



Perceção de Funcionalidade Familiar, Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida nos Utentes com Diagnóstico de Hipertensão Arterial

Relatório Final de Estágio Profissional, apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e da Mestre Dora Margarida Ribeiro Machado.

Maria Joana Ribeiro de Araújo

Novembro 2025



**Perceção de funcionalidade familiar, adesão terapêutica e qualidade de vida nos
utentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial**

Maria Joana Ribeiro de Araújo

Novembro 2025

Agradecimentos

Ao concluir esta etapa tão significativa, não poderia deixar de expressar a minha sincera gratidão à minha família, pela paciência e pelo apoio constante em cada fase deste percurso mesmo nos momentos de maior exigência, foram sempre uma grande motivação.

Um agradecimento especial ao meu estimado Professor Doutor e Orientador, Manuel Brás pela sua sabedoria, orientação e disponibilidade e também à mestre Dora Machado pelo incentivo, colaboração e que em conjunto foram um grande apoio e que tornaram possível a concretização deste trabalho.

À equipa da USF St^a Clara pelo acolhimento e simpatia em todo o processo de aprendizagem, e à enfermeira Patrícia Costa, pela dedicação e envolvimento em todo o processo enquanto enfermeira orientadora.

À Marisa, amiga e companheira neste processo, que nos instantes mais desafiadores para nós foi capaz de transformar a dificuldade em motivação, otimismo e boa disposição dando-nos força para continuar.

Por fim, agradeço a todos, que de forma direta ou indireta, fizeram parte desta caminhada. Este trabalho é também resultado da presença e do contributo de cada um.

Com sincera gratidão

Joana

“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.”

(Florence Nightingale)

Resumo	<p>O presente relatório descreve as atividades de estágio em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), realizado na Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde (ULSPVVC) entre outubro de 2024 e março de 2025. O objetivo principal foi articular a prática clínica com a investigação científica, através de um projeto que avalia a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas, a perceção de funcionalidade familiar e de qualidade de vida e a adesão ao regime medicamentoso em utentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA) das Unidades de Saúde Familiar (USF) St.ª Clara e Aqueduto. A escolha do tema justifica-se pela elevada prevalência da HTA e o seu impacto na qualidade de vida e nos serviços de saúde, especialmente quando a doença não é controlada. Definiu-se como questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a perceção de funcionalidade familiar, a qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso, nos utentes com diagnóstico de HTA das USF St.ª Clara e Aqueduto? O estudo adotou uma metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra de 240 utentes. Os dados foram recolhidos através de um formulário que integrou um questionário sociodemográfico e clínico e três escalas validadas: APGAR Familiar, Escala MAT e MINICHAL. A análise estatística, realizada no software R (versão 4.4.2), incluiu estatística descritiva e inferencial para testar as hipóteses formuladas.</p> <p>Os resultados revelaram que a amostra apresentava um perfil predominantemente feminino e envelhecido, com um elevado número de comorbilidades. A maioria dos participantes (81,3%) percecionou a sua família como altamente funcional. Os níveis de adesão ao tratamento foram globalmente elevados, com a pontuação média da escala MAT a variar entre 5,08 e 5,77 (numa escala de 1 a 6), indicando uma frequência baixa de comportamentos de não adesão. A perceção de qualidade de vida foi maioritariamente positiva, com uma média total na escala MINICHAL de 12,6, onde pontuações mais baixas indicam melhor qualidade de vida. As análises inferenciais mostraram que a idade, através do teste de Kruskal-Wallis ($H=11,80, p=0,02$), e o número de comorbilidades, pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2(3) = 8,61, p=0,035$), influenciaram a adesão medicamentosa. O sexo ($U=8353, p=0,02$) e o número de comorbilidades ($\chi^2(3) = 26,11, p<0,001$) afetaram a perceção de qualidade de vida. Simultaneamente, a funcionalidade familiar esteve estatisticamente associada à adesão ao tratamento ($\chi^2(1) = 19,03, p<0,001$) e à qualidade de vida ($U=6663,5, p<0,001$). A análise de correlação de Spearman confirmou estas associações, com uma correlação positiva e significativa entre a funcionalidade familiar e a adesão ($r=0,38, p<0,001$), e uma correlação negativa e significativa com a qualidade de vida ($r=-0,37, p<0,001$). Estes resultados sublinham o papel central da família na gestão da HTA, com forte influência na adesão ao tratamento e na qualidade de vida. O estudo reforça, assim, a importância da intervenção do EEECESF na promoção da funcionalidade familiar e do bem-estar em contexto de doença crónica.</p>
--------	--

Palavras-chave	Hipertensão; Qualidade de Vida; Funcionalidade Familiar; Adesão à Medicação; Relações Familiares; Enfermagem Familiar
----------------	---

<p>Abstract</p>	<p>This report describes the activities of a Community Nursing internship in the area of Family Health Nursing (EEECESF), carried out at the Póvoa de Varzim/Vila do Conde Local Health Unit (ULSPVVC) between October 2024 and March 2025. The main objective was to articulate clinical practice with scientific research, through a project that evaluates the relationship between sociodemographic and clinical variables, the perception of family functioning and quality of life, and adherence to the medication regimen in users diagnosed with High Blood Pressure (HTN) of the Family Health Units (USF) St. Sra. Clara and Aqueduto. The choice of the topic is justified by the high prevalence of HTN and its impact on quality of life and health services, especially when the disease is not controlled.</p> <p>The research question was defined as: What is the relationship between sociodemographic and clinical variables, the perception of family functioning, quality of life in patients with hypertension, and adherence to medication regimens among patients diagnosed with hypertension at the St. Clara and Aqueduto Family Health Centers? The study adopted a quantitative, observational, descriptive-correlational, and cross-sectional methodology, with a sample of 240 patients. Data were collected using a form that integrated a sociodemographic and clinical questionnaire and three validated scales: Family APGAR, MAT Scale, and MINICHAL. Statistical analysis, performed in R software (version 4.4.2), included descriptive and inferential statistics to test the hypotheses. The results revealed that the sample had a predominantly female and older profile, with a high number of comorbidities.</p> <p>The majority of participants (81.3%) perceived their family as highly functional. Treatment adherence levels were overall high, with the mean MAT scale score ranging from 5.08 to 5.77 (on a scale of 1 to 6), indicating a low frequency of non-adherence behaviors. Perceived quality of life was mostly positive, with a total mean MINICHAL scale score of 12.6, where lower scores indicate better quality of life. Inferential analyses showed that age, using the Kruskal-Wallis test ($H=11.80$, $p=0.02$), and the number of comorbidities, using the chi-square test ($\chi^2(3) = 8.61$, $p=0.035$), influenced medication adherence. Gender ($U=8353$, $p=0.02$) and the number of comorbidities ($\chi^2(3) = 26.11$, $p<0.001$) affected the perception of quality of life. Simultaneously, family functioning was statistically associated with treatment adherence ($\chi^2(1) = 19.03$, $p<0.001$) and quality of life ($U=6663.5$, $p<0.001$). Spearman's correlation analysis confirmed these associations, with a positive and significant correlation between family functioning and adherence ($r=0.38$, $p<0.001$) and a negative and significant correlation with quality of life ($r=-0.37$, $p<0.001$).</p> <p>These results highlight the central role of the family in the management of hypertension, with a strong influence on treatment adherence and quality of life. The study therefore reinforces the importance of the EEECESF intervention in promoting family functioning and well-being in the context of chronic disease.</p>
------------------------	--

Keywords:	Hypertension; Quality of Life; Family Functioning; Medication Adherence; Family Relationships; Family Nursing
------------------	--

Siglas

ACES - Agrupamento centros de saúde

APGAR - Adaptação (Adaptation) Participação (Participation); Crescimento (Growth); Afeição (Affection)

ARA II - Antagonistas dos recetores da angiotensina II

BI- CSP - Bilhete de identidade dos cuidados saúde primários

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CHPVVC - Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila de Conde

CPTF - Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário República

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EECESF - Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária Na Área De Enfermagem De Saúde Familiar

EEESF – Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Familiar

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

HTA - Hipertensão Arterial

IECA - Inibidores Da Enzima De Conversão Da Angiotensina

MAT - Escala De Medidas De Adesão Aos Tratamentos

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MDAIF - Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar

MIM@UF - Módulo De Informação e Monitorização Das Unidades Funcionais

MINICHAL - Mini-Questionário de Saúde e Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAUF - Plano de Ação da Unidade Funcional

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

QV - Qualidade de vida

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC - Serviço de atendimento complementar

SF-36- Short Form Health Survey (36)

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNS 24 - Serviço Nacional de Saúde 24

TA - Tensão arterial

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

ULSPVVC - Unidade Local de saúde Póvoa de Varzim, Vila de Conde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD - Visitação domiciliária

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	3
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	4
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	11
2.1. Competências comuns	11
2.2. Competências Específicas.....	13
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1 Hipertensão Arterial	19
2.2 Funcionalidade Familiar	21
2.3 Qualidade de Vida.....	24
2.4 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar	26
3. METODOLOGIA	28
3.1 Questões e hipóteses de investigação	28
3.2 População e amostra	29
3.3 Tipo de estudo.....	29
3.4 Variáveis em estudo	30
3.5 Instrumento de recolha de dados.....	31
3.6 Questões éticas e procedimento de recolha de dados	32
3.7 Procedimento de tratamento e análise de dados.....	33
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
4.1 Caracterização sociodemográfica	36
4.2 Caracterização Clínica	38
4.3 Análise da consistência interna das escalas	38
4.4 Caracterização da Funcionalidade Familiar	39
4.5 Caracterização da Escala de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	40
4.6 Caracterização da Escala MINICHAL	41
4.7 Teste de Hipóteses.....	42
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56

5.1. Caracterização da amostra.....	56
5.2. Análise das hipóteses	58
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	62
6.1 Limitações do estudo.....	63
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	76
APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS	77
APÊNDICE II – PEDIDO PARA COMISSÃO ÉTICA.....	86
APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO ÉTICA.....	93
APÊNDICE IV– PEDIDOS AUTORIZAÇÕES PARA USO ESCALAS.....	95
APÊNDICE V–AUTORIZAÇÕES PARA USO ESCALAS	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:Índice de dependência total	8
Figura 2: Pirâmide etária dos utentes inscritos- USF St ^a Clara	8
Figura 3: Pirâmide etária - lista enfermeira tutora.....	9
Figura 4: Índice dependência total lista enfermeira tutora.....	10
Figura 5: Dispersão entre os níveis médios de adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida.	53
Figura 6: Dispersão entre os níveis médios de funcionalidade familiar e a qualidade de vida.....	54
Figura 7:Dispersão entre os níveis médios da funcionalidade familiar e o regime medicamentoso.	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 240).....	37
Tabela 2:Caracterização clínica da amostra (n= 240).....	38
Tabela 3: Consistência interna das dimensões das escalas e suas dimensões.	39
Tabela 4:Caracterização dos resultados da aplicação da escala APGAR familiar (n=240)	39
Tabela 5:Caracterização de adesão aos tratamentos (MAT) por item (n=240).....	40
Tabela 6:Pontuação da escala MINICHAL total e por domínios (n=240).....	41
Tabela 7:Pontuação da escala de MINICHAL total e dividida pelas dimensões.	42
Tabela 8: Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR) e as variáveis sociodemográficas (n=240)	43
Tabela 9:Relação entre a adesão ao regime medicamentoso e as variáveis sociodemográficas dos participantes (n=240)	44
Tabela 10: Relação entre a qualidade de vida (MINICHAL Total) e as variáveis sociodemográficas dos participantes (n=240)	46
Tabela 11: Relação entre a qualidade de vida (dimensão Estado Mental) e as variáveis sociodemográficas.	47
Tabela 12: Relação entre a qualidade de vida (dimensão Estado Mental) e as variáveis sociodemográficas (n=240)	48
Tabela 13:Relação entre a percepção de impacto da HTA (questão 17) e as variáveis sociodemográficas (n=240)	48
Tabela 14: Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e as variáveis clínicas dos participantes (n=240)	49
Tabela 15: Relação entre a adesão regime medicamentoso e as variáveis clínicas (n=240)	50
Tabela 16: Relação entre a qualidade de vida (MINICHAL Total) e as variáveis clínicas (n=240).....	50
Tabela 17: Relação entre a qualidade de vida (Domínio Estado Mental) e as variáveis clínicas (n=240)	51
Tabela 18: Relação entre a qualidade de vida (Domínio Manifestações Somáticas) e as variáveis clínicas (n=240)	51
Tabela 19:Relação entre a percepção de impacto da HTA (Questão 17) e as variáveis	

clínicas (n=240)	51
Tabela 20: Relação entre a adesão regime medicamentoso e a qualidade de vida (n=240)	52
Tabela 21:Relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida (n=240).....	53
Tabela 22:Relação entre a funcionalidade familiar e a adesão ao regime medicamentoso (n=240).....	55

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio enquadra-se no contexto do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, do ano letivo 2024/2025, lecionado pelo consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. Configura-se como um instrumento de avaliação, evidenciando o percurso desenvolvido na unidade curricular de estágio de Enfermagem de Saúde Familiar, integrada no 2º ano, 1º semestre.

