem significado estatístico, os elementos do GC têm uma percepção de boa qualidade de vida ligeiramente inferior à dos elementos do GE.

Estes resultados são corroborados pelo estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) onde os scores totais e de cada dimensão particular do estilo e qualidade de vida avaliados, designadamente, responsabilidade com a saúde, atividade física, hábitos alimentares, crescimento espiritual, relações interpessoais e estratégias de

coping, apresentaram uma melhoria significativa no GE no final dos 6 meses de acompanhamento.

O tratamento da HTA engloba, não só, mas também, medidas farmacológicas, pelo que a *adesão ao regime terapêutico*, para que o controlo dos valores da TA seja eficaz, é fundamental para a redução da morbi-mortalidade cardiovasculares. Neste contexto em relação às hipóteses construídas para avaliação da evolução da adesão ao regime terapêutico (H X e H XII) verificámos que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, o score médio máximo no grupo experimental (GE) foi de 5,74 pontos na 3ª consulta, enquanto no grupo controlo (GC) foi de 5,64 pontos na 1ª consulta, o que mostra que o score médio total da escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) foi superior no GE ao longo dos seis meses de intervenção. Da mesma forma, também os valores mínimos da escala apresentaram, no GE, uma subida ao longo dos três momentos de avaliação. Quanto à classificação dos elementos dos grupos em “aderentes” e “não aderentes” constatamos que, assim como referido anteriormente, foi o GE que apresentou melhor evolução na adesão ao regime terapêutico com um total de aderentes 57,14% na 1ª consulta e de 71,43% na última consulta. No GC não houve evolução mantendo-se o número de aderentes em 38,46% e não aderentes em 61,54% na 1ª e na 6ª consulta.

A literatura diz-nos que a adesão ao regime terapêutico com o objetivo de prevenir a doença cardiovascular baixa para menos de 50% até ao final do primeiro ano de tratamento, sendo que a não adesão inclui não só doentes que deixam de tomar a medicação na sua totalidade, como também aqueles que não tomam a medicação nem na dose nem nos intervalos prescritos (Santos *et. al*, 2010). No caso da HTA é o seu controlo 24 horas por dia que reduz o risco cardiovascular, no entanto, estima-se que a adesão ao regime terapêutico das pessoas com HTA se situe entre 50 e 70%, sendo uma das principais causas de HTA não controlada (Pinto e Pisco, 2007). No nosso estudo verificámos que os elementos do GE melhoraram o seu grau de adesão ao contrário do que nos diz a literatura sobre o desfecho mais provável. Tal está de acordo com o estudo de Reveles (2015) onde se verificou um aumento estatisticamente significativo na adesão à terapêutica farmacológica ao longo dos 6

meses de acompanhamento no GE. Contudo, quando se procedeu à comparação entre os grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Para que a adesão ao regime terapêutico seja um sucesso é primordial investir na educação pois os estudos consultados evidenciam que pessoas com baixa literacia em saúde têm menor capacidade para compreender a informação fornecida pelos profissionais de saúde sobre fármacos; baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, assim como comportamentos risco; uso excessivo de serviços de saúde ou ineficácia para lidar com situações de emergência. Isto significa, como constatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), que um nível baixo de literacia está associado a taxas de hospitalização mais elevadas, diminuição da utilização de medidas preventivas e fraca adesão aos regimes terapêuticos (Santos, 2010; Santos *et. al* (2010). No estudo de Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) comprovou-se existir uma correlação forte e significativa entre a aquisição de conhecimento e a adoção de um estilo de vida saudável, fator indicativo de que os indivíduos que têm maior literacia têm maior probabilidade de ter uma função cognitiva mais desenvolvida permitindo-lhes compreender melhor a necessidade de modificar o seu estilo de vida e estando mais motivados para aderir ao regime terapêutico.

No presente estudo em relação às hipóteses construídas para avaliação da evolução da *literacia e HTA* (V XIII e H XIV) verificámos que ambos os grupos apresentaram um declínio ao longo dos 6 meses de acompanhamento. No GE houve uma melhoria entre a 1ª e a 3ª consulta, deixando de existir elementos não aderentes e passando a ter 100% de aderentes (100% de repostas certas) e depois um declínio entre a 3ª e a 6ª consulta com 78,57% aderentes e 21,43 não aderentes. No GC houve um aumento do número de não aderentes passando de 7,69% a 30,77%. Logo, apesar de ter existido um decréscimo na % de elementos aderentes no GE, constatámos que esse decréscimo foi superior no GC, pelo que o programa de ensino aplicado apresentou um impacto positivo, embora a relação prevista pela hipótese construída não tenha sido verificada.

Relativamente à percentagem de respostas certas no questionário de V/F para avaliação da literacia em HTA verificámos que todos obtiveram pontuação superior a 50%, tendo a % mínima aumentado entre a 1ª e a última consulta de 76,19% para 80,95%. No GE o número de elementos que obtiveram uma pontuação de 100% subiu de 3 elementos para 7 elementos enquanto no GC subiu de 5 para 6 elementos, ou seja, a literacia em HTA do GE teve uma evolução positiva mais significativa ao longo dos seis meses de intervenção. Esta evolução está coerente com o Teste de Batalla-Martinez onde, apesar de ter havido um declínio, o GE teve resultados melhores que o GC, no que diz respeito ao número de elementos classificados como não aderentes.

Tendo em consideração os resultados obtidos podemos dizer que foi possível obter resultados positivos ao nível da prevenção e controlo da HTA, através do contributo que a literacia pode trazer para o controlo de fatores de risco cardiovasculares, melhoria do estilo e qualidade de vida, adesão ao regime terapêutico e capacidade de autocuidado terapêutico à semelhança do que se verificou em outros estudos como é o caso do estudo de Reveles (2015) e Al-Wehedy, Elhameed e El-Hameed (2014) e que, apesar de permanecer inexistente a combinação ótima de intervenções, sobretudo, o conteúdo, modo de aplicação, frequência e duração, uma intervenção intensiva mais próxima da pessoa e adaptada à sua situação, com consultas regulares contribuiu para melhorar o controlo de fatores de risco (ESC, 2012).

Depois de avaliarmos o nível de adesão ao regime terapêutico e a literacia passamos a apresentar a interpretação dos resultados obtidos face à *capacidade de autocuidado terapêutico* onde o cumprimento das medidas farmacológicas e não farmacológicas, como é o caso das modificações do estilo de vida, está incluído. Esta avaliação foi realizada através da aplicação do Instrumento de Autocuidado Terapêutico (IAT) e analisando o score médio desta escala constatámos que houve uma evolução positiva da capacidade de autocuidado terapêutico em ambos os grupos, sendo mais evidente no grupo experimental (GE) com o score médio a subir de 56 para 59 pontos, com maior homogeneidade dos valores em torno da média, o valor mínimo a subir de 48 para 56 pontos e o valor máximo a manter-se nos 60 pontos. No GC o score médio apresentou uma subida de 2 pontos de 56 para 58 e o valor mínimo subiu de 40 para

51 pontos. À semelhança da Medida de Adesão aos Tratamentos verificámos que ambos os grupos possuem capacidade de autocuidado terapêutico, tendo havido uma melhoria mais evidente no GE ao longo do acompanhamento nos seis meses conforme evidenciado na análise inferencial que revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos scores IAT nas 3 consultas ( $p=0.001$ ). Estas foram observadas entre a 3ª e 6ª consulta ( $p=0.002$ ), atingindo o valor mediano de 48.60 na 3ª consulta e de 60.0 na 6ª consulta. Isto significa que a relação prevista na hipótese formulada para avaliar a evolução na capacidade de autocuidado terapêutico do GE ao longo de 6 meses é verdadeira (H XI). Assim podemos constatar que a intervenção aplicada teve um efeito positivo na melhoria da capacidade de autocuidado terapêutico dos elementos do GE.

Terminando a discussão verificámos que o programa de ensino de Enfermagem estruturado aplicado teve resultados mais positivos, apesar de nem todos serem estatisticamente significativos, na melhoria dos fatores de risco do grupo experimental em comparação com os do grupo controlo. Houve evolução positiva entre grupos e dentro do grupo experimental ao longo dos 6 meses de acompanhamento. Tendo em consideração os resultados obtidos estamos convictas que a intervenção autónoma de Enfermagem no âmbito da prevenção e controlo dos fatores de risco cardiovasculares em consultas é uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde.