Os objetivos principais da disciplina eram a aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) e a realização de um estudo de investigação. Neste sentido, o presente documento encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte descreve o percurso do estágio, realizado entre os dias 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Santa Clara

- modelo B, localizada na Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim, Vila de Conde (ULSPVVC). A segunda parte apresenta o projeto de investigação realizado, cujo tema foi “Perceção de funcionalidade familiar, adesão terapêutica e qualidade de vida nos utentes com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA)”.

A escolha do tema de investigação prendeu-se com a relevância clínica e social da HTA, considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à sua elevada prevalência e ao impacto na morbilidade e mortalidade cardiovascular. A sua distribuição varia entre regiões e países, sendo mais acentuada em contextos sócio económicos desfavorecidos, e uma proporção significativa de pessoas hipertensas permanece sem diagnóstico ou com controlo insuficiente, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção e gestão mais eficazes (Mância et al.,2023). Em Portugal estima-se que a prevalência desta doença na idade adulta atinja os 42,6%, sendo que, destes, menos de metade estará medicada e apenas 11,2% estará controlada. Além disso, a HTA é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, retinopatia hipertensiva, disfunção erétil e doença arterial periférica (SNS24, 2025).

Desta forma, com o propósito de analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas

e clínicas e a percepção de funcionalidade familiar e qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso nos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto, formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a percepção de funcionalidade familiar, a qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso, nos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto?

Para responder a esta questão, recorreu-se a um estudo de metodologia quantitativa, observacional, descritivo-correlacional e transversal.

A realização deste estudo tornou-se fundamental para compreender os múltiplos fatores que podem influenciar a vida da pessoa e da família que vivem com uma doença crónica, integrando dimensões clínicas, familiares e sociais. Pretende-se, com este trabalho, contribuir para uma prática de enfermagem mais informada, centrada na pessoa e na sua rede de suporte, permitindo uma análise aprofundada da percepção da funcionalidade familiar, da qualidade de vida e da adesão terapêutica. Ao fazê-lo, valoriza-se o papel do EEECESF na implementação de intervenções baseadas na evidência, com impacto direto na gestão da doença crónica. Simultaneamente, este trabalho reflete o percurso formativo realizado, articulando durante o estágio as vertentes assistenciais na prestação de cuidados, educativa e de investigação.

Assim, este relatório está organizado em dois capítulos principais. No Capítulo I procede-se à análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências adquiridas ao longo do percurso formativo, onde numa primeira parte se procede à contextualização do estágio, seguida de uma descrição sobre as competências desenvolvidas, agrupadas em competências comuns e competências específicas do EEECESF. O capítulo II é dedicado ao estudo empírico realizado no âmbito da prática clínica, iniciando-se com a contextualização do estudo e o respetivo enquadramento teórico. Seguem-se a descrição da metodologia utilizada, incluindo o tipo de estudo, a população e amostra, as questões de investigação, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dado, as questões éticas e os procedimentos de tratamento e análise dos dados. Posteriormente, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, culminando com as conclusões do estudo. Por último é apresentada uma síntese conclusiva do relatório, onde se articulam os principais contributos do percurso formativo.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 instituiu um grupo técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que, entre outras missões, visava desenvolver a metodologia para a criação das USF. Neste âmbito, em 2007 com o Decreto-Lei nº 298/2007, foi estabelecido o regime jurídico do funcionamento e organização das USF, bem como os incentivos a atribuir aos profissionais nelas integrados. Neste decreto-lei, as USF são definidas como unidades autónomas, formadas por equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, organizadas de forma a garantir uma resposta eficaz e eficiente à sua população. As USF operam com autonomia a nível organizativo, técnico e funcional. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de saúde personalizados, acessíveis, de qualidade e adequados ao contexto de cada comunidade. Valoriza-se a responsabilização das equipas e a melhoria contínua dos cuidados. Importa referir que as USF incluem também mecanismos de avaliação de desempenho dos seus profissionais (Decreto-Lei nº 298, 2007).

A estrutura orgânica da USF é constituída pelo coordenador da equipa, conselho técnico e conselho geral. A população inscrita numa USF não deve ser inferior a 4000, nem superior a 18 000 utentes. A lista de utentes atribuída a cada médico e enfermeiro de família é organizada privilegiando-se a estrutura familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023).

No seguimento das orientações do Decreto-Lei nº 102/2023, foi criada, em 1 de janeiro de 2024, a ULSPVVC, que passou a integrar numa única entidade o Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila de Conde (CHPVVC) e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da mesma área geográfica. Esta reorganização reflete uma estratégia nacional de transformação estrutural do Serviço Nacional de Saúde (SNS), orientada para a simplificação de processos e melhoria da articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde.

A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) visa promover uma maior integração entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, com impacto positivo na experiência dos utentes e na continuidade dos seus percursos assistenciais. O novo modelo confere maior autonomia às unidades na gestão de recursos. Este modelo valoriza a participação ativa de vários intervenientes, incluindo os profissionais, comunidades,

autarquias e cidadãos. Espera-se que esta integração contribua para uma gestão mais eficiente dos recursos públicos e para uma maior proximidade entre os serviços, com o objetivo de adaptar os serviços às necessidades da população e garantir uma utilização mais eficiente dos recursos públicos (Decreto Lei nº102/2023).

A ULSPVVC abrange 18 unidades: 14 USF, entre as quais as USF St.^a Clara e Aqueduto, uma Unidade de Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma equipa de fisioterapia, um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e uma Equipa Coordenadora Local (ECL). A URAP dispõe de serviços de nutrição, medicina dentária, podologia e serviço social, disponíveis a todos os utentes mediante referênciação pela equipa de saúde da USF.

Tal como preconizado pela unidade curricular, o estágio foi realizado entre os dias 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, na USF St.^a Clara. A carga horária total do estágio correspondeu a 390 horas de contacto direto e 210 horas para a elaboração do relatório final, sob a supervisão e orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Patrícia Costa, e orientação académica do Professor Doutor Manuel Brás e da Mestre Dora Machado.

Durante este estágio o objetivo central foi a aquisição das quatro competências comuns, do enfermeiro especialista: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019) e das duas competências específicas do EEECESF: 1) Cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital aos diferentes níveis de prevenção; 2) Liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018).

A USF St.^a Clara foi fundada em 2007 e no ano seguinte progrediu para o modelo B. O seu processo de Acreditação iniciou-se em 2022 e em outubro de 2023 recebeu a certificação de qualidade, com o nível “Bom”, em reconhecimento à sua prestação de cuidados. Em conformidade com a carta de compromisso, a USF compromete-se a oferecer cuidados de saúde à população inscrita na sua área geográfica, adotando uma

postura sustentável e próxima das famílias e dos seus membros, ajustando a sua prestação às necessidades específicas da sua população.

A USF Santa Clara está localizada na freguesia de Vila do Conde, numa área que conta com excelentes acessos para a sua população, que pode recorrer à unidade utilizando transporte próprio ou transportes públicos, nomeadamente a linha B do Metro do Porto ou diversas linhas de autocarro.

Em relação às barreiras arquitetónicas, o edifício conta com uma rampa de acesso para pessoas com limitações de mobilidade, além de um elevador que permite o acesso ao primeiro piso. A equipa multidisciplinar da USF Santa Clara é constituída por nove enfermeiros, nove médicos, sete secretários clínicos e três internos de Medicina Geral e Familiar, um assistente operacional, duas funcionárias de uma empresa de limpeza e um elemento de segurança.

No âmbito da equipa de enfermagem, ressalta-se a valorização da formação contínua e especializada. Todos os membros da equipa são especialistas, com destaque para seis EEECESF, um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, um especialista em saúde materna e obstetrícia e um especialista em reabilitação. Como método de trabalho a equipa recorre à partilha de uma lista única e comum entre o enfermeiro e o médico de família.

A USF mantém um horário contínuo de funcionamento entre as 8:00 e as 20:00 horas nos dias úteis, com exceção da quinta-feira, quando ocorre uma reunião multiprofissional e a USF encerra a prestação de cuidados entre as 12h e as 13h. Durante o fim de semana e feriados, para atender às necessidades da população, o serviço de atendimento complementar (SAC) permanece em funcionamento das 8:00 às 14:00 h, com agendamento realizado a partir das, do hospital, do centro de contacto do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS 24) ou por iniciativa do utente. Todos os enfermeiros que integram os CSP da ULSPVVC são escalados para efetuar turnos no SAC, seguindo uma ordem alfabética. O SAC funciona num edifício que corresponde a outra USF, situado na Póvoa de Varzim. Para cada turno, é escalado um enfermeiro, dois médicos e um assistente técnico.

A equipa de cuidados presta serviços através de consulta programada (presencial ou via telefónica), consulta aberta e visitação domiciliária (VD). A consulta aberta destina-se a

situações de doença aguda ou inadiáveis pelo utente. Para dar resposta a estas situações, cada profissional tem um período específico parametrizado no seu horário de trabalho, destinado para esse efeito. O agendamento é realizado pelo secretariado clínico ou pelo SNS24.

A VD pode realizar-se para promoção da saúde (consultas de vigilância), por iniciativa da equipa, junto da família que integra um membro dependente. Esta VD realiza-se pelo menos uma a duas vezes por ano, podendo a frequência ser aumentada de acordo com as necessidades identificadas. Pode também ser agendada a VD por solicitação do utente, de um membro da família, ou por outra equipa de cuidados. A equipa de saúde também realiza visitas domiciliárias à puérpera e ao recém-nascido, assegurando uma abordagem centrada na continuidade e proximidade dos cuidados. Esta visita permite a avaliação do estado de saúde da mãe e do bebé, bem como o apoio à amamentação, a identificação precoce de sinais de alerta e frequentemente a realização do teste de rastreio neonatal.

A resposta ao pedido de VD é assegurada, segundo regulamento interno da USF, em 24 horas. Toda a atividade assistencial é devidamente documentada no SClinico.

No âmbito da operacionalização da contratualização nos CSP do biénio 2024/2025, a equipa multidisciplinar assume o plano de desempenho do ACES e o seu Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF).

Durante o estágio, registaram-se aproximadamente 15891 utentes inscritos na USF ST^a Clara. O índice de dependência total da USF Santa Clara apresentava-se com uma taxa de 52,37%, sendo que este número se reportava não a um índice individual de dependência no autocuidado, mas sim, à relação entre a população jovem (18,59%) e idosa (superior a 65 anos) - 33.78% com níveis de dependência.



Figura 1:Índice de dependência total

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

De forma mais pormenorizada, importa referir que a população com idade igual ou superior a 75 anos era composta por 1696 utentes, sendo a maioria do sexo feminino, com 1018 mulheres inscritas.

A análise da pirâmide etária da população inscrita na unidade, apresentada na figura 2, através dos dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários (BI- CSP), revela que a maioria dos utentes era do sexo feminino, com 8283 inscrições face a 7608 masculinas.



Figura 2:Pirâmide etária dos utentes inscritos- USF Stª Clara

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

De acordo com a pirâmide etária, é ainda possível verificar que a faixa etária mais representada no sexo masculino correspondia aos 45-49 anos, enquanto no sexo feminino a maior prevalência se situava entre os 50-54 anos.

Através da plataforma Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) conseguimos aceder à lista de principais diagnósticos médicos, destacando-se a incidência da doença crónica, nomeadamente a hipertensão, a obesidade, as alterações de lípidos e a sensação de nervosismo. Nos fenómenos de enfermagem, e em concordância com o acima referido, destacava-se a incidência dos focos de atenção: excesso de peso, hipertensão, uso de tabaco, uso de álcool e gestão do regime terapêutico.

A lista da enfermeira orientadora contava com um total de 1821 indivíduos inscritos, ultrapassando o valor mínimo recomendado, o que por vezes resultava num aumento da carga assistencial e causava impacto na qualidade e eficiência do atendimento.

A pirâmide etária da lista da enfermeira atribuída, apresentada na figura 3, constitui também um instrumento de suporte fundamental à tomada de decisão da enfermeira de família, permitindo o planeamento orientado para as reais necessidades da população e centrado nos diferentes ciclos de vi

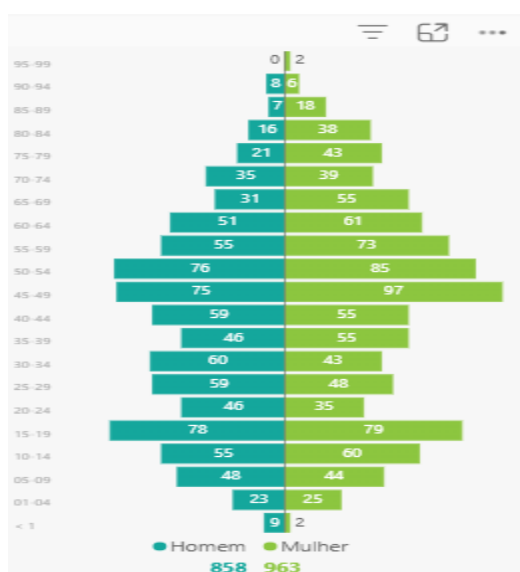


Figura 3: Pirâmide etária - lista enfermeira tutora

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

A pirâmide etária apresentava em março de 2025, um total de 1821 utentes inscritos, dos

quais 858 eram do sexo masculino e 963 do sexo feminino. Esta distribuição revela uma ligeira predominância do sexo feminino. A análise da pirâmide etária permite ainda identificar uma distribuição relativamente homogênea nas faixas etárias intermédias, com o maior número de utentes entre os 45 e os 64 anos, destacando-se os grupos de 50-54 e 55-59 como os mais representativos. Verificava-se ainda uma presença expressiva de utentes com 65 ou mais anos, com predominância do sexo feminino. Por outro lado, a base da pirâmide apresentava uma menor representatividade nomeadamente nos grupos etários até aos 14 anos. Relativamente ao índice de dependência, o mesmo era de 47,33 %, conforme a figura 4. De acordo com os dados, a dependência idosa da lista da enfermeira tutora atingia 25,81% e a dependência jovem era de 21,52%. Esta distribuição evidencia uma ligeira predominância da dependência associada ao envelhecimento, o que está em consonância com o perfil demográfico da lista e com a estrutura da pirâmide etária previamente analisada.



Figura 4: Índice dependência total lista enfermeira tutora

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2025)

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os modelos e as teorias de enfermagem são estruturantes para a compreensão e atribuição de valor à prática. A sua aplicação promove uma prática rigorosa, assente em pressupostos científicos e filosóficos válidos e comprovadamente eficazes (Associação Internacional de Enfermagem Familiar, 2015).

Segundo Figueiredo (2012), os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação entre o enfermeiro e a família, o que envolve a criação de uma relação significativa, terapêutica e interpessoal. Este processo destaca as relações e a reciprocidade, desenvolvendo-se de forma colaborativa com a família, de modo a fomentar a participação dos seus membros em todas as fases do cuidado. Para o exercício da sua profissão em USF, o enfermeiro tem de ser detentor do título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017), reconhecendo-se as competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019). Com o cumprimento do estágio em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o processo de aprendizagem desenvolve-se em contexto de prática clínica e através deste foi possível o desenvolvimento de competências focadas nos cuidados às famílias.

O presente estágio teve como objetivo o desenvolvimento das competências comuns ao enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), nos seus diferentes domínios, e das competências específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018).

2.1. Competências comuns

As competências comuns ao Enfermeiro Especialista são as aptidões que todos os enfermeiros especialistas devem possuir, independentemente da sua área específica de atuação. De acordo com o artigo 3.º do Regulamento n.º 140/2019, estas competências abrangem a capacidade avançada de planear, gerir e supervisionar cuidados e fornecer apoio ao exercício profissional, especialmente no âmbito da formação, investigação e assessoria. O regulamento define os seguintes domínios:

Responsabilidade profissional, ética e legal - Durante o estágio, a autora demonstrou uma

prática ética e responsável, sustentada nos princípios deontológicos e legais. A sua prática, supervisionada e integrada na equipa multiprofissional, pautou-se pelo respeito pelos direitos humanos e pelos valores e crenças dos utentes e das suas famílias, promovendo cuidados humanizados e centrados na pessoa. Assegurou o consentimento informado em todas as intervenções, garantindo a compreensão e a participação ativa dos utentes. Manteve a confidencialidade e o sigilo profissional, quer nos contactos diretos, quer nos registos clínicos.

Num episódio em que um utente recusou a terapêutica, a autora respeitou a sua decisão, optando por esclarecer os riscos e benefícios sem impor a conduta, demonstrando o seu respeito pela autonomia do indivíduo.

Melhoria contínua da qualidade – A autora assumiu um papel central na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, colaborando ativamente em diversas iniciativas. Participou na revisão de procedimentos e na realização de auditorias internas, contribuindo para o processo de acreditação da USF. Além disso, participou em reuniões de monitorização de indicadores, analisando resultados, e em momentos de discussão clínica, fortalecendo o seu pensamento crítico para assegurar a segurança e a excelência dos cuidados prestados.

Gestão de cuidados – A competência de gestão de cuidados permitiu à autora planear, coordenar e articular recursos e intervenções para otimizar a resposta da equipa e garantir a continuidade dos cuidados. Participou em processos de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando que os utentes tivessem acesso aos recursos disponíveis mais adequados. Esta articulação demonstrou a importância da comunicação eficaz e de uma avaliação criteriosa. Colaborou também na gestão logística da unidade, incluindo a monitorização de stocks de material clínico e farmacêutico.

Este trabalho reforçou a sua perceção sobre a importância de uma organização eficaz para garantir a continuidade e segurança dos cuidados. No âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos antimicrobianos (PPCIRA), consolidou conhecimentos sobre práticas seguras. A participação na equipa de gestão de risco permitiu-lhe identificar e refletir criticamente sobre situações com potencial para eventos adversos, colaborando na elaboração do mapa de riscos da unidade. Aprofundou ainda

competências na avaliação e abordagem de feridas, bem como na implementação de estratégias preventivas e ensinamentos aos cuidadores em contextos domiciliares. A colaboração com a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF), facilitou a adoção de práticas clínicas atualizadas. Estas experiências permitiram-lhe compreender que a atuação do enfermeiro especialista vai além da prestação direta de cuidados, integrando uma dimensão de gestão e liderança fundamental para a melhoria contínua dos processos e para a segurança do doente e do profissional.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – A autora desenvolveu esta competência através da reflexão crítica da sua prática, supervisionada pela enfermeira orientadora e em interação com a equipa. A sua prática clínica foi sustentada na evidência científica, tendo realizado pesquisa bibliográfica, consultado protocolos e participado em discussões clínicas. Conduziu a sua intervenção com base em *guidelines*, reforçando a empatia e a assertividade.

O processo de reflexão contínua permitiu o fortalecimento do autoconhecimento e da assertividade, essenciais para uma comunicação eficaz e uma tomada de decisão fundamentada. A melhoria da prática foi assegurada pela revisão das intervenções e pela identificação das necessidades de aperfeiçoamento contínuo.

2.2. Competências Específicas

As competências específicas do EEECESF são definidas pelo Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, com o propósito de estabelecer um referencial para a certificação profissional (Diário da República, 2.ª série- N.º 135- 16 de julho de 2018). Estas competências estão organizadas em duas áreas, pautada nos seguintes domínios:

1- “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”

No âmbito desta competência, a autora centrou a sua intervenção na família como unidade central de cuidados, com o objetivo de promover a sua capacitação e a de cada um dos seus membros. A intervenção de enfermagem, direcionada às necessidades da família, integrou os diferentes níveis de prevenção, garantindo um acompanhamento contínuo e de proximidade. A construção de uma relação terapêutica foi fundamental, assente na

empatia, consideração e credibilidade, para que a autora se tornasse uma referência acessível. Esta abordagem permitiu ajustar as intervenções às necessidades específicas de cada família, intervindo de forma eficaz na promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de situações complexas.

Durante as consultas, a autora recorreu ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este instrumento de recolha de dados, baseado nos princípios do Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF), permitiu uma análise aprofundada da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família, facilitando a tomada de decisão clínica e reforçando o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar como um agente facilitador das transições ao longo do ciclo vital.

A monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, foi realizada através do acompanhamento de famílias em contextos de doença crónica, envelhecimento, sobrecarga do cuidador e parentalidade. As visitas domiciliárias revelaram-se essenciais para observar diretamente o ambiente familiar e identificar os recursos disponíveis e as fragilidades face às exigências dos processos de transição.

Com base nesta avaliação, foram elaborados planos de cuidados ajustados e participativos, utilizando a comunicação terapêutica centrada na escuta ativa, empatia e *empowerment*, o que contribuiu para a adaptação e autonomia das famílias na gestão da sua saúde.

A prática foi sustentada na evidência científica, com a autora a aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado para definir e implementar planos de cuidados. Ao longo do estágio, a autora envolveu-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, aplicando conhecimentos atualizados sobre intervenção familiar, transição de vida e gestão da doença crónica. A reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, com a supervisão da enfermeira orientadora, permitiu analisar casos e redefinir estratégias, promovendo o seu crescimento profissional e o fortalecimento de competências técnicas, relacionais e éticas.

Para formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções, a autora registou as suas ações no SClínico, fundamentando o plano de cuidados nos conhecimentos teóricos adquiridos. A utilização do MDAIF permitiu uma avaliação mais profunda do sistema familiar, promovendo a continuidade dos cuidados e a identificação

de necessidades individuais e familiares. No entanto, identificou uma limitação no sistema, que não contempla campos específicos para o registo de dinâmicas familiares. Ainda assim, a gestão rigorosa da informação clínica contribuiu para a prestação de cuidados mais eficazes e seguros.

2- “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

No desenvolvimento desta competência, a autora assumiu um papel ativo na articulação com diferentes profissionais e serviços. Atuou junto da equipa multiprofissional da unidade, promovendo referências para o(a) médico(a) de família, RNCCI, podologia e programas de apoio à parentalidade.