Terminando a apresentação, análise e interpretação dos resultados obtidos no presente estudo de investigação iremos, no próximo capítulo, explicitar os principais resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem alcançados assim como as limitações do estudo, propondo sugestões de melhoria e de investigação em futuros estudos.

## CONCLUSÕES

As doenças crónicas não transmissíveis têm assumido um papel cada vez mais preponderante na nossa sociedade, em grande parte devido ao estilo de vida adotado pela maioria das pessoas onde o *stress* é uma constante, influenciando a motivação e a disponibilidade para a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável e o término do tabagismo entre outros aspetos. No âmbito destas doenças encontramos com grande prevalência as doenças cardiovasculares, responsáveis por um grande número de mortes e de anos de vida perdidos na população portuguesa, com consequências negativas e diretas, não só para o cidadão, mas também para a sociedade e para o sistema de saúde. Consideramos então essencial encarar estas doenças como um importante problema de saúde pública que urge minorar. A hipertensão arterial é considerada o fator de risco mais preponderante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares pelo que a implementação de um programa estruturado de ensino, evidenciando o papel crucial do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença ou do seu agravamento deve ser valorizado e, neste caso concreto, é um aspeto que nos pareceu ser pouco estudado em Portugal.

Assim, sendo o foco de atenção do enfermeiro o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida, este deve intervir no sentido de facilitar o processo de transição saúde-doença e negociar com a pessoa quais as estratégias que promovem a adesão e autogestão do regime terapêutico e adoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido o papel do enfermeiro, como educador, passa pelo desenvolvimento de estratégias de transmissão de conhecimento, avaliação da adesão ao regime terapêutico, aconselhamento para mudança de comportamentos e gestão do regime terapêutico.

Este estudo surgiu, então, com o objetivo de analisar a influência de um programa de ensino de Enfermagem estruturado na literacia em saúde, no estilo e qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos das pessoas com hipertensão arterial. Foram elaboradas hipóteses com previsões de relações entre as variáveis acima descritas e os grupos constituintes da

amostra estudada e verificámos que os principais resultados obtidos demonstram que o programa de ensino de Enfermagem implementado através do acompanhamento semestral dos elementos do grupo experimental (GE), com uma consulta individualizada e personalizada em cada mês, acompanhada ou não pela presença da pessoa significativa teve influência na:

- Redução do peso, índice de massa corporal e perímetro abdominal;
- Redução dos valores médios de tensão arterial sistólica e diastólica;
- Redução dos valores de colesterol total e glicémia capilar;
- Melhoria do estilo de vida, nomeadamente ao nível da atividade física;
- Melhoria da perceção de qualidade de vida;
- Melhoria da adesão ao regime terapêutico;
- Melhoria da capacidade de autocuidado terapêutico.

A redução dos fatores de risco referidos anteriormente, nomeadamente, a tensão arterial e o colesterol total, conduziu a que o risco de desenvolvimento de um evento cardiovascular a 10 anos (SCORE) no grupo experimental diminuísse. Verificámos que, no conjunto global, foi o grupo experimental que apresentou melhores resultados ao fim dos 6 meses. Este aspeto permite-nos constatar que a intervenção aplicada teve sucesso.

Do resultado da análise das hipóteses verificámos que se obteve diferenças estatisticamente significativas na:

- Redução dos valores de colesterol total, entre o grupo experimental (GE) e o grupo controlo (GC), com o GE a obter melhores resultados;
- No incremento da atividade física e associativismo com o GC a obter resultados mais significativos;
- Na melhoria da capacidade de autocuidado terapêutico do GE ao longo dos 6 meses de intervenção;
- No aumento da proporção de sujeitos com tensão arterial controlada no GE ao longo dos 6 meses de intervenção;

- Na melhoria dos valores médios de tensão arterial sistólica e diastólica e do perímetro abdominal no GE ao longo dos 6 meses de intervenção.

Assim, pelos resultados anteriormente apresentados, verifica-se que é possível obter ganhos em saúde decorrentes de programas de ensino estruturados, executados em consulta de Enfermagem, através da identificação dos principais problemas de saúde elaborando um diagnóstico e, posteriormente, um plano de cuidado, fixando objetivos, estabelecendo prioridades e determinando estratégias para proceder à avaliação dos cuidados prestados através de indicadores de saúde reformulando as suas intervenções caso necessário. Assim, a consulta de Enfermagem constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa hipertensa e seus familiares e que pode conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e redução dos reinternamentos.

Contudo, algumas das limitações do estudo obrigam à existência de moderação nas conclusões e elações a retirar dos resultados obtidos. Considerando a pequena dimensão da amostra (27 sujeitos), a leitura, interpretação e discussão dos resultados deve ser provida de alguma prudência. Este aspeto constitui um ponto fraco do estudo sendo primordial em estudos posteriores utilizar amostras com dimensão superior para que seja possível generalizar resultados.

No entanto, o facto de se ter utilizado um método de amostragem probabilístico, constitui um ponto forte do estudo, uma vez que se procurou assegurar que as diferenças encontradas constituem obra do acaso, sendo a probabilidade de seleccionar uma amostra completamente desviada muito baixa.

Estamos convictas que a elaboração deste estudo contribuirá para o estabelecimento de uma metodologia de intervenção padronizada e assente em conhecimento científico, passível de replicação, a pessoas com hipertensão arterial, na consulta de Enfermagem contribuindo para o controle dos fatores de risco e promoção da adoção de estilos de vida saudáveis. A identificação atempada dos fatores de risco permitirá desenvolver uma resposta rápida às necessidades identificadas, diminuindo assim os

custos em saúde, com melhoria da qualidade e aumento da satisfação das pessoas com o cuidar em Enfermagem.

Terminado o percurso da nossa investigação consideramos que atingimos o objetivo a que nos propusemos e demos resposta à questão de investigação enunciada.

Da reflexão final efetuada surgem algumas sugestões para estudos futuros e para melhorar as práticas dos cuidados:

- Realização de estudos com amostras superiores;
- Uniformização da educação para a saúde, no âmbito da prevenção cardiovascular, no seio das equipas de enfermagem, nomeadamente através da elaboração de protocolos e planos de ensino estruturados, como é o caso do nosso plano, uma vez que os ganhos em saúde proporcionados foram evidentes;
- Inclusão da família nas consultas de enfermagem;
- Realização de projetos de intervenção na comunidade/locais de trabalho para alertar as pessoas para os fatores de risco cardiovasculares e suas consequências na saúde e qualidade de vida quando não controlados.

Considera-se essencial a realização de mais investigação na área da prevenção e controlo da HTA e a sua divulgação, no sentido de se determinar qual a melhor estratégia de intervenção, para obter uma redução sustentada dos fatores de risco cardiovasculares, melhoria do estilo de vida, melhoria da adesão ao regime terapêutico, melhoria da capacidade de autocuidado terapêutico e melhoria da literacia acerca da sua situação clínica. Visto todos estes fatores estarem interrelacionados, melhorando um contribui-se para a melhoria dos outros, pelo que apenas uma intervenção global terá o efeito pretendido na melhoria sustentada da prevenção das doenças cardiovasculares.

Esperamos então que esta investigação permita alertar para o papel decisivo dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e o seu impacto na prevenção das doenças cardiovasculares.

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Wehedy A., Elhameed S. e El-Hameed, D. (2014). Effect of Lifestyle Intervention Program on Controlling Hypertension among Older Adults. *Journal of Education and Practice*. 5(5), 61-71. Acedido em <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/download/10955/11256>.
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Tese Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Batalla-Martínez, C. Laguarda A., Ciurana R., Garcia M., Jordi E., Pérez A. et al. (1984). Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Rev. Atención Primaria*. 1(4), 185-191.
- Berardinelli L., Guedes N. e Acioli S. (2013). Análise do déficit de autocuidado de clientes e as implicações na produção de cuidado. *Rev. Enfermagem UERJ*. 21(5), 575-580. Acedido em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9995/7799>.
- Brito, D., Araújo T., Galvão M., Moreira T., Lopes M. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Caderno Saúde Pública*. 24(4), 933-940.
- Calixto, L., Almeida A., Rodrigues R., Sousa C., Santos C., Alencar F., ... Costa F. (2013). *Teste de Batalla: Avaliação do conhecimento de pacientes com diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão sobre a hipertensão*. Acedido em [http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl115\\_calixto/tl115\\_calixto.php](http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl115_calixto/tl115_calixto.php).
- Camarneiro, A.P. (2002). Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Revista Referência*. Coimbra. 9, 25-30.
- Cardoso, A. F., Queirós P., Ribeiro C., Amaral A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*. 7(2) 426-436. Acedido em <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/10.%20Cardoso-1.pdf>.