A aplicação do MDAIF permitiu-lhe avaliar de forma aprofundada as dinâmicas familiares e gerir os cuidados aos diferentes níveis de prevenção, tornando-se uma referência entre os colegas na utilização deste modelo. Paralelamente, desenvolveu um projeto de investigação no âmbito do estágio, que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento em enfermagem de saúde familiar e fomentou a prática com base na evidência científica.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A HTA constitui um dos principais desafios da saúde pública a nível mundial, afetando cerca de 1,28 mil milhões de adultos, entre os 30 e os 79 anos. A maioria destes indivíduos reside em países de baixo e médio rendimento, onde menos de 20% consegue manter a tensão arterial controlada (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021a). Em Portugal, a prevalência da HTA mantém-se elevada, estimando-se que cerca de 36,7 % da população adulta apresente esta condição, o que implica um impacto considerável nos serviços de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Santos et al., 2022).

A complexidade da HTA e o seu impacto na qualidade de vida dos utentes justificam uma análise aprofundada de fatores que podem influenciar a gestão da doença. Neste sentido, o presente estudo teve como questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a perceção de funcionalidade familiar, a qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso, nos utentes com diagnóstico de HTA das USF St.ª Clara e Aqueduto?

O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar e de qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso, nos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Aqueduto. Para tal, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra em estudo;
- Avaliar a perceção de funcionalidade familiar, a adesão ao regime medicamentoso e a perceção da qualidade de vida da amostra em estudo;
- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção de funcionalidade familiar dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St.ª Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime medicamentoso dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St.ª Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St.ª Clara e Aqueduto;

- Avaliar a relação entre as variáveis clínicas e a percepção de funcionalidade familiar dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime medicamentoso dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre as variáveis clínicas e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre os níveis de adesão ao regime medicamentoso e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;
- Avaliar a relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a adesão ao regime medicamentoso dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Hipertensão Arterial

As doenças crónicas não transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, diabetes e doenças respiratórias, representam um dos maiores desafios contemporâneos em todo o mundo. Caracterizam-se pela sua longa duração e frequentemente pela ausência de cura. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2023a), são responsáveis por aproximadamente 74% de todas as mortes que ocorrem globalmente, tendo mais incidência em países subdesenvolvidos. A hipertensão arterial, sendo uma doença crónica, constitui um fator de risco primário para doenças cardiovasculares e uma das principais causas evitáveis de morte prematura em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2023, o Relatório Mundial sobre a Hipertensão com o objetivo de incentivar os governos a adotarem estratégias eficazes de rastreamento e tratamento da doença. O relatório destaca que o aumento do tratamento eficaz pode evitar aproximadamente 76 milhões de mortes até 2050 (OMS, 2023b).

Para além das repercussões clínicas, os encargos económicos que lhe estão associados são igualmente relevantes (OMS, 2023c). Em Portugal, um estudo realizado por Nicolau (2021) estimou que, no ano de 2019, os custos diretos e indiretos da hipertensão atingiram cerca de 6,4 mil milhões de euros, representando aproximadamente 2,99% do produto interno bruto nacional. Estes custos refletem não apenas os encargos com cuidados de saúde, mas também a perda de produtividade e a carga das complicações associadas à doença (Nicolau, 2021).

A HTA é uma condição médica caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial, com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, avaliada em diversas ocasiões (DGS, 2011). Apresenta-se como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, e estima-se que afete uma significativa parte da população mundial, contribuindo para elevada morbidade e mortalidade. Esta é uma das doenças crónicas mais prevalentes em Portugal, afetando cerca de 36% da população adulta e representa a principal causa de

morte no país (Santos et al., 2022). Além disso, esta doença crónica não transmissível, a longo prazo, e se mal controlada, pode apresentar-se como um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias (DGS, 2023).

Embora muitas vezes assintomática, provoca danos progressivos aos órgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos, o que pode levar à morte ou incapacidade prolongada.

O controlo eficaz envolve intervenções farmacológicas e intervenções de mudança de estilo de vida, tais como uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, a cessão tabágica e a redução do consumo de sal (PAHO, 2021b). A etiologia da HTA classifica-se em duas categorias: (i) HTA essencial, primária ou idiopática, que se apresenta como a mais frequente e é responsável por cerca de 90% dos casos. Não possui uma causa identificável e está associada a fatores de risco como idade, predisposição genética, consumo excessivo de sal/álcool, obesidade, sedentarismo e tabagismo; (ii) hipertensão secundária, que é menos frequente, porque resulta de uma patologia associada, como sejam as doenças renais e endócrinas, ou do uso de alguns medicamentos (Barbosa, 2023).

O tratamento da patologia referida tem como objetivo o controlo dos valores de tensão arterial (TA), por forma a atrasar ou evitar o desenvolvimento de outras patologias, e tem duas abordagens possíveis: o tratamento farmacológico e o tratamento não farmacológico (Mengue et al., 2016). Dentro do regime medicamentoso, são várias as moléculas disponibilizadas no mercado. De acordo com Norma nº 026/2013 da DGS, a abordagem terapêutica da hipertensão arterial inclui medidas farmacológicas específicas para o controlo eficaz da pressão arterial. A escolha terapêutica deve considerar fatores como idade, lesões nos órgãos alvo, fatores de risco cardiovasculares concomitantes, comorbilidades e possíveis contraindicações dos fármacos. As principais classes de medicamentos incluem (1) diuréticos tiazídicos (frequentemente utilizados como primeira linha de tratamento); (2) inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (indicados em casos de insuficiência cardíaca, diabetes ou nefropatias); (3) antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARAI) (alternativa aos IECA) ; (4) bloqueadores dos canais de cálcio (eficazes em monoterapia ou em combinação, especialmente em idosos); (5) betabloqueadores (mais indicados em situações específicas, como pós-enfarte do miocárdio ou arritmias) (DGS, 2013).

As medidas não farmacológicas, como a adoção de uma dieta equilibrada, a prática regular de exercício físico, a cessação tabágica e a redução do consumo de sal, apresentam-se como essenciais para diminuir a pressão arterial e reduzir a necessidade de medicamentos (Barbosa, 2023).

A falta de adesão ao regime terapêutico proposto apresenta-se como um dos principais responsáveis pelos baixos níveis de controlo dos valores tensionais e custos elevados nos serviços de saúde (Costa, 2012).

Um dos fatores associados à baixa adesão ao tratamento parece ser o baixo nível de literacia da população, nomeadamente acerca dos valores tensionais que se consideram elevados e como estes se podem traduzir num fator de risco para o aumento de doenças cardiovasculares (Bernardes et al.,2022). Corroborando com o mencionado, parece possível que a estratégia a nível da prevenção seja ainda reduzida e/ou ineficaz.

Tendo em conta estas lacunas, importa salientar que a prevenção da HTA exige, por parte do utente e da sua família, não apenas informação, mas também uma adequada autogestão, autocapacitação e motivação intrínseca. Estas competências e atitudes são essenciais para promover uma mudança no estilo de vida e garantir a sua manutenção ao longo do tempo (Bernardes et al.,2022).

2.2 Funcionalidade Familiar

A família constitui um sistema dinâmico e interdependente, funcionando como um todo que é superior à simples soma das suas partes, uma vez que apresenta propriedades próprias que emergem da interação entre os seus membros. Dado que essas partes não são redutíveis individualmente, qualquer alteração em um dos elementos repercute-se tanto no indivíduo como no sistema familiar, originando um processo de adaptação contínua, com vista à preservação de um equilíbrio dinâmico dentro da unidade familiar (Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2012), cada família funciona como um sistema único onde cada indivíduo cresce, adapta-se e apresenta um desenvolvimento de modo a distinguir -se como ser único. Mas, como em qualquer sistema, as interações são inevitáveis, o que faz com que todos os membros de uma família se influenciam e sejam influenciados uns pelos outros.

Considerando a visão sistémica, preconizada nomeadamente para o EEESF, o diagnóstico de HTA impacta utente e a família, porque, enquanto doença crónica, acarreta diversos desafios que exigem à equipa “utente/família” uma maior capacidade de adaptação, mobilização de conhecimentos e competências e estratégias de *coping*. A incapacidade para superar os desafios associados a uma doença crónica pode resultar em situações de rutura na organização pessoal, profissional, familiar e social (Figueiredo, 2012).

A influência do ambiente familiar no controlo da hipertensão arterial é reconhecida na literatura, uma vez que um suporte familiar adequado pode favorecer a adesão ao tratamento e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Por outro lado, obstáculos como conflitos familiares e níveis alterados de *stress* podem comprometer a gestão eficaz da doença (Pinto et al., 2021).

Assim, o EEESF deve investir numa parceria de cuidados com indivíduos e família, para identificar recursos, fragilidades e competências, que permitam planear uma intervenção eficaz (Figueiredo, 2012). Cabe, ainda, a este profissional, adaptar-se aos seus clientes, adequando a sua intervenção, nomeadamente por adoção de uma comunicação acessível e assertiva, potenciando uma relação terapêutica. Além disso, para obter ganhos em saúde e alterar comportamentos para estilos de vida saudáveis, deve ser capaz de, controlando a mensagem, disponibilizar informação simples e fidedigna, ser uma fonte de conhecimento e envolver-se no processo de adaptação à doença (DGS, 2023).

Compreendendo a importância da família neste processo, é certo que para uma melhor gestão e planeamento dos cuidados, a avaliação, análise e intervenção deve ser efetuada à família e adaptada à sua funcionalidade, para que a abordagem seja mais eficiente (Sousa et al., 2010).

O apoio familiar é fundamental para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, onde Pereira e Costa (2024) destacam que a utilização de instrumentos de avaliação familiar pode auxiliar na compreensão das crenças e expectativas do utente, promovendo um ambiente que favorece a adesão terapêutica. Desenvolvida por Smilkstein em 1978, a Escala APGAR Familiar é uma ferramenta destinada à avaliação da funcionalidade familiar, através da medição do nível de satisfação dos membros da família relativamente a cinco componentes essenciais: Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução (da sigla original em inglês APGAR, que significa *Adaptation, Partnership,*

Growth, Affection e Resolve). Cada componente é avaliada através de questões, cujas respostas variam de 0 a 2 pontos, totalizando uma pontuação que classifica a funcionalidade familiar desde disfunção acentuada até altamente funcional (Gomes et al., 2021).

Uma revisão integrativa realizada por Gonçalves et al., (2023) destacou a praticidade e a facilidade de aplicação do APGAR Familiar, reforçando a sua utilidade na avaliação das relações familiares em diversos contextos. No entanto, é importante considerar que de acordo com Abreu (2023) a escala foi desenvolvida há mais de quatro décadas e pode não abranger completamente as dinâmicas das famílias contemporâneas. Nesse sentido, propôs uma reformulação do APGAR Familiar para incluir aspetos como gestão financeira, dedicação, comunicação, crises e participação, visando uma avaliação mais abrangente da funcionalidade na sociedade atual.

Apesar das limitações mencionadas, o APGAR Familiar continua a ser uma ferramenta relevante na prática clínica, particularmente na enfermagem de saúde familiar. A sua aplicação permite perceber a percepção dos próprios membros sobre o funcionamento familiar, favorecendo a identificação de situações de risco que possam comprometer a sua dinâmica. Tal como refere Figueiredo (2012), um evento negativo que afete um dos elementos da família pode repercutir-se em todo o seu funcionamento.

O funcionamento familiar vai de encontro à teoria geral dos sistemas conjugais e familiares, assumindo que todos os acontecimentos que ocorrem numa família nunca ocorrem de forma isolada e que uma situação que afete um dos elementos irá afetar, toda a família (Figueiredo, 2012).

Nesse sentido o estudo de Figueiredo et al. (2023) enfatiza a importância da capacitação tanto do utente hipertenso quanto da sua família para a gestão eficaz da doença.

Através de intervenções de enfermagem, observou-se um aumento no conhecimento dos utentes sobre a hipertensão e mudanças nos comportamentos associados a estilos de vida saudáveis.

Pode-se verificar, através deste estudo, que após a intervenção, 70% dos utentes começaram a praticar atividade física de forma regular e 87% reduziram a ingestão diária de sal. Estes resultados destacam a relevância de os EEECESF envolverem a família no processo de cuidado, promovendo a autonomia na tomada de decisões e adoção de

comportamentos saudáveis.

Além disso, Lopes e Marcon (2009) enfatizam que o envolvimento da família se revela um elemento fundamental no tratamento da hipertensão arterial, sendo reconhecido que a adoção de uma abordagem centrada na família contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a obtenção de resultados clínicos mais eficazes. A presença ativa dos familiares no acompanhamento do utente hipertenso facilita a adesão ao regime terapêutico, promove o autocuidado e reforça o apoio emocional necessário à gestão da doença. No entanto, a ausência deste envolvimento, bem como a presença de fatores adversos como conflitos familiares, *stress*, dificuldades financeiras ou défice de literacia em saúde podem comprometer significativamente a gestão da hipertensão. Tais condições podem dificultar a implementação de planos terapêuticos, conduzindo a um menor grau de adesão e conseqüentemente, a um controlo menos eficaz da doença.

Deste modo, a educação familiar sobre a hipertensão arterial revela-se fundamental para promover a compreensão do tratamento. Neste sentido, Pereira e Costa (2024) salientam que a utilização de instrumentos de avaliação familiar pode contribuir para sensibilizar os familiares quanto à importância do seu envolvimento e suporte no controlo da doença.

2.3 Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito amplo e multidimensional que envolve a perceção do individuo sobre a sua posição na vida, considerando o seu contexto cultural, valores e expectativas. Na área da saúde, refere-se a como as condições físicas, psicológicas e sociais afetam o bem-estar do individuo, influenciando a sua capacidade de realizar atividades diárias (Carvalho et al., 2013). Essa perceção é influenciada por aspetos como a saúde física, mental, social e emocional, sendo essencial para avaliar o impacto de doenças crónicas como a hipertensão arterial na vida do utente (Damacena et al., 2020).

A hipertensão arterial é uma das condições crónicas mais prevalentes e está frequentemente associada a uma redução significativa na qualidade de vida dos utentes, onde alguns estudos demonstram que indivíduos hipertensos apresentam piores níveis de qualidade, com alterações nos domínios físico e emocional, segundo Graças e Ferreira (2025).

Além disso, a hipertensão pode levar ao desenvolvimento de complicações graves, como doenças cardiovasculares ou outras complicações que afetam substancialmente o bem-

estar e qualidade de vida (Silva et al., 2022).

A avaliação da qualidade de vida em utentes hipertensos pode ser realizada pela utilização de instrumentos específicos, válidos e fiáveis. O Mini-Questionário de Saúde e Qualidade de vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) é um dos instrumentos mais utilizados para este fim, pois a sua utilização permite a avaliação e monitorização da qualidade de vida, fornecendo dados fundamentais para a personalização dos cuidados. Este instrumento avalia a perceção dos utentes sobre a sua saúde geral, incluindo dimensões como o estado mental e as manifestações somáticas (Silva et al., 2022).

A utilização destes instrumentos auxilia os profissionais de saúde a identificar áreas que necessitam de intervenção, permitindo o planeamento de estratégias terapêuticas mais eficazes para a qualidade de vida dos utentes (Damacena et al., 2020).

Entre os diversos fatores que influenciam a qualidade de vida dos utentes hipertensos, os fatores sociodemográficos assumem um papel particularmente relevante, pois utentes mais idosos frequentemente relatam uma qualidade de vida inferior devido ao aumento das comorbilidades e limitações funcionais associadas à hipertensão (Graças & Ferreira, 2025). Outros fatores, como o nível educacional e o acesso a cuidados médicos adequados, influenciam a perceção de qualidade de vida (Carvalho et al., 2012). Além disso, utentes com menor escolaridade e menor poder financeiro podem revelar mais dificuldade em aceder a tratamentos adequados e a implementar alterações e mudanças no estilo de vida, o que compromete o controlo eficaz da sua doença (Silva et al., 2022).

Também a família pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos que a ela pertencem, afetando a mortalidade, a longevidade e a saúde mental. Isto ocorre através de fatores como a procura de ajuda, o nível socioeconómico e as estratégias de *coping*, entre outros (Figueiredo, 2012).

Assim, para melhorar a qualidade de vida dos utentes hipertensos, é importante adotar estratégias de intervenção que envolvam o tratamento médico e o apoio psicossocial e comportamental. Inserir a família neste processo pode ser fundamental para garantir a adesão aos tratamentos e incentivar hábitos saudáveis, como a prática regular de exercício físico e a adoção de uma alimentação equilibrada (Carvalho et al., 2012). Os programas de educação familiar sobre a hipertensão contribuem para a melhoria da qualidade de vida (Damacena et al., 2020).

2.4 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar assume um papel essencial na prestação de cuidados centrados na família, promovendo a sua autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

Este profissional deve avaliar de forma contínua os resultados das suas intervenções, com o objetivo de garantir a melhoria dos cuidados prestados.

A enfermagem de saúde familiar valoriza a construção de uma relação terapêutica próxima e contínua com os membros da família, dando resposta às suas necessidades ao longo do ciclo vital. Estes profissionais apresentam um papel crucial na promoção de cuidados personalizados, adaptados às características e dinâmicas de cada família, favorecendo a adesão aos planos de cuidados e a adoção de comportamentos saudáveis. Este tipo de abordagem fortalece a capacidade das famílias para gerir situações de saúde e doença, promovendo um acompanhamento sistemático e sustentado ao longo do tempo (Regulamento n.º 428, 2018).

Ainda de acordo com o modelo proposto pela Ordem dos Enfermeiros, a prática do EEECESF visa reforçar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde, facilitando a deteção precoce de alterações no estado de saúde, reduzindo a necessidade de recurso a cuidados diferenciados e de forma a prevenir complicações evitáveis (OE, INESCTEC, 2018). Neste sentido, o estudo de Gonçalves et al. (2023) destaca o impacto positivo da atuação dos enfermeiros de família na redução da mortalidade precoce e na melhoria da qualidade de vida das famílias, onde uma abordagem mais centrada na família contribui para melhores resultados em saúde e para o fortalecimento das relações familiares (Gonçalves et al., 2023).

A capacitação das pessoas com hipertensão e das suas famílias revela-se uma estratégia eficaz na gestão da doença. Com efeito, as intervenções de enfermagem têm contribuído para o aumento do conhecimento sobre a patologia e para a promoção de alterações para um estilo de vida saudável. Segundo o estudo de Hipólito et al. (2021), o desenvolvimento de programas para a saúde é efetivo na capacitação das pessoas no controlo de hipertensão arterial, promovendo uma mudança nos comportamentos e uma melhoria no estilo de vida. A educação para a saúde realizada pelo enfermeiro especialista, baseada na

evidência científica e adaptada às necessidades da população, permite um maior envolvimento dos doentes na gestão da sua própria condição, favorecendo melhores resultados clínicos.

De igual forma, Silva et al. (2023) referem que a educação e os aconselhamentos fornecidos pelos enfermeiros são fundamentais para promover a adesão e o controlo do tratamento; utentes que recebem orientação adequada sobre a gestão de hipertensão tendem a aderir mais aos tratamentos propostos. O mesmo estudo demonstra ainda que a atuação dos enfermeiros na hipertensão arterial resulta em melhorias na adesão terapêutica e no controlo da doença, destacando a importância da sua integração nas equipas multidisciplinares de saúde familiar.

Os EEECESF são essenciais na gestão eficaz da hipertensão, dado que as suas intervenções educativas, monitorização contínua e apoio na adoção de hábitos saudáveis capacitam os seus utentes e famílias, promovendo a autonomia e a gestão da doença, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para a redução das complicações associadas à hipertensão (Silva et al., 2023).

Cabe aos EEECESF, promover a saúde, educar e incentivar a população para estilos de vida saudáveis, promovendo e incentivando o utente para a autovigilância, responsabilizando-o pelo seu projeto de saúde, disponibilizar informação sobre a patologia e complicações, potenciando a prevenção da doença ou das suas complicações (Olsen et al., 2016).

Desta forma, é essencial promover a mudança, apoiando as famílias na identificação de problemas, na definição de estratégias e na mobilização de recursos, facilitando assim interações positivas entre sistemas familiares e da comunidade. Tendo como objetivo fundamental do exercício da sua profissão a promoção, manutenção e recuperação familiar, o enfermeiro deve integrar de forma articulada os conceitos de indivíduo, família e comunidade. A complexidade desta interligação exige uma abordagem social complexa, na prática dos cuidados de enfermagem familiar (Cruz, 2021).

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do estudo descreve -se detalhadamente a metodologia adotada garantindo a coerência entre a questão de investigação, as hipóteses e os procedimentos realizados. Serão apresentados o tipo de estudo, população e amostras selecionadas, variáveis em análise, assim como os instrumentos utilizados na recolha de dados, assegurando a sua validade e fiabilidade dos mesmos. Serão também abordados os aspetos éticos, bem como os procedimentos de tratamento e análise de dados, permitindo uma compreensão clara e estruturada do percurso metodológico seguido no presente estudo.

3.1 Questões e hipóteses de investigação

Do problema de investigação apresentado, surgiu a seguinte questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a perceção de funcionalidade familiar e de qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso, nos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto?

Para responder a esta questão, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua perceção de funcionalidade familiar;

H2 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua adesão ao regime medicamentoso;

H3 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua perceção de qualidade de vida;

H4 - Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua perceção de funcionalidade familiar;

H5 - Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua adesão ao regime medicamentoso;

H6 - Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto e a sua perceção de qualidade de vida;

H7 - Há uma relação entre os níveis de adesão ao regime medicamentoso e a perceção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;

H8 – Há uma relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto;

H9- Há uma relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a adesão ao regime medicamentoso dos utentes diagnóstico de HTA das USF St. ^a Clara e Aqueduto.

3.2 População e amostra

Considerou-se como população do estudo os utentes portadores de HTA inscritos nas USF St. ^a Clara e Aqueduto da ULS PVVC, num total de 7538 utentes.

A amostra foi constituída por conveniência, composta pelos utentes da população-alvo que compareceram às consultas de enfermagem no período de recolha de dados e que depois de explicados os objetivos e lido o consentimento informado, aceitaram participar no estudo. Optou-se por esta estratégia de amostragem devido à acessibilidade dos participantes e às limitações de tempo, garantindo, no entanto, a representatividade no contexto de estudo. A colheita de dados decorreu nos meses de fevereiro e março de 2025, após a autorização da comissão de ética da ULS PVVC. (Apêndice III)

Critérios de inclusão

- Idade \geq 18 anos;
- Diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos 12 meses (critério temporal que assegura experiência com a doença e adesão ao regime terapêutico);
- Acompanhamento regular em consulta de enfermagem de saúde familiar em cuidados de saúde primários, durante o período de recolha de dados.

Critérios de exclusão

- Alteração cognitiva significativa que inviabilize o preenchimento autónomo dos instrumentos (avaliada através de informação clínica no processo ou de observação do enfermeiro responsável).

3.3 Tipo de estudo

O estudo assume uma abordagem quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal. A metodologia é classificada como quantitativa, uma vez que se baseia na medição de variáveis e na análise numérica dos dados, recorrendo a testes e procedimentos estatísticos que permitem uma interpretação objetiva dos fenómenos em

estudo (Balnaves & Caputi, 2001). É um estudo de cariz observacional, pois não houve qualquer intervenção ou manipulação das variáveis por parte da investigadora, procurando-se compreender a realidade tal como ela se apresenta.