- Carrageta, M. (2006). Tudo o que deve saber sobre hipertensão arterial. *Clube Rei Coração*, 9, 1-9. Acedido em <http://www.fpcardiologia.pt/envolva-se/clube-rei-coracao/>.
- Carrageta, M. (2008). Tudo o que deve saber sobre o colesterol. *Clube Rei Coração*, 10, 1-7. Acedido em <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/Brochura-CRC-Colesterol-N%C2%BA-10-Final.pdf>.
- Conselho Internacional de Enfermagem (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>.
- Cortez-Dias, Nuno; Martins, Susana; Belo, Adriana; Fiuza, Manuela. (2009). Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol*. 28 (5), 499-523. Acedido em <http://www.spc.pt/CNCDC/trabalhos/download.ashx?idFile=450>.
- Costa, Juliana M.; Silva, Maria R.; Carvalho, Eduardo F. (2011). Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipas de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(2), 623-633. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a26.pdf>.
- Cunha, L. (2014). *Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Decreto-Lei nº 101/2006. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República I Série*. Nº 109, 3856-3865.
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dias, A. M.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A.; Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*. 40, 201-219. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>.

- Eshah, N. (2013). Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences*. 15 (3), 273-279. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23302042>.
- European Resuscitation Council (2011). *Suporte Avançado de Vida: Recomendações*. ERC 2010. Porto: CPR.
- European Society of Cardiology (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 33, 1635-1701. Acedido em <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention.pdf>.
- European Society of Cardiology (2013). European Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 34, 2159–2219 Acedido em <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>.
- Faquinello, P.; Marconi, S.; Waidmanni, M. (2011). A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(5), 849-856. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>.
- Fazendas, P.; Oliveira, L. M. (2006). *Prevenção da doença coronária aterosclerótica*. Manual de Terapêutica Médica: Cardiologia. Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2006). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F.; Côté, J.; Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Galvão, Cristina M.; Sawada, Namie O.; Mendes, Isabel A. (2003). A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 37(4),43-50. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>.
- Gaspar, T.; Gonçalves, A.; Ramos, V.; Matos, M. (2006). Desvantagem socioeconómica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*. 24(4), 495-508. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v24n4/v24n4a05.pdf>.

- George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>.
- Grey, M. (2001). *Desenhos experimentais e quase-experimentais*. In LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith (Eds.) *Pesquisa em enfermagem* (pp.98-109). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Haber, J. (2001). *Amostragem*. In LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith (Eds.) *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (pp.140-155). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- International Council of Nurses (2012). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Jelinek, M.; Vale, M.J.; Liew, D.; Grigg, L.; Dart, A.; Hare D.L.; Best J.D. (2009). The COACH Program Produces Sustained Improvements in Cardiovascular Risk Factors and Adherence to Recommended Medications—Two Years Follow-up. *HeartLungCirc*. 18(6):388-92. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648058>.
- Jorstad, Harald T.; Von Birgelen, C.; Alings, A.M.; Liem, A.; Van Dantzig, J.M.; Jaarsma W.; ... Peters R.J. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*. 99 (19),1421-1430. Acedido em <http://heart.bmj.com/content/99/19/1421.full.pdf+html>.
- Kotseva, Kornelia; Wood, David; Backer, Guy De; Bacquer, Dirk De; Pyörälä, Kalevi; Keil, Ulrich (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*. 373 (9667), 929–40. Acedido em [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)60330-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60330-5.pdf).

- Lam, C.; Lauder, J. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*. 17(2), 159-166. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10758080>.
- Leemrijse, C.J.; van Dijk, L.; Jørstad, H.T.; Peters, Ron.; Veenhof, C. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomized trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 47(12) 1-7. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/12/47>.
- Lei nº 111/2009. *Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República I Série A. Nº188, 6528-6550*.
- Lei nº 156/2015. *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República I Série. Nº 181, 8059-8105*.
- Lopes, M.; Carreira, L.; Marcon S.; Souza, A.; Waidman, M.(2008). O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrónica Enfermagem*. 10(1), 198-211. Acedido em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf).
- Lopes, M.; Marcon, S. (2009). A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 43(2), 343-350. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a13v43n2.pdf>.
- Loureiro, H. (2013). *Epistemologia da investigação em enfermagem: Parte I*. Documento não publicado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Macedo, Ana; Santos, Ana; Rocha, Evangelista; Perdigão, Carlos (2008). Percepção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Factores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Rev Port Cardiol*. 27 (5), 569-580. Acedido em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/934.pdf>.
- Macedo, Mário Espiga de; Lima, Maria João; Oliveira Silva, António; Alcântara, Paula; Ramalhinho, Vítor; Carmona, José (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*. 26 (1), 21-39. Acedido em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/787.PDF>.

- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Minho.
- Machado, Mariana C.; Pires, Cláudia G.; Lobão, William M. (2012). Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(5),1365-1374. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030).
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª ed. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martins, A.; Pacheco, A.; Jesus, S. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*. 16(2), 100-105. Acedido em <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/1140/1151>.
- Monahan, F.D.; Sands, J.K.; Neighbors, M.; Marek, J.F.;Green, C.J. (2010) *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. 8ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Monterroso, L.; Pierdevara, L.; Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 7, 39-45. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a07.pdf>.
- NP 020-2011 (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013.aspx>.
- NP 020-2011 (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>.

- NP 05-2013 (2015). *Norma da Direção-Geral da Saúde. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, T.; Pedrosa, L.; Gonçalves, R. (2008). Estudo da hipertensão arterial sistémica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba*. 1(1), 97-110. Acedido em <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/download/50/73>.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf).
- Ordem do Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. Missouri: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (1998) *Health promotion glossary*. Geneve: OMS. Acedido em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Suíça: WHO Library Cataloguing-in-Publication. Data. Acedido em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.

- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Noncommunicable Diseases and Mental Health. Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. World Health Organization, Geneva. Acedido em [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/).
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Acedido em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- Pestana, M. H.; Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pinto, D., Pisco, A.M. (2007) Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Série III, 12(3), 171-179 .
- Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Polonia, Jorge; Martins, Luis; Pinto, Fernando; Nazare, Jose (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSAstudy. *Journal of Hypertension*. 32(6), 1211–1221. Acedido em [http://sphta.org.pt/files/physastudy\\_20150506\\_2.pdf](http://sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf).
- Portugal. Direção-Geral da Administração e do Emprego Público. (2009). Tabela de habilitações literárias. Lisboa: Autor. Acedido em <http://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=78BE7236-46D2-4258-B549-37542967D30C&ID=81>.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>.

- Portugal. Ministério da Saúde. (2009). *Doenças Cardiovasculares*. Direcção-Geral da Saúde Web site. Acedido em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Envelhecimento activo. Conceitos*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (sd) *Carta de Ottawa - 1986*. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (sd). *Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis - 1998*. Acedido em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#a33>
- Portugal. Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direcção-Geral da Saúde Web site. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Portugal. Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação antropométrica no adulto*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>.
- Portugal. Ministério da Saúde (2014). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014-pdf.aspx>.
- Portugal. Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.
- Potter, P., Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.

- Praça, I. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/tese%20final%20Fevereiro.pf>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 21, 5-7.
- Reveles, A. (2015). *Prevenção secundária da doença cardiovascular na pessoa com Síndrome Coronária Aguda: Um programa de intervenção de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rezende, Ana M. (2011). *Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional*. (Tese de Doutoramento) Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública.
- Ribeiro, J.P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ª ed. Editora Quarteto: Coimbra.
- Rodrigo, M.J. ; Máiquez, M.L.; García, M.; Mendoza, R.; Rubio, A.; Martínez, A.; Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescência. *Psicothema*. 16(2), 203-210. Acedido em <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>.
- Rodrigues, Roberta C.; São João, Thaís; Gallani, Maria Cecília; Cornélio, Marília E.; Alexandre, Neusa M. (2013). “Programa Coração em Movimento”: intervenção para promover atividade física entre pacientes com doença arterial coronária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21, 1-11. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700023&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Santos, A.L., José, H. (2011). A pessoa idosa com doença cardíaca: dificuldades sentidas na manutenção da terapêutica medicamentos. *Nursing*. Lisboa. 23(276), 21-31. Acedido em <http://www.nursing.pt/a-pessoa-idosa-com-doenca-cardiaca-dificuldades-sentidas-na-manutencao-da-terapeutica-medicamentosa/>.

- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. 4 (3), 127-134. Acedido em <http://hdl.handle.net/10174/2320>.
- Santos, R.; Ramalhinho, G.; Fernandes, B.; Gaspar, T.; Marques, A.; Fernandes, M. (2010). Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. *Nursing*. Lisboa. 22(258), 11-20. Acedido em <http://www.nursing.pt/adesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca/>.
- Schulz, R.; Rossignoli, P.; Correr, C.; Fernández-Llimós, F.; Toni, P. (2008). Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 90(2), 139-144. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000200010).
- Silva, A. M.; Brito, I. S.; Amado, J. C. (2013). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19 (6), 1901,1909. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>.
- Silva, E.; Caramona, M. M. (2014). Fatores que afetam a qualidade de vida dos doentes hipertensos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(2), 67-80. Acedido em <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/418>.
- Silva, M.; Moura, M. (2011). Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 15(1), 75-82. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100011>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2009). Carta Europeia do Coração. *Suplemento Jornal Público*. Acedido em [http://www.spc.pt/DL/CartaCoracao/SuplementoJornalPublico\\_12\\_02\\_09.pdf](http://www.spc.pt/DL/CartaCoracao/SuplementoJornalPublico_12_02_09.pdf).
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (sd). *Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acedido em <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>.

- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39, 4-91. Acedido em [http://www.sphta.org.pt/files/guidelines\\_31janeiro2014-final.pdf](http://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf).
- Sousa, Paula; Pereira, M. Graça. (2014). Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(1), 245-261. Acedido em <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150120>.
- Sousa, V.; Driessnack, M.; Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15 (3), s.p. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf).
- Teixeira, E.; Silva, J.; Lamas, A.; Matos, R. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e os cuidados com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*. 10(3), 378-384. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04.pdf>.
- Tiessen, Ans H.; Smit, Andries J.; Broer, Jan; Groenier, Klaas H.; van der Meer, Klaas. (2012). Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care. *BMC Family Practice*. 13(90), 1-9. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/90>
- Vale, Margarite J.; Jelinek, Michael V.; Best, James D.; Dart, Anthony M.; Grigg, Leeanne E.; Hare, David L.; (...)McNeil, John J. (2003). Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH) A Multicenter Randomized Trial in Patients With Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med*. 163(22), 2775-2783. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14662633>.
- Voogdt-Pruis, Helene R.; Beusmans, George; Gorgels, Anton; Kester, Arnold; Van Ree, Jan W. (2010). Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *British Journal of General Practice*. 60(570), 40–46. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801783/pdf/bjgp60-040.pdf>.

- Wood , D.A.; Kotseva, K.; Connolly, S.; Jennings, C.; Mead, A.; Jones, J.; ... Faergeman, O. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 371(9629), 1999-2012. Acedido em [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(08\)60868-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(08)60868-5.pdf).
- Wood, G.; Haber, J. (2001). . 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



## APÊNDICES



**APÊNDICE I – Plano do programa de ensino de Enfermagem**  
**Estruturado**



## PLANO DO PROGRAMA DE ENSINO DE ENFERMAGEM ESTRUTURADO

O programa de ensino estruturado de Enfermagem foi desenvolvido com base em dois modelos: o Modelo de Crenças de Saúde e o Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley.

Resumo do plano das consultas de Enfermagem

	CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3	CONSULTA 4	CONSULTA 5	CONSULTA 6
<b>Dimensão Clínica</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Procedimentos Éticos</b>	Consentimento Informado Contrato de Fidelização	----	----	----	----	----
<b>Questionários</b>	X	----	----	X	----	X
<b>Dimensão de educação para a saúde</b>	Entrega de folhetos informativos (de acordo com fatores de risco identificados)	- Alimentação (dieta mediterrânica, sal, gorduras, legumes, fruta, bebidas alcoólicas, café) - Atividade física/ sedentarismo - Terapêutica farmacológica - Tabagismo - Literacia (SCA, HTA, DM, Dislipidémia, Obesidade)	Idem	Idem	Idem	----

### Consulta 1

- Tempo estimado: 45 – 60 minutos;
- Explicação do estudo a desenvolver e do programa de consultas (explicar as vantagens do autocuidado nesta área clínica, prevista uma consulta por mês durante 6 meses, o agendamento terá em conta a disponibilidade do participante e família);
- Assegurar os procedimentos éticos através da assinatura do Consentimento Informado pela investigadora e pelo participante;
- Preenchimento do instrumento de colheita de dados pelo participante;

- Avaliação clínica: peso, altura, IMC, perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), glicemia capilar, colesterol total (CT) e índice score);
- Fornecimento ao doente de folhetos informativos tendo em conta os fatores de risco cardiovascular identificados;
- Agendamento da consulta seguinte.

#### Consulta 2 e 3

- Tempo estimado: 45 – 60 minutos
- Avaliação clínica (peso, altura, IMC, PA, TA, FC, glicemia capilar nos diabéticos);
- Educação para a saúde abordando as temáticas: alimentação (dieta mediterrânica, sal, gorduras, legumes e fruta, bebidas alcoólicas e café), atividade física *versus* sedentarismo, hábitos tabágicos, importância do cumprimento da terapêutica farmacológica (explicação das indicações e possíveis efeitos secundários da medicação que toma, salientando a importância de uma estrita adesão à terapêutica farmacológica), literacia (definição de HTA e fatores de risco cardiovascular);
- Auscultação das maiores preocupações e esclarecimento de dúvidas;
- Estabelecimento de objetivos para a consulta seguinte;
- Agendamento da consulta seguinte.

#### Consulta 4

- Tempo estimado: 60 – 75 minutos;
- Preenchimento do instrumento de colheita de dados pelo participante;
- Igual ao planeamento das consultas 2 e 3 (na dimensão clínica, avalia-se o CT e a glicemia capilar a todos os participantes).

#### Consulta 5

- Tempo estimado: 45 – 60 minutos;
- Igual ao planeamento das consultas 2 e 3;

- Fornecimento de algumas questões para estudo e discussão na consulta seguinte.

#### Consulta 6

- Tempo estimado: 45 – 60 minutos
- Preenchimento do instrumento de colheita de dados pelo participante;
- Avaliação clínica (peso, altura, IMC, PA, TA, FC, glicemia capilar, CT e índice score);
- Finalização do programa (agradecimento e despedida).

As consultas decorrerão com o participante e, sempre que possível, existirá a participação de familiares.

Os esclarecimentos e ensinamentos efetuados nas consultas terão em consideração as habilitações literárias dos participantes.

Os ensinamentos relativamente aos hábitos alimentares incidiram em:

- Promover uma dieta equilibrada, incluindo alimentos de todos os grupos;
- Realizar 5 refeições diárias;
- Beber um litro/ um litro e meio de líquidos por dia - água, sumo, leite.
- Controlar a ingestão de sal (menos de 5g por dia), açúcar, álcool e café;
- Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em sal (conservas, vinhos industriais, azeitonas, pastelarias industriais, fumados...)
- Utilizar outros temperos tais como limão, vinagre e ervas aromáticas para melhorar o sabor;
- Preparar alimentos cozidos, assados, grelhados e evitar fritos;
- Controlar o peso excessivo/obesidade;
- Consumir alimentos com baixo teor de gordura;
- Aumentar a ingestão de frutas, legumes e verduras;
- Comer cereais ou seus derivados todos os dias (4-6 porções diárias);
- Consumir peixe pelo menos 3 vezes por semana;

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em ómega-3 (peixes gordos, azeite, etc.) e reduzir o consumo de gorduras animais (manteiga, bacon, etc.);
- Consumir preferencialmente carne branca (aves e/ou coelho), limitar ou evitar a carne vermelha (porco, vaca), salsichas e outras carnes processadas (hambúrgueres, almondegas);
- Consumir ovos com moderação (principalmente as gemas).

Os ensinamentos relativamente aos hábitos de exercício físico incidiram no seguinte:

- Caminhar 30 a 60 minutos moderadamente/intensamente pelo menos 5 vezes por semana (de forma controlada);
- Evitar caminhar nas horas mais frescas no inverno e mais quentes no verão;
- Sugestões: Andar nas escadas em vez do elevador, estacionar o carro a 500 metros do local para onde quer ir ou em distâncias menores ir a pé, se possível, aumentar a intensidade do trabalho doméstico ou jardinagem;
- Reduzir os longos períodos de inatividade, como por exemplo ver televisão e estar ao computador.

Os ensinamentos relativamente aos hábitos tabágicos e alcoólicos incidiram no seguinte:

- Abstinência tabágica;
- Iniciar um programa de desabituação tabágica;
- Reduzir o consumo de álcool. Não beber mais do que um (mulheres) ou dois (homens) copos de vinho tinto às refeições principais.

Os ensinamentos relativamente aos aspetos psicoemocionais e relacionais incidiram em:

- Reduzir o stresse e a ansiedade;
- Autoavaliar-se e aceitar os seus pontos fortes e menos fortes;
- Controlar os pensamentos negativos;
- Combater/enfrentar problemas;
- Ter bom humor, brincar com os outros, sentir-se bem, rir de si mesmo e desfrutar do presente;

- Aprender a ouvir, compreender e respeitar as ideias e os sentimentos dos outros;
- Não procurar sempre a aprovação dos outros;
- O núcleo familiar e a convivência deve ser parte do desenvolvimento pessoal e bem-estar;
- Distribuir uniformemente responsabilidades familiares e domésticas em casa.

Questões para estudo, entregues na consulta 5

### **ALGUMAS PERGUNTAS...**

1. Num dia não devo comer mais de \_\_\_\_\_ gramas de sal.
2. Devo juntar mais sal aos alimentos depois de já estarem cozinhados? \_\_\_\_\_
3. Sedentarismo é \_\_\_\_\_.
4. Hipertensão arterial é ter tensão alta? \_\_\_\_\_
5. A Hipertensão é uma doença para toda a vida? \_\_\_\_\_
6. A Hipertensão pode ser controlada com dieta e controlo dos fatores de risco? \_
7. A Hipertensão pode afetar os vasos sanguíneos de todo o corpo? \_\_\_\_\_
8. A Hipertensão pode afetar o coração, o cérebro, os rins e os olhos? \_\_\_\_\_
9. Podem ser sinais e sintomas de tensão alta dores de cabeça e tonturas? \_\_\_\_\_
10. As placas de gordura que se acumulam nos vasos sanguíneos chamam-se placas ateroscleróticas? \_\_\_\_\_
11. A presença de gordura excessiva na barriga pode estar relacionada com doença aterosclerótica? \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE II – Questionário de colheita de dados**



## Parte I – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA

Data ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Local ( \_\_\_\_\_ )

Código do questionário ( \_\_\_\_\_ )

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo Masculino  Feminino
3. Estado Civil  
Solteiro  Casado/união de facto  Divorciado/Separado  Viúvo
4. Proveniência Meio rural  Meio urbano
5. Com quem vive \_\_\_\_\_
6. Profissão/Ocupação \_\_\_\_\_

### 7. Habilitações literárias

- 4ºano de escolaridade/1º ciclo ensino básico
- 6ºano de escolaridade/2ºciclo ensino básico
- 9ºano/3ºciclo ensino básico
- 12ºano/ensino secundário
- Curso Tecnológico/Profissional
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação/ Mestrado/Doutoramento
- Sem Habilitação

### DADOS CLÍNICOS/ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

#### 8. Frequência da avaliação da tensão arterial

Diariamente  Semanalmente  Mensalmente  Mais do que um mês  Avalia em SOS  Não avalia

#### 9. Quem avalia a sua tensão arterial?

Enfermeiro  Médico  Familiar  Vizinho  O Próprio  Instituições de saúde (lar, centro de dia, hospital)  Outros

10. Toma medicação para a Hipertensão Arterial?

Não  Sim  Por vezes esqueço-me

11. Quem o/a ajuda a tomar os medicamentos?

Sozinho(a)  Marido/esposa/companheiro(a)  Filho/a(s)

Outros familiares  (especifique) \_\_\_\_\_ Ajudante remunerado

12. Já teve algum evento cardiovascular (enfarte agudo miocárdio, AVC, etc.)?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

13. Tem algum familiar que já teve algum evento cardiovascular? Algum tem hipertensão arterial ou diabetes?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

14. Atualmente, tem alguma doença que o/a obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)?

Não  Sim  Especifique \_\_\_\_\_

15. No último ano, deixou de comprar medicamentos ou fazer tratamentos mesmo tendo receita médica?

Não  Sim

16. Se sim, quais as razões para não ter comprado medicamentos ou fazer tratamentos com receita médica?

Os problemas desapareceram  Teve medo dos efeitos secundários

Teve experiências negativas com medicamentos ou tratamentos anteriores

Teve dificuldades financeiras  Não teve tempo  Outras razões  \_\_\_\_\_

17. É fumador?

Não  Sim  Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

18. Consome bebidas alcoólicas?

Não  Sim  Quantas por dia? \_\_\_\_\_

19. Pratica alguma atividade física?

Não  Sim  Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Quanto tempo (minutos/horas)? \_\_\_\_\_

Altura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Colesterol total (mg/dl): \_\_\_\_\_ Glicémia capilar (mg/dl): \_\_\_\_\_ TA (mmHg): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FC (bpm): \_\_\_\_\_ Rítmico/Arritmico: \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal (cm) \_\_\_\_\_ Score Risco: \_\_\_\_\_

**Literacia em Saúde** (elaborado por grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Das seguintes afirmações, assinale as que considera verdadeiras (V) ou falsas (F)

1. \_\_\_\_ Uma pessoa com tensão alta pode vir a ter uma doença do coração e dos vasos sanguíneos.
2. \_\_\_\_ Podem ser sinais e sintomas de tensão alta dores de cabeça e tonturas.
3. \_\_\_\_ Podem ser sinais e sintomas de enfarte (doença no coração) dor no peito que pode ir para o braço esquerdo e pescoço.
4. \_\_\_\_ Em relação ao uso de sal, a quantidade ideal é 20 gramas por dia.
5. \_\_\_\_ Deve evitar juntar sal aos alimentos depois de já estarem cozinhados.
6. \_\_\_\_ São alimentos ricos em sal os enlatados, os enchidos e os alimentos pré-cozinhados.
7. \_\_\_\_ Uma dieta pobre em gorduras consiste em cozidos e grelhados.
8. \_\_\_\_ A ingestão de bebidas alcoólicas pode aumentar a tensão arterial e reduzir o efeito da medicação.
9. \_\_\_\_ A ingestão de cafeína (café ou chá preto) pode interferir com a tensão arterial e frequência cardíaca (batimento do coração).
10. \_\_\_\_ Sedentarismo é ter muita sede.
11. \_\_\_\_ A presença de gordura excessiva no abdómen pode estar relacionada com doença aterosclerótica (doença nos vasos sanguíneos).
12. \_\_\_\_ São fatores de risco de doença no coração a hipertensão, colesterol, tabagismo e obesidade.
13. \_\_\_\_ O não tomar os medicamentos pode aumentar a tensão e o colesterol.
14. \_\_\_\_ Estar em ambientes com fumo aumenta o risco de ter doença do coração ou dos vasos sanguíneos.
15. \_\_\_\_ Controlar a ansiedade (*stress*) é uma forma de prevenir doenças do coração e dos vasos sanguíneos.
16. \_\_\_\_ Deve evitar o excesso de peso, álcool e tabaco, sobretudo se tiver pessoas na família com doenças do coração e dos vasos sanguíneos.
17. \_\_\_\_ O consumo diário de água não deve exceder 0,5 litro.
18. \_\_\_\_ Devo tomar a medicação só quando me sinto pior.
19. \_\_\_\_ Devo fazer exercício físico (caminhar) durante pelo menos 30 minutos 4 vezes por semana.
20. \_\_\_\_ Uma placa aterosclerótica é uma placa de gordura que se acumula nos vasos do coração e pode obstruir a passagem do sangue.
21. \_\_\_\_ O enfarte agudo do miocárdio é a morte de células no coração.

### Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

(Adaptado de Delgado e Lima, 2001)

Assinale com um X o espaço que corresponde à frequência com que realiza as atividades abaixo mencionadas.

Questões	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

## Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)

(Schulz [et al.], 2008, traduzido e validado para a população portuguesa por Cunha e Ferreira, 2014)

Questões Nos últimos sete dias...	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, médio	Sim, muito
1. Tem dormido mal?				
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?				
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?				
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?				
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?				
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?				
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?				
10. Teve a sensação de que estava doente?				
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12. Teve inchaço nos tornozelos?				
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?				
14. Tem sentido a boca seca?				
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16. Tem notado dormência ou formiguelo em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?				

## TESTE DE BATALLA

	Sim	Não
1. A hipertensão é uma doença para toda a vida?		
2. A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou controlo dos factores de risco?		
3. Diga 2 ou mais órgãos que podem ser lesados pelo aumento da pressão arterial.		