A sua natureza é descritivo-correlacional, uma vez que tem como objetivo caracterizar as variáveis em estudo e analisar a existência de relações entre elas. Por fim, o estudo é transversal, já que os dados dos participantes foram recolhidos num único momento temporal, sem qualquer continuidade (Nené & Sequeira, 2022).

3.4 Variáveis em estudo

As variáveis de investigação incidiram sobre três dimensões principais: a funcionalidade familiar, a qualidade de vida e a adesão aos tratamentos. Para além destas, o estudo considerou variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.

As variáveis em estudo foram classificadas e operacionalizadas da seguinte forma:

Variáveis Preditivas

- Idade: Variável qualitativa ordinal, categorizada em faixas etárias agrupadas em intervalos, conforme recolhido no instrumento. As categorias incluíam: 18 – 20; 21– 30; 31–40; 41–50; 51–60; 61–70; 71–80; 81–85; 86 ou mais.
- Sexo: Variável qualitativa nominal dicotómica, com as categorias "Masculino" e "Feminino".
- Habilitações literárias: Variável qualitativa ordinal, que foi operacionalizada através de um questionário com as seguintes categorias: Sem habilitações; 1.º ciclo do ensino básico; 2.º ciclo do ensino básico; 3.º ciclo do ensino básico; Ensino secundário; Ensino superior.
- Estado civil: Variável qualitativa nominal politómica, com as opções de resposta: Solteiro, Casado/União de facto, Divorciado, Viúvo, Outro.
- Local de Residência: Variável qualitativa nominal politómica, com um conjunto de cidades seleccionadas (Vila do Conde, Póvoa de Varzim, Famalicão, Trofa, Barcelos, Braga, Porto), dada a proximidade geográfica com as USF em estudo.
- Número de patologias: Variável qualitativa ordinal. A sua operacionalização foi feita através de uma questão fechada que questionava sobre o número de patologias diagnosticadas, com as categorias de resposta: 0, 1, 2, 3 ou mais, excluindo a HTA.

Variáveis Resultado

Embora as escalas utilizadas (MINICHAL e MAT) sejam compostas por itens do tipo Likert, a sua pontuação total ou média foi considerada como variável quantitativa contínua para efeitos de análise estatística, em conformidade com a prática comum em estudos nesta área.

- Adesão ao regime medicamentoso: Variável quantitativa contínua, avaliada pela Escala de Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT). A pontuação média obtida nesta escala será utilizada como variável de estudo.

- Qualidade de Vida: Variável quantitativa contínua, mensurada pelo Mini- Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL).

- A pontuação total dos domínios "estado mental" e "manifestações somáticas" e, em alguns casos, a pontuação da questão geral serão consideradas na análise.

A escala Funcionalidade Familiar: Variável qualitativa ordinal, avaliada através da Escala de APGAR Familiar. O score total (0–10) foi recodificado em três categorias: Disfunção acentuada (0–3 pontos), Disfunção moderada (4–6 pontos) e Altamente funcional (7–10 pontos).

3.5 Instrumento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um formulário (Apêndice I), que integrava um questionário sociodemográfico e clínico e as três escalas de avaliação mencionadas.

A primeira parte compreendia um questionário sociodemográfico e clínico. As variáveis sociodemográficas incluíram: idade, sexo, local de residência, habilitações literárias e estado civil. A variável clínica “número de patologias” foi também recolhida. Estas informações permitiram caracterizar a amostra do estudo e analisar se existem diferenças significativas nas restantes variáveis.

As três escalas de avaliação foram as seguintes:

Escala de Apgar familiar de Smilkstein: Traduzida e validada para a população portuguesa por Agostinho e Rebelo (1998), esta escala é composta por cinco questões que quantificam a perceção do utente sobre o funcionamento da sua família. Cada questão oferece três opções de resposta: “Quase sempre” (2 pontos), “Algumas vezes” (1 ponto)

e “Quase nunca” (0 pontos). O resultado global da escala obtém-se pela soma das pontuações, podendo variar de 0 a 10 pontos. Após a pontuação atribuída podemos classificar a família em 3 tipos: de 7 a 10 pontos, uma família “altamente funcional”; de 4 a 6 pontos uma família com “moderada disfunção” e de 0 a 3 pontos, uma família com “disfunção acentuada” (Figueiredo,2012).

Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL): Este instrumento é composto por 17 questões, divididas em duas dimensões: "estado mental" (10 questões) e "manifestações somáticas" (6 questões). A questão 17 avalia a percepção geral do utente sobre a influência da HTA na sua qualidade de vida. As respostas seguem uma escala de Likert de quatro opções, pontuadas de 0 (não, absolutamente) a 3 (sim, muito).

A pontuação máxima atribuída ao estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas é de 18 pontos. A última questão, é pontuada na escala de Likert, apesar de não ser incluída em nenhum dos domínios acima referidos. Quanto mais próximo de zero for o resultado, maior a percepção de uma boa qualidade de vida (Cunha, et al., 2017).

Escala de Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT): Validada por Delgado &Lima (2001) para a população portuguesa, esta escala é composta por 7 questões. As respostas utilizam uma escala de Likert que varia de 1 (sempre) a 6 (nunca). Para a interpretação dos níveis de adesão usando a escala MAT, calculou-se a média das pontuações obtidas. Foram aplicadas estatísticas descritivas aos itens e ao score total. A adesão terapêutica foi dicotomizada pela mediana da amostra, classificando as pessoas com pontuação acima da mediana como aderentes e as com pontuação abaixo como não-aderentes, conforme preconizado pelos autores desta escala. A justificação para esta abordagem reside no facto de a escala não possuir um valor de corte predefinido, sendo esta uma prática metodológica comum para a sua interpretação (Ferreira et al., 2023).

3.6 Questões éticas e procedimento de recolha de dados

Para a execução do estudo, foi submetido o protocolo de investigação à Comissão de Ética para a Saúde da ULS PVVC (projeto investigação nº 32) (Apêndice II), o qual obteve parecer favorável (Apêndice III). As autorizações para a utilização das escalas foram solicitadas aos respetivos autores, tendo-se obtido resposta positiva (Apêndices IV e V).

A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos foram garantidos, assegurando

que o formulário não recolhia informações pessoais que pudessem identificar os participantes.

A participação dos intervenientes foi voluntária e livremente informada, em conformidade com a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e com a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (2001).

Os objetivos do estudo, os procedimentos, os benefícios, os potenciais riscos, bem como o carácter voluntário da participação e o direito de desistência a qualquer momento, foram claramente explicados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), que foi lido e assinado por todos os participantes.

O estudo não envolveu quaisquer custos financeiros ou benefícios para os participantes ou para as Unidades de Saúde Familiar envolvidas.

A investigação foi realizada sem financiamento externo, sendo os custos (estimados em 50 euros, referentes a materiais de pesquisa) integralmente suportados pela investigadora, garantindo a sua independência e imparcialidade.

Operacionalização da colheita de dados:

A recolha de dados foi realizada em colaboração com os enfermeiros da USF Santa Clara e da USF Aqueduto, durante as consultas de enfermagem. Os enfermeiros convidaram os utentes a participar no estudo e, aos que manifestaram interesse, foi entregue o TCLE para assinatura.

O TCLE foi lido e assinado, sendo posteriormente separado do formulário de colheita de dados. Os formulários preenchidos foram depositados em envelopes distintos dos que continham os TCLEs. Os dados colhidos foram armazenados numa base de dados encriptada no computador pessoal da investigadora, protegido por senha. Após a análise e interpretação dos dados, todos os documentos em papel foram destruídos.

3.7 Procedimento de tratamento e análise de dados

No presente estudo, não se verificaram dados em falta (missing data), uma vez que todos os formulários de recolha de dados foram completados integralmente, garantindo a fiabilidade das análises estatísticas realizadas. A análise de dados foi realizada com recurso ao software R (versão 4.4.2; R Core Team, 2024), aplicando técnicas de estatística

descritiva e estatística inferencial. O tratamento estatístico decorreu em três etapas principais:

Caracterização da amostra

- Variáveis qualitativas (nominais e ordinais): calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como a moda para identificar a categoria mais prevalente.
- Variáveis quantitativas (discretas e contínuas): calculadas medidas de tendência central (média e mediana, consoante a distribuição) e medidas de dispersão (desvio-padrão, amplitude, quartis/percentis quando pertinente).

1. Análise das Escalas

Foram analisadas as propriedades estatísticas das escalas aplicadas APGAR Familiar, MAT e MINICHAL.

- Consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach, aferindo a fiabilidade na amostra estudada.
- APGAR Familiar: analisados os scores total e por item, categorizados segundo os pontos de corte da literatura (alta funcionalidade, disfunção moderada, disfunção acentuada).
- MAT: analisada a pontuação média total; para interpretação, a adesão foi classificada segundo critérios da validação portuguesa da escala.
- MINICHAL: calculadas estatísticas descritivas para cada domínio e para o score total, avaliando também a consistência interna por domínio e global.

2. Análise Correlacional e Comparação de Grupos

Para responder às hipóteses de investigação:

- a. Correlação de Pearson (r): aplicada entre variáveis contínuas com distribuição normal (após teste de normalidade: Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov).
- b. Correlação de Spearman (p): utilizada entre variáveis ordinais ou contínuas sem distribuição normal.

Comparação entre grupos:

- Mann-Whitney U para comparar dois grupos independentes.
- Kruskal-Wallis para três ou mais grupos.
- Teste do Qui-Quadrado (χ^2): utilizado para analisar associações entre variáveis categóricas.

Foi adotado um nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%) em todos os testes. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos, acompanhados de descrição objetiva das estatísticas relevantes.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica da amostra revela um perfil maioritariamente composto por indivíduos de meia-idade a idosos, predominantemente do sexo feminino e residentes na zona de Vila do Conde. A Tabela 1 sintetiza a distribuição das variáveis sociodemográficas dos 240 participantes.

A faixa etária mais representativa foi a dos 61 a 70 anos (32,5%), seguida pelos grupos de 71 a 80 anos (25,4%) e 51 a 60 anos (19,2%). Relativamente ao sexo, a maioria dos participantes era do sexo feminino (55,8%). A amostra demonstrou uma elevada concentração geográfica, com 90,8% dos participantes a residir em Vila do Conde.

Quanto ao nível de escolaridade, o 1.º ciclo do ensino básico foi o mais prevalente (40,8%), seguido pelo ensino secundário (18,3%). Uma parcela de 4,2% da amostra não possuía habilitações literárias. No que respeita ao estado civil, mais de metade dos participantes (65,4%) eram casados ou viviam em união de facto.

Tabela 1:Caracterização sociodemográfica da amostra (n= 240)

Variável	Categorias	n	%
Idade			
	21 a 30 anos	1	0,4
	31 a 40 anos	1	0,4
	41 a 50 anos	21	8,8
	51 a 60 anos	46	19,2
	61 a 70 anos	78	32,5
	71 a 80 anos	61	25,4
	81 a 85 anos	25	10,4
	86 anos ou mais	7	2,9
Sexo			
	Feminino	134	55,8
	Masculino	106	44,2
Local de residência			
	Barcelos	2	0,8
	Famalicão	1	0,4
	Póvoa de Varzim	19	7,9
	Vila do Conde	218	90,8
Habilitações literárias			
	1º Ciclo do ensino básico	98	40,8
	2º Ciclo do ensino básico	29	12,1
	3º Ciclo do ensino básico	40	16,7
	Ensino secundário	44	18,3
	Ensino superior - bacharelato	4	1,7
	Ensino superior- doutoramento	2	0,8
	Ensino superior- licenciatura	12	5
	Ensino Superior- mestrado	1	0,4
	Sem habilitações	10	4,2
Estado civil			
	Casado(a) ou união de facto	157	65,4
	Divorciado(a)	28	11,7
	Solteiro(a)	19	7,9
	Viúvo(a)	36	36

4.2 Caracterização Clínica

A amostra em estudo apresenta um perfil com elevado número de comorbidades. Além da HTA, a maioria dos participantes (35,8%) referiu ter três ou mais patologias diagnosticadas. Os dados mostram que 24,2% dos participantes sofriam de uma patologia, enquanto 19,6% tinham duas comorbidades. Uma minoria de 20,4% da amostra não apresentava qualquer outra patologia diagnosticada, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização clínica da amostra (n= 240)

Variável	Categoria	n	%
Patologias diagnosticadas	0	49	20,4
	1	58	24,2
	2	47	19,6
	3 ou mais	86	35,8

4.3 Análise da consistência interna das escalas

A consistência interna das escalas utilizadas foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach (α) e da correlação inter-item (r). O Alfa de Cronbach mede a fiabilidade interna a partir da intercorrelação média entre os itens, sendo geralmente considerado: $\alpha \geq 0,80$ = consistência elevada; $0,60 \leq \alpha < 0,80$ = consistência aceitável, sobretudo em escalas com poucos itens (Ribeiro, 2010).