Adaptado de Calixto *et al.* (2013)

## INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO

(Doran & Sidani, 2005; versão portuguesa de Cardoso, Queirós, Ribeiro & Amaral, 2014)

Cada uma das seguintes perguntas refere-se a um aspeto dos cuidados que tem face à sua atual situação de saúde. Por favor, indique o seu grau de capacidade na realização de cada atividade de cuidados, escolhendo o número mais adequado entre 0 e 5.

Atividades de cuidados		0-----5					
		Não sei ou não consigo			Sei ou Consigo		
1.	Sabe quais os medicamentos que tem de tomar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sabe para que servem os medicamentos prescritos (isto é, conhece os efeitos dos medicamentos no seu estado de saúde)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi prescrita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Conhece a razão pela qual sofre algumas alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sabe e compreende o que deve fazer (coisas ou atividades) para controlar essas alterações no seu corpo (sintomas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	É capaz de realizar os tratamentos ou atividades que lhe foram indicados para gerir estas alterações no seu corpo (sintomas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio e preservar a sua saúde de forma geral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades diárias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sabe quem deve contactar no caso de uma emergência médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	É capaz de realizar atividades normais (tais como tomar banho, ir às compras, preparar as refeições, visitar os amigos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigado pela sua colaboração!

COMO É O MEU ESTILO DE VIDA?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês (assinale com um X a opção que considere mais correcta..... De seguida some os pontos em cada coluna)

1 UBP = 1 bebida fermentada  
2 UBP = 1 bebida destilada

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
<b>Família e amigos</b>	<b>Actividade física/ Associativismo</b>	<b>Nutrição</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Alcool e outras drogas</b>	<b>Sono e Stress</b>	<b>Trabalho / Tipo de personalidade</b>	<b>Introspecção</b>	<b>Comportamentos de saúde e sexual</b>	<b>Outros comportamentos</b>
<p>Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Sou membro de um grupo comunitário e participo nas actividades</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:</p> <p>2 Todos os dias 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Eu fumo cigarros:</p> <p>2 Não, nos últimos 5 anos 1 Não, no último ano 0 Sim, este ano</p>	<p>A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:</p> <p>2 0 a 7 bebidas 1 8 a 12 bebidas 0 Mais de 12 bebidas</p>	<p>Durmo bem e sinto-me descansado:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:</p> <p>2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente</p>	<p>Sou uma pessoa otimista e positiva:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:</p> <p>2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Como peço e cumprio as medidas de protecção e/ou de segurança pessoal</p> <p>2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>
<p>Dou e recebo carinho/afectos:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Eu realizo uma actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante 30 minutos de cada 3 ou mais vezes por semana</p> <p>2 3 ou mais vezes por semana 1 1 vez por semana 0 Não faço nada</p>	<p>Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgadinhos) ou fastfood:</p> <p>2 Nenhum destes 1 Alguns destes 0 Todos</p>	<p>Geralmente fumo cigarros por dia:</p> <p>2 Nenhum 1 1 a 10 cigarros por dia 0 Mais de 10 cigarros por dia</p>	<p>Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 Frequentemente</p>	<p>Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:</p> <p>2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente</p>	<p>Sinto-me tenso e/ou oprimido:</p> <p>2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente</p>	<p>Converso com o/a parceiro (a) e/ou família sobre temas de sexualidade:</p> <p>2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, etc):</p> <p>2 Sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>
<p>Ando no mínimo 30 minutos diariamente:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Ultrapassei o meu peso ideal em:</p> <p>2 0 a 4 Kg 1 5 a 8 Kg 0 Mais de 8 Kg</p>	<p>Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:</p> <p>2 Nunca 1 Raramente 0 Frequentemente</p>	<p>Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex: redbull):</p> <p>2 Menos de 3 vezes por dia 1 3 a 6 vezes por dia 0 Mais de 6 vezes por dia</p>	<p>Relaxo e desfruto do meu tempo livre:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Sinto-me triste e/ou deprimido:</p> <p>2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente</p>	<p>Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do parceiro (a):</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Relaxo e desfruto do meu tempo livre:</p> <p>2 Quase sempre 1 As vezes 0 Quase nunca</p>	<p>Sinto-me triste e/ou deprimido:</p> <p>2 Quase nunca 1 Algumas vezes 0 Frequentemente</p>

**APÊNDICE III – Consentimento Informado para Participação na  
Investigação**



## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO:

### *Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial – Grupo controlo*

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em pedir mais esclarecimentos.*

O meu nome é *Rita Campos Silva Granja Bento*, sou Enfermeira no Serviço de Internamento do Centro Cirúrgico de Coimbra e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito pretendo realizar um estudo de investigação sobre a *“Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial”*, orientado pelo *Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira*, para o qual gostaria de solicitar a sua colaboração.

O presente estudo tem como objetivos: *identificar os fatores de risco de doença cardiovascular das pessoas com Hipertensão Arterial (HTA); classificar os dados clínicos (índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, glicémia capilar, colesterol total) das pessoas com HTA obtidos na consulta de enfermagem; determinar o nível de literacia sobre HTA; determinar a perceção do nível de qualidade de vida das pessoas com HTA; determinar o nível de adesão ao regime terapêutico; comparar os valores dos dados clínicos obtidos na primeira e na última consulta de enfermagem.*

A sua colaboração neste estudo consiste no preenchimento de um questionário constituído por questões de resposta rápida (sobre a sua caracterização sociodemográfica, capacidade de autocuidado terapêutico, adesão à terapêutica farmacológica, literacia acerca da sua situação clínica e estilo de vida). Terá que responder ao questionário duas vezes: uma no início do estudo e outra no final, após cerca de seis meses.

Todos os questionários serão identificados com um código e os dados serão tratados coletivamente, de forma a garantir, em todo o momento, o anonimato dos participantes.

A sua participação é voluntária e os dados são confidenciais, protegidos da leitura por outros que não estejam envolvidos no estudo e no final serão destruídos. O anonimato será mantido. Os dados recolhidos são exclusivamente para uso desta investigação. Não há custos associados à sua participação, nem implicações no seu tratamento ou prejuízo para a sua saúde.

Este estudo permitir-lhe-á refletir sobre a sua doença e hábitos de vida, obter esclarecimentos sobre dúvidas que possa apresentar e ajudá-lo-á a melhorar a sua qualidade de vida. Para além de ser útil para si pode, ainda, sentir satisfação por participar num estudo que tem como

finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhor intervenção junto dos doentes para a prevenção secundária da doença cardiovascular.

Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderá contactar-me através do email: bento.rita.90@gmail.com.

Este estudo tem a aprovação do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto e da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Muito obrigado pela sua participação.

Rita Bento.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram providenciadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Assinatura do participante: .....

Assinatura do investigador: ..... Data: .....

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO:

### *Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial – Grupo experimental*

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em pedir mais esclarecimentos.*

O meu nome é *Rita Campos Silva Granja Bento*, sou Enfermeira no Serviço de Internamento do Centro Cirúrgico de Coimbra e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito pretendo realizar um estudo de investigação sobre a *“Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial”*, orientado pelo *Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira*, para o qual gostaria de solicitar a sua colaboração.

O presente estudo tem como objetivos: *identificar os fatores de risco de doença cardiovascular das pessoas com Hipertensão Arterial (HTA); classificar os dados clínicos (índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, glicémia capilar, colesterol total) das pessoas com HTA obtidos na consulta de enfermagem; determinar o nível de literacia sobre HTA; determinar a perceção do nível de qualidade de vida das pessoas com HTA; determinar o nível de adesão ao regime terapêutico; comparar os valores dos dados clínicos obtidos na primeira e na última consulta de enfermagem.*

A sua colaboração neste estudo consiste no preenchimento de um questionário constituído por questões de resposta rápida (sobre a sua caracterização sociodemográfica, capacidade de autocuidado terapêutico, adesão à terapêutica farmacológica, literacia acerca da sua situação clínica e estilo de vida). Terá que responder ao questionário duas vezes: uma no início do estudo e outra no final, após cerca de seis meses. Existirão também seis momentos de acompanhamento (um por mês) e esclarecimento acerca da sua doença (fatores de risco, estilos de vida a adotar, medicação), previamente combinados consigo, tendo em consideração a sua disponibilidade e preferência (hora e local). Todos os questionários serão identificados com um código e os dados serão tratados coletivamente, de forma a garantir, em todo o momento, o anonimato dos participantes.