- Escala APGAR Familiar: apresentou um valor de $\alpha=0,91$, indicando uma consistência interna elevada. A correlação inter-item foi de $r=0,69$ e todas as correlações item-total corrigidas foram superiores a 0,69, demonstrando forte coerência dos itens na avaliação da funcionalidade familiar.

- Escala MAT: registou um valor de $\alpha=0,88$, também indicativo de consistência interna elevada. A correlação inter-item foi de $r=0,54$, com correlações item-total corrigidas superiores a 0,54, confirmando a homogeneidade dos itens na medição da adesão terapêutica.

Escala MINICHAL:

- Dimensão 1 (Estado Mental): apresentou $\alpha=0,85$, correspondendo a uma boa consistência interna; a correlação inter-item foi de $r=0,37$, com correlações item-total corrigidas superiores a 0,37.
- Dimensão 2 (Manifestações Somáticas): obteve $\alpha=0,71$, considerado aceitável; a correlação inter-item foi de $r=0,28$, com correlações item-total corrigidas acima de 0,28.
- Total da escala: o valor global foi de $\alpha=0,88$, refletindo uma consistência interna elevada, com correlações item-total corrigidas superiores a 0,32.

Tabela 3: Consistência interna das dimensões das escalas e suas dimensões.

Escalas/ Dimensões	Nº itens	Alfa de Cronbach	Correlação inter-itens (r)
		Global	
Escala de APGAR Familiar	5	0,91	0,69
Escala MAT	7	0,88	0,54
Escala MINICHAL			
Dimensão 1: Mental	10	0,85	0,37
Dimensão 2: Somático	6	0,71	0,28
Total	17	0,88	0,32

4.4 Caracterização da Funcionalidade Familiar

Relativamente à percepção de funcionalidade familiar, a escala APGAR familiar apresentou uma média de 8,4 (DP = 2,5), indicando uma alta funcionalidade familiar percebida pela amostra. Conforme a Tabela 4, a distribuição por níveis de funcionalidade revelou que a maioria dos participantes (81,3%) classificou a sua família como altamente funcional. Por outro lado, 12,9% perceberam uma disfunção moderada e 5,8% uma disfunção grave.

Tabela 4: Caracterização dos resultados da aplicação da escala APGAR familiar (n=240)

Categorias	n	%	Média (DP)
Disfunção grave (0-3)	14	5,8	
Disfunção moderada (4-6)	31	12,9	8,4 (2,5)
Alta funcionalidade (7 -10)	195	81,3	

4.5 Caracterização da Escala de Adesão aos Tratamentos (MAT)

A análise da escala MAT revela um nível de adesão terapêutica globalmente elevado na amostra. A pontuação média total foi de 38,6 (DP = 4,6), com uma mediana de 40 numa pontuação máxima de 42, sugerindo um comportamento de adesão total ou quase total na maioria dos participantes. Destaca-se que 33,3% (n=80) dos participantes atingiram a pontuação máxima possível, refletindo adesão plena.

A Tabela 5 apresenta os resultados por item numa escala de 1 a 6. Em todos os itens, a média foi superior a 5, com desvios-padrão baixos (0,66–1,10), o que indica baixa dispersão das respostas e homogeneidade nos padrões de adesão.

Os itens com o maior nível de adesão (Média = 5,75–5,77) correspondem a comportamentos de automedicação raramente praticados, como tomar mais comprimidos por iniciativa própria ou deixar de os tomar por outra razão que não a indicação médica. Nesses casos, mais de 84% dos participantes responderam "Nunca".

Por outro lado, os itens com as médias mais baixas — descuido com as horas da toma (M=5,08; DP=1,10) e esquecimento da medicação (M=5,17; DP=0,94) — revelam os comportamentos de não adesão mais frequentes, ainda que mais de 72% dos inquiridos tenha referido "Nunca" ou "Raramente" adotar tais comportamentos.

Tabela 5: Caracterização de adesão aos tratamentos (MAT) por item (n=240)

Item	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Média (DP)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Esquecimento da medicação	0 (0)	4 (1,7)	9 (3,8)	37 (15,4)	83 (34,6)	107 (44,6)	5,17 (0,94)
Descuido com horas da toma	0 (0)	9 (3,8)	12 (5,0)	45 (18,8)	60 (25,0)	114 (47,5)	5,08 (1,10)
Deixou de tomar (sentiu-se melhor)	1 (0,4)	2 (0,8)	1 (0,4)	23 (9,6)	34 (14,2)	179 (74,6)	5,62 (0,75)
Deixou de tomar (sentiu-se pior)	1 (0,4)	1 (0,4)	3 (1,2)	11 (4,6)	19 (7,9)	205 (85,4)	5,75 (0,70)
Tomou mais comprimidos por iniciativa	0 (0)	1 (0,4)	5 (2,1)	10 (4,2)	17 (7,1)	207 (86,2)	5,77 (0,66)
Interrompeu (acabaram os medicamentos)	1 (0,4)	4 (1,7)	9 (3,8)	28 (11,7)	24 (10,0)	174 (72,5)	5,47 (0,96)
Deixou de tomar (outra razão)	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)	13 (5,4)	20 (8,3)	203 (84,6)	5,77 (0,70)

4.6 Caracterização da Escala MINICHAL

A qualidade de vida (QV) em HTA foi avaliada através da escala MINICHAL. Os participantes apresentaram um score total médio de 12,6 (DP = 9,3). Na análise por domínios, a média foi de 7,6 (DP = 6,0) na dimensão Estado Mental e 4,4 (DP = 3,6) na dimensão Manifestações Somáticas. Uma vez que pontuações mais baixas nesta escala indicam uma melhor percepção da qualidade de vida, estes resultados sugerem um impacto moderado a baixo da HTA na QV dos participantes. A Tabela 6 sintetiza as pontuações globais e por domínio.

Tabela 6: Pontuação da escala MINICHAL total e por domínios (n=240)

MINICHAL score	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Estado Mental	7,6	6,0	6	0	28
Manifestações Somáticas	4,4	3,6	4	0	18
Questão 17	0,59	0,87	0	0	3
Total	12,6	9,3	10	0	49

A análise individual dos itens, apresentada na Tabela 7, revela as principais queixas dos participantes. Na dimensão Estado Mental, os itens com maior impacto foram “a vida é uma luta contínua” (M = 1,54), “tem dormido mal” (M = 1,03) e “tem-se sentido esgotado” (M = 0,97). Por outro lado, os itens com menor impacto emocional foram “dificuldade em relacionar-se com as pessoas” (M = 0,32) e “dificuldade em manter relações sociais habituais” (M = 0,35).

Na dimensão Manifestações Somáticas, os sintomas mais reportados foram “dormência/formigueiro” (M = 0,97) e “boca seca” (M = 0,96), enquanto os menos frequentes foram “dor no peito sem esforço” (M = 0,45) e “dificuldade respiratória” (M = 0,47).

A pontuação média para a questão específica “A HTA e respetivo tratamento afetam a sua qualidade de vida?” foi de 0,59 (DP = 0,87), reforçando a percepção geral de um baixo impacto da doença na qualidade de vida.

Tabela 7: Pontuação da escala de MINICHAL total e dividida pelas dimensões.

Dimensões	Questões	Média (DP)
Estado Mental	Tem dormido mal?	1,03 (1,04)
	Tem dificuldades em manter relações sociais habituais?	0,35 (0,67)
	Tem dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	0,32 (0,67)
	Sente que não exerce um papel útil na vida?	0,6 (0,91)
	Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	0,52 (0,84)
	Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	0,9 (0,98)
	Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	1,54 (1,18)
	Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	0,58 (0,85)
	Tem-se sentido esgotado e sem forças?	0,97 (1,03)
	Teve a sensação de que esteve doente?	0,8 (0,96)
Manifestações Somáticas	Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	0,47 (0,75)
	Teve inchaço nos tornozelos?	0,61 (0,97)
	Percebeu que tem urinado com maior frequência?	0,91 (1)
	Tem sentido a boca seca?	0,96 (1,03)
	Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	0,45 (0,8)
Questão 17*	Tem notado dormência ou formigueiro em alguma parte do corpo?	0,97 (0,99)
	Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento tem afetado a sua qualidade de vida?	0,59 (0,87)

*Nota: A pergunta 17 da escala é um item extra que não integra o cálculo das duas dimensões nem o score total.

4.7 Teste de Hipóteses

Para a realização da inferência estatística necessária à verificação das hipóteses formuladas, procedeu-se à reestruturação de algumas variáveis, uma vez que certas categorias apresentavam um número reduzido de observações, o que poderia comprometer a robustez da análise. Assim:

- A variável Funcionalidade Familiar (APGAR) foi dicotomizada, agrupando as categorias “Disfunção grave” e “Disfunção moderada” numa única categoria designada Disfuncional. Esta foi posteriormente comparada com a categoria Funcional.
- Na variável “Habilitações literárias”, as categorias correspondentes aos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico foram agregadas numa única categoria, designada por “Até 3º ciclo”.
- Na variável “Faixa etária”, os participantes das faixas 20-30, 31-40 e 41-50 foram agrupados numa única categoria “Abaixo dos 51”, e os participantes com 81 anos ou mais foram agrupados na categoria “81 ou mais”.

H1 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Ageduto e a sua perceção de funcionalidade familiar.

A Tabela 8 apresenta a relação entre a funcionalidade familiar (APGAR) e as variáveis sociodemográficas dos participantes, incluindo a faixa etária, o sexo, o estado civil e as habilitações literárias.

Os resultados revelaram que não há uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e as variáveis sociodemográficas. O teste do qui-quadrado (χ^2) não demonstrou associação significativa com o sexo ($p=0,65$), o estado civil ($p=0,57$) ou as habilitações literárias ($p=0,81$).

A distribuição por faixas etárias mostrou que a maior proporção de participantes com funcionalidade familiar (funcional) se encontra nos grupos etários dos 61-70 anos (32,3%) e 71-80 anos (26,2%). No entanto, esta distribuição não é estatisticamente significativa ($p=0,19$), indicando que a perceção de funcionalidade familiar não difere substancialmente em função de nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo.