A sua participação é voluntária e os dados são confidenciais, protegidos da leitura por outros que não estejam envolvidos no estudo e no final serão destruídos. O anonimato será mantido. Os dados recolhidos são exclusivamente para uso desta investigação. Não há custos associados à sua participação, nem implicações no seu tratamento ou prejuízo para a sua saúde.

Este estudo permitir-lhe-á refletir sobre a sua doença e hábitos de vida, obter esclarecimentos sobre dúvidas que possa apresentar e ajudá-lo-á a melhorar a sua qualidade de vida. Para além de ser útil para si pode, ainda, sentir satisfação por participar num estudo que tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhor intervenção junto dos doentes para a prevenção secundária da doença cardiovascular.

Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderá contactar-me através do email: bento.rita.90@gmail.com.

Este estudo tem a aprovação do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto e da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Muito obrigado pela sua participação.

Rita Bento.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram providenciadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Assinatura do participante: .....

Assinatura do investigador: ..... Data: .....

**APÊNDICE IV** – Pedido de colaboração para recolha de utentes  
para estudo de investigação (Centro de Saúde do  
Hospital Militar de Coimbra)



**Exmo. Sr. Diretor do Centro de Saúde do Hospital Militar**

**Assunto:** Pedido de colaboração para recolha de utentes para estudo de investigação

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem / Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto, eu, Rita Campos Silva Granja Bento, estou a desenvolver o estudo de investigação intitulado “Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em indivíduos hipertensos”.

Consiste num estudo experimental (com grupo controlo e grupo experimental), quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional, desenvolvido com base na avaliação de fatores de risco e em consultas individualizadas/personalizadas de Enfermagem a indivíduos com hipertensão arterial, de acompanhamento, ensino e educação para hábitos/estilos de vida saudável e adesão ao tratamento.

Haverá uma consulta inicial com ambos os grupos onde será efetuada uma primeira avaliação de dados clínicos (Tensão Arterial, Glicemias, Colesterol, Índice de Massa Corporal, Perímetro abdominal), preenchimento de questionários (literacia e “estilos de vida saudável”) e realização de ensinios globais de acordo com os fatores de risco evidenciados. O grupo experimental (N=15) será submetido a um acompanhamento com 5 ou 6 consultas de Enfermagem, 1 por cada mês, onde serão efetuados ensinios personalizados (incluindo a família), esclarecimento de dúvidas e avaliação de dados clínicos. Posteriormente, na consulta final, também com ambos os grupos será feita uma avaliação final no sentido de ver e comparar qual a evolução alcançada e os ganhos em saúde.

O objetivo final é analisar se, com acompanhamento mais próximo de profissionais de saúde, de ensino e sensibilização, há melhoria do risco de DCV, com alterações nos hábitos de vida, ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Para esse efeito necessito de uma amostra de sensivelmente 30 utentes com HTA.

Mais informo que a tese está a ser orientada pelo Professor Paulo Alexandre Ferreira da ESEnfC (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), da Unidade Científico-Pedagógica de enfermagem Médico-Cirúrgica.

Venho então por este meio pedir ao Exmo. Sr Diretor autorização e a colaboração do Centro de Saúde do Hospital Militar para a consecução deste estudo.

Estou disponível para qualquer esclarecimento.

Grata pela atenção dispensada.  
Com os melhores cumprimentos,  
Coimbra, 6 de Novembro de 2015

Rita C. S. G. Bento (bento.rita.90@gmail.com)

Rita Campos Silva Granja Bento

Autorizo o pedido de realização do estudo supramencionado.

Assinatura: Joaquim Dias Cardoso Data: 16/12/2015



**APÊNDICE V – Pedido de colaboração para recolha de utentes  
para estudo de investigação (Farmácia Alves)**



**Exma. Sr<sup>a</sup>. Diretora da Farmácia Alves**

**Assunto:** Pedido de colaboração para recolha de utentes para estudo de investigação

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem / Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto, eu, Rita Campos Silva Granja Bento, estou a desenvolver o estudo de investigação intitulado “Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em indivíduos hipertensos”.

Consiste num estudo experimental (com grupo controlo e grupo experimental), quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional, desenvolvido com base na avaliação de fatores de risco e em consultas individualizadas/personalizadas de Enfermagem a indivíduos com hipertensão arterial, de acompanhamento, ensino e educação para hábitos/estilos de vida saudável e adesão ao tratamento.

Haverá uma consulta inicial com ambos os grupos onde será efetuada uma primeira avaliação de dados clínicos (Tensão Arterial, Glicemias, Colesterol, Índice de Massa Corporal, Perímetro abdominal), preenchimento de questionários (literacia e “estilos de vida saudável”) e realização de ensinios globais de acordo com os fatores de risco evidenciados. O grupo experimental (N=15) será submetido a um acompanhamento com 5 ou 6 consultas de Enfermagem, 1 por cada mês, onde serão efetuados ensinios personalizados (incluindo a família), esclarecimento de dúvidas e avaliação de dados clínicos. Posteriormente, na consulta final, também com ambos os grupos será feita uma avaliação final no sentido de ver e comparar qual a evolução alcançada e os ganhos em saúde.

O objetivo final é analisar se, com acompanhamento mais próximo de profissionais de saúde, de ensino e sensibilização, há melhoria do risco de DCV, com alterações nos hábitos de vida, ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Para esse efeito necessito de uma amostra de sensivelmente 30 utentes com HTA.

Mais informo que a tese está a ser orientada pelo Professor Paulo Alexandre Ferreira da ESEnFC (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), da Unidade Científico-Pedagógica de enfermagem Médico-Cirúrgica.

Venho então por este meio pedir à Exma. Sr<sup>a</sup> Diretora autorização e a colaboração da Farmácia Alves para a consecução deste estudo.

Estou disponível para qualquer esclarecimento.

Grata pela atenção dispensada.  
Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 6 de Novembro de 2015

Rita C. S. G. Bento (bento.rita.90@gmail.com)

Autorizo o pedido de realização do estudo supramencionado.

Assinatura: Elisabete Fátima Alves Data: 6-11-15

Elisabete Fátima Alves, Unip., Lda.  
FARMÁCIA ALVES  
Dir. Téc.: Dr<sup>a</sup> Elisabete de Fátima Alves  
N.º de Registo: 513 827 056  
Telf: 239 432 706 - Fax 239 492 367  
Largo da Lapa, 1 - 3020-242 COIMBRA



**APÊNDICE VI** – Pedido de autorização para utilização dos  
instrumentos de colheita de dados





Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

---

## Autorização para a utilização da escala Instrumento de Autocuidado Terapêutico

2 mensagens

---

**Rita Bento** <bento.rita.90@gmail.com>  
Para: cardoso.anafilipa@gmail.com

18 de dezembro de 2015 às 11:54

Exma. Sr<sup>a</sup>. Professora Ana Filipa dos Reis Marques Cardoso

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob orientação do Professor Paulo Alexandre Ferreira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da escala Instrumento de Autocuidado Terapêutico traduzida, adaptada e validada por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

Rita Bento

---

**Ana Filipa Cardoso** <cardoso.anafilipa@gmail.com>  
Para: Rita Bento <bento.rita.90@gmail.com>

22 de dezembro de 2015 às 01:12

Cara Sra. Enfermeira Rita Bento,

Agradeço o seu contacto.

Venho desta forma autorizar a aplicação do Instrumento de Autocuidado Terapêutico: versão portuguesa, no seu estudo.

Junto envio a informação sobre o instrumento e as instruções para sua aplicação. No que diz respeito à referência, deverá considerar o artigo em anexo.

Votos de muito sucesso para o seu trabalho,

Cordiais cumprimentos,

Ana Filipa Cardoso  
[Citação ocultada]

---

### 2 anexos

 **1. Versão portuguesa da Escala de Autocuidado Terapeutico 2014.pdf**  
307K

 **TSC paper.pdf**  
107K





Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

---

**Autorização para a utilização da escala Medida de Adesão aos Tratamentos**1 mensagem

---

**Rita Bento** <bento.rita.90@gmail.com>

18 de dezembro de 2015 às 11:59

Para: lpl@iscte.pt

Exma. Sr<sup>a</sup>. Professora Maria Luísa Lima

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob orientação do Professor Paulo Alexandre Ferreira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da escala Medida de Adesão aos Tratamentos, traduzida, adaptada e validada por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

Rita Bento





Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

---

## Autorização para a utilização do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial

4 mensagens

---

Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

18 de dezembro de 2015 às 12:02

Para: palex &lt;palex@esenfc.pt&gt;

Exmo. Sr. Professor Paulo Alexandre Ferreira

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob sua orientação.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial, traduzido, adaptado e validado por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

Rita Bento

---

palex <palex@esenfc.pt>

18 de dezembro de 2015 às 14:16

Para: Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

Estimada Enf<sup>a</sup> Rita C. S. G. Bento

Na qualidade de orientador da tese de Mestrado em que se validou culturalmente o MINICHAL, não tenho nada a opor.