Tabela 8: Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR) e as variáveis sociodemográficas (n=240)

Variável	Categoria	Funcional		Disfuncional		Teste estatístico
		n	%	n	%	
Faixa etária	Abaixo dos 51	21	10,8	2	4,4	6,19 (0,19)
	51 a 60 anos	32	16,4	14	31,2	
	61 a 70 anos	63	32,3	15	33,3	
	71 a 80 anos	51	26,2	10	22,2	
	81 ou mais	28	14,3	4	8,9	
	Total	195	100	45	100	
Sexo	Feminino	107	54,9	27	60	0,21 (0,65)
	Masculino	88	45,1	18	40	
	Total	195	100	45	100	
Estado civil	Casado(a) ou união de facto	130	66,7	27	60	2,05 (0,57)
	Divorciado(a)	21	10,8	7	15,6	
	Solteiro(a)	14	7,2	5	11,1	
	Viúvo(a)	30	15,3	6	13,3	
	Total	195	100	45	100	
Habilitações literárias	Até 3º ciclo	133	68,2	34	75,6	1,00 (0,81)
	Ensino secundário	38	19,5	6	13,3	
	Ensino superior	16	8,2	3	6,7	
	Sem habilitações	8	4,1	2	4,4	

Legenda: χ^2 – chi quadrado

H2 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Aqueduto e a sua adesão ao regime medicamentoso.

A Tabela 9, apresenta a relação entre a adesão ao regime medicamentoso (pontuação total da escala MAT) e as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Os resultados revelaram uma relação estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento e a faixa etária ($p=0,02$). Observou-se uma maior adesão nas faixas etárias mais avançadas, com as maiores médias registadas nos grupos dos 71 aos 80 anos ($M=5,59$) e 81 ou mais anos ($M=5,66$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na adesão ao tratamento em relação às restantes variáveis sociodemográficas: sexo ($p=0,20$), habilitações literárias ($p=0,09$) e estado civil ($p=0,96$).

Tabela 9:Relação entre a adesão ao regime medicamentoso e as variáveis sociodemográficas dos participantes (n=240)

Variável	Média (DP)	Teste estatístico	p -value
Sexo			
Feminino	5,48 (0,65)	U = 6428	0,20
Masculino	5,55 (0,66)		
Faixa etária			
Abaixo dos 51	5,34 (0,78)	H = 11,80	0,02*
51 a 60 anos	5,37 (0,86)		
61 a 70 anos	5,52 (0,57)		
71 a 80 anos	5,59 (0,55)		
81 ou mais	5,66 (0,59)		
Habilitações literárias			
Até 3º ciclo	5,5 (0,66)	H = 6,50	0,09
Ensino secundário	5,46 (0,64)		
Ensino superior	5,72 (0,51)		
Sem habilitações	5,56 (0,94)		
Estado civil			
Casado(a) ou união de facto	5,54 (0,56)	H = 0,31	0,96
Divorciado(a)	5,37 (1,05)		
Solteiro(a)	5,43 (0,81)		
Viúvo(a)	5,53 (0,61)		

Legenda: U – Mann-Whitney; H - Kruskal-Wallis

Nota: Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para a variável dicotómica (sexo) e o teste de Kruskal-Wallis para as restantes variáveis, devido à natureza não paramétrica dos dados.

H3 - Há uma relação entre as variáveis sociodemográficas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Aqeduto e a sua perceção de qualidade de vida.

A perceção de qualidade de vida foi avaliada tanto pelo score total da escala MINICHAL como pelas suas dimensões (Estado Mental e Manifestações Somáticas) e pela questão 17, que avalia o impacto geral da HTA.

A Tabela 10 apresenta a relação entre a qualidade de vida total e as variáveis sociodemográficas. Os resultados revelaram uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o sexo ($p=0,02$). As mulheres apresentaram um score médio mais elevado ($M=13,85$; $DP=9,90$) em comparação com os homens ($M=10,93$; $DP=8,30$).

Uma vez que pontuações mais altas na escala MINICHAL indicam uma pior perceção de qualidade de vida, estes resultados sugerem que as mulheres percecionam uma qualidade de vida significativamente inferior à dos homens.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida total em relação à faixa etária ($p=0,18$), às habilitações literárias ($p=0,17$) ou ao estado civil ($p=0,30$).

Tabela 10: Relação entre a qualidade de vida (MINICHAL Total) e as variáveis sociodemográficas dos participantes (n=240)

Variável	Média (DP)	Teste estatístico	p -value
Sexo			
Feminino	13,85 (9,90)	U = 8353	0,02*
Masculino	10,93 (8,30)		
Faixa etária			
Abaixo dos 51	11,30 (9,86)	H = 6,29	0,18
51 a 60 anos	10,43 (8,02)		
61 a 70 anos	12,76 (10,06)		
71 a 80 anos	13,90 (8,44)		
81 ou mais	13,50 (10,32)		
Habilitações literárias			
Até 3º ciclo	13,45 (9,98)	H = 4,98	0,17
Ensino secundário	10,14 (7,88)		
Ensino superior	10,63 (7,37)		
Sem habilitações	12,10 (4,07)		
Estado civil			
Casado(a) ou união de facto	11,92 (9,18)	H = 3,65	0,30
Divorciado(a)	12,68 (8,05)		
Solteiro(a)	13,26 (11,39)		
Viúvo(a)	14,92 (9,68)		

Legenda: U – Mann-Whitney; H - Kruskal-Wallis

Análise por domínios

A análise por domínios da qualidade de vida revelou resultados distintos, com relações significativas em ambos os domínios, mas com variáveis diferentes.

A Tabela 11 mostra a relação entre o domínio Estado Mental e as variáveis sociodemográficas. Constatou-se uma relação estatisticamente significativa com o sexo ($p=0,02$), com as mulheres a apresentarem uma média mais elevada ($M=8,46$; $DP=6,40$) do que os homens ($M=6,54$; $DP=5,41$). Este resultado indica uma pior perceção do estado mental nas mulheres. Nenhuma das outras variáveis sociodemográficas demonstrou relação significativa com este domínio.

Tabela 11: Relação entre a qualidade de vida (dimensão Estado Mental) e as variáveis sociodemográficas.

Variável	Média (DP)	Teste estatístico	p -value
Sexo			
Feminino	8,46 (6,40)	U = 8386,50	0,02*
Masculino	6,54 (5,41)		
Faixa etária			
Abaixo dos 51	7,35 (6,65)	H = 2,10	0,72
51 a 60 anos	6,63 (5,26)		
61 a 70 anos	7,90 (6,60)		
71 a 80 anos	7,98 (5,38)		
81 ou mais	7,78 (6,66)		
Habilitações literárias			
Até 3º ciclo	8,07 (6,43)	H = 2,44	0,49
Ensino secundário	6,43 (5,11)		
Ensino superior	6,58 (5,44)		
Sem habilitações	7,10 (3,45)		
Estado civil			
Casado(a) ou união de facto	7,10 (6,03)	H = 4,54	0,21
Divorciado(a)	8,32 (5,60)		
Solteiro(a)	8,32 (6,33)		
Viúvo(a)	8,92 (6,24)		

Legenda: U – Mann-Whitney; H - Kruskal-Wallis

A Tabela 12 apresenta a relação entre o domínio Manifestações Somáticas e as variáveis sociodemográficas. Este domínio revelou relações estatisticamente significativas com a faixa etária ($p=0,03$) e as habilitações literárias ($p=0,04$).

Em relação à idade, a perceção de manifestações somáticas foi maior nos participantes mais velhos: 71-80 anos ($M=5,10$) e 81 ou mais anos ($M=5,19$). Quanto às habilitações literárias, o maior impacto somático foi observado nos participantes com menor escolaridade, nomeadamente nos que tinham até 3º ciclo ($M=4,75$) ou sem habilitações ($M=4,70$).

Relativamente ao sexo e ao estado civil, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12: Relação entre a qualidade de vida (dimensão Estado Mental) e as variáveis sociodemográficas (n=240)

Variável	Média (DP)	Teste estatístico	p -value
Sexo			
Feminino	4,78 (3,77)	U = 8108,00	0,06
Masculino	3,84 (3,19)		
Faixa etária			
Abaixo dos 51	3,43 (3,27)	H = 10,83	0,03*
51 a 60 anos	3,39 (3,24)		
61 a 70 anos	4,31 (3,62)		
71 a 80 anos	5,10 (3,53)		
81 ou mais	5,19 (3,73)		
Habilitações literárias			
Até 3º ciclo	8,07 (6,43)	H = 8,52	0,04*
Ensino secundário	6,43 (5,11)		
Ensino superior	6,58 (5,44)		
Sem habilitações	7,10 (3,45)		
Estado civil			
Casado(a) ou união de facto	7,10 (6,03)	H = 4,69	0,20
Divorciado(a)	8,32 (5,60)		
Solteiro(a)	8,32 (6,33)		
Viúvo(a)	8,92 (6,24)		

Legenda: U – Mann-Whitney; H - Kruskal-Wallis

Por fim, a Tabela 13 analisa a relação entre a perceção de como a HTA influencia a qualidade de vida (Questão 17) e as variáveis sociodemográficas. Não se observaram relações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis em estudo.

Tabela 13: Relação entre a perceção de impacto da HTA (questão 17) e as variáveis sociodemográficas (n=240)

Variável	Média (DP)	Teste estatístico	p -value
Sexo			
Feminino	0,61 (0,90)	U = 7278,00	0,71
Masculino	0,56 (0,83)		
Faixa etária			
Abaixo dos 51	0,52 (0,73)	H = 8,00	0,09
51 a 60 anos	0,41 (0,65)		
61 a 70 anos	0,55 (0,95)		
71 a 80 anos	0,82 (0,92)		
81 ou mais	0,53 (0,88)		
Habilitações literárias			
Até 3º ciclo	0,63 (0,92)	H = 1,00	0,80
Ensino secundário	0,52 (0,79)		
Ensino superior	0,53 (0,70)		
Sem habilitações	0,30 (0,48)		
Estado civil			
Casado(a) ou união de facto	0,57 (0,86)	H = 0,63	0,89
Divorciado(a)	0,64 (0,83)		
Solteiro(a)	0,63 (1,01)		
Viúvo(a)	0,61 (0,87)		

Legenda: U – Mann-Whitney; H - Kruskal-Wallis

H4 - Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Ageduto e a sua perceção de funcionalidade familiar.

A Tabela 14 analisa a relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e o número de doenças diagnosticadas nos participantes. Os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,007$).

Dentro do grupo de participantes com funcionalidade familiar disfuncional, a maioria (55,6%) tinha três ou mais doenças diagnosticadas, uma proporção significativamente superior à dos participantes com funcionalidade familiar funcional (31,3%).

Estes resultados sugerem que um maior número de comorbilidades está associado a uma perceção de menor funcionalidade familiar.

Tabela 14: Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e as variáveis clínicas dos participantes (n=240)

Variável	Categoria	Funcional	Disfuncional	Teste estatístico	p-value
		n (%)	n (%)		
Patologias clínicas	0	46 (23,6)	3 (6,7)	$\chi^2 = 12,25$	0,007*
	1	47 (24,1)	11 (24,4)		
	2	41 (21)	6 (13,3)		
	3 ou mais	61(31,3)	25 (55,6)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

H5 -Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Ageduto e a sua adesão ao regime medicamentoso.

A Tabela 15 analisa a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o número de doenças diagnosticadas nos participantes. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,035$). Os participantes com menos comorbilidades (nenhuma ou uma doença) apresentaram maior adesão ao regime medicamentoso, com médias de 5,63 (DP=0,69) e 5,62 (DP=0,44), respetivamente. Estes resultados sugerem que, quanto menor o número de comorbilidades, maior a adesão ao tratamento medicamentoso.

Tabela 15: Relação entre a adesão regime medicamentoso e as variáveis clínicas (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Kruskal-Wallis	
			Chi-squared	p-value
Patologias clínicas	0	5,63 (0,69)	$\chi^2 = 8,61$	0,035*
	1	5,62 (0,44)		
	2	5,29 (0,88)		
	3 ou mais	5,49 (0,59)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

H6 - Há uma relação entre as variáveis clínicas dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St^a Clara e Aqueduto e a sua perceção de qualidade de vida.

A Tabela 16 apresenta a relação entre o score total de qualidade de vida (MINICHAL) e o número de doenças diagnosticadas. Os resultados revelam uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os participantes com mais comorbilidades relatam pior qualidade de vida global, com as maiores