Contudo deve solicitar também autorização à Enf<sup>a</sup> Lara Cunha (enflaracunha@gmail.com), autora do referido trabalho.

Com os melhores cumprimentos  
Paulo Alexandre Ferreira

On Fri, 18 Dec 2015 12:02:46 +0000, Rita Bento <bento.rita.90@gmail.com> wrote:

> Exmo. Sr. Professor Paulo Alexandre Ferreira

>

> O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro  
> Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem  
> Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
> Portuguesa, Porto.

>

> Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao  
tema

> "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas  
com

> hipertensão arterial", sob sua orientação.

>

> Venho por este meio solicitar autorização para a utilização do  
> Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial,  
traduzido,

> adaptado e validado por V. Exa. para a população portuguesa.  
>  
> Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais  
> que  
> considere pertinentes.  
>  
> Grata desde já pela atenção dispensada.  
> Respeitosos cumprimentos,  
>  
> Rita Bento

---

**Rita Bento** <bento.rita.90@gmail.com>  
Para: enflaracunha@gmail.com

31 de dezembro de 2015 às 18:16

Exma. Enfermeira Lara Cunha

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob orientação do Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial, traduzido, adaptado e validado por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

Rita Bento

---

**Lara Cunha** <enflaracunha@gmail.com>  
Para: Rita Bento <bento.rita.90@gmail.com>

4 de janeiro de 2016 às 10:43

Exma. Enfermeira Rita Bento

Autorizo a utilização do questionário supra referido, solicitando a informação acerca do resultados obtidos. Estarei ao seu dispor para esclarecer eventuais dúvidas.  
Saudações académicas,

Lara Cunha

No dia 31 de dezembro de 2015 às 18:16, Rita Bento <bento.rita.90@gmail.com> escreveu:

Exma. Enfermeira Lara Cunha

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob orientação do Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial, traduzido, adaptado e validado por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

04/01/2016

Gmail - Autorização para a utilização do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial

Rita Bento





Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

---

**Pedido de autorização para utilização da escala Estilo de Vida Fantástico**

2 mensagens

---

**Rita Bento** <bento.rita.90@gmail.com>

18 de dezembro de 2015 às 11:50

Para: armandos@esenfc.pt

Exmo. Sr. Professor Armando Silva

O meu nome é Rita Campos Silva Granja Bento, sou enfermeira no Centro Cirúrgico de Coimbra e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Avançada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Neste âmbito irei desenvolver o estudo de investigação subordinado ao tema "Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial", sob orientação do Professor Paulo Alexandre Ferreira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da escala Estilo de Vida Fantástico, traduzida, adaptada e validada por V. Exa. para a população portuguesa.

Encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

Grata desde já pela atenção dispensada.  
Respeitosos cumprimentos,

Rita Bento

---

**Armando** <armandos@esenfc.pt>

21 de dezembro de 2015 às 15:13

Para: Rita Bento &lt;bento.rita.90@gmail.com&gt;

Muito boa tarde, Enf<sup>a</sup> Rita, serve este email para a autorizar o questionário pedido.

Anexo uma versão em formato publisher para poder mudar a sua apresentação se necessário, confirme se os itens estão de acordo com o artigo.

Bom Natal para si e para a família.

Armando

**De:** Rita Bento [mailto:bento.rita.90@gmail.com]**Enviada:** sexta-feira, 18 de Dezembro de 2015 11:51**Para:** armandos@esenfc.pt**Assunto:** Pedido de autorização para utilização da escala Estilo de Vida Fantástico

[Citação ocultada]

---

**2 anexos** **Escala tese.pub**  
270K **1413-8123-csc-19-06-01901.pdf**  
77K



## **ANEXOS**



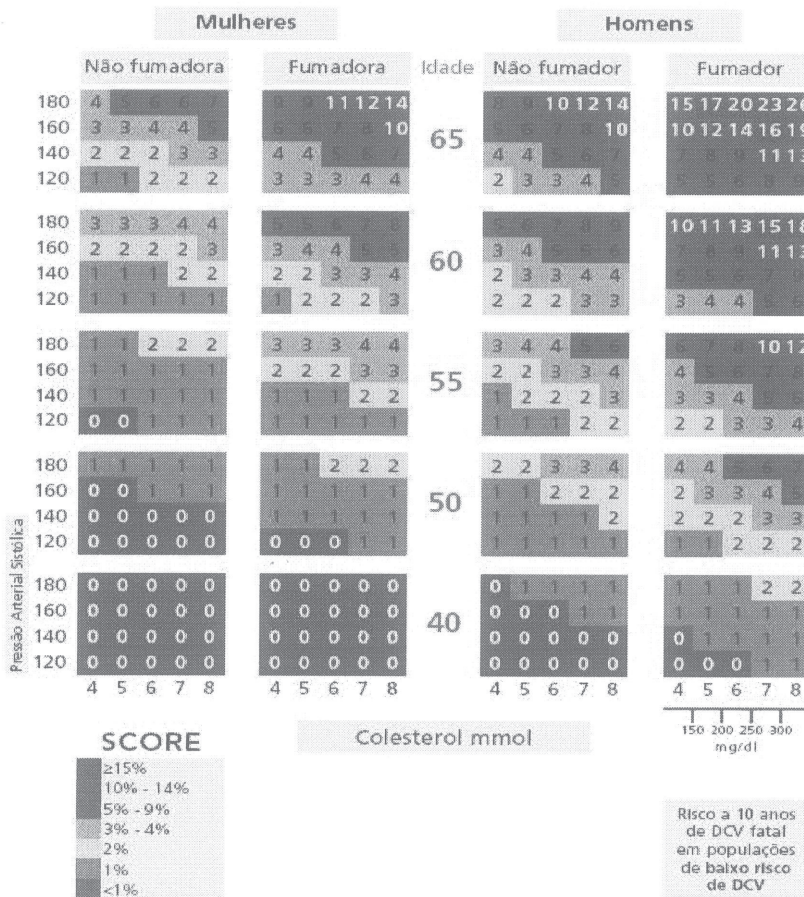
## **ANEXO I – Systematic Coronary Risk Evaluation**



## ANEXOS

### Anexo I – Tabelas

Tabela 1 - Risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita)



**Fonte:**

Sociedade Portuguesa de Cardiologia  
"Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.



Tabela 2 - Risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para sexo feminino e masculino

## Cálculo do risco relativo nos jovens

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Não Fumador					Fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Colesterol (mmol/L)

© 2007 ESC

**Fonte:**

Sociedade Portuguesa de Cardiologia  
 “Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias”, 2011.

## **ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº 340\_03-2016**

**Título do Projecto:** Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial.

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Rita Campos Silva Granja Bento

**Filiação Institucional:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto; ESEnfC

**Investigador Responsável/Orientador:** Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

Os proponentes pretendem desenvolver, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo com os objectivos de *"Analisar a influência do programa de ensino de Enfermagem estruturado na literacia em saúde, na qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado terapêutico e nos dados clínicos das pessoas com hipertensão arterial."*

O estudo é definido como *"... quantitativo, experimental, exploratório, descritivo e correlacional..."*.

Os participantes serão pessoas com Hipertensão Arterial (HTA) *"... que obtêm os seus medicamentos na Farmácia Alves e utentes seguidos em consulta no Centro de Saúde do Hospital Militar de Coimbra"*. O grupo de controlo e o grupo experimental serão definidos de forma aleatória a partir do universo de participantes.

Com base nos documentos apresentados:

- É justificada a utilidade do estudo para a população participante;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- Foi obtida autorização das instituições onde são recrutados os participantes;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É apresentado documento para obtenção do consentimento;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- É apresentado o programa a implementar no grupo experimental;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes, sendo evidenciados os eventuais benefícios que, se positivos os dados obtidos no grupo experimental, podem resultar da implementação do programa de intervenção proposto.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo.

O relator:

*Rogério Manuel Clemente Rodrigues*

Data: 20/04/2016

O Presidente da Comissão de Ética:

*Foi em Anápolis*



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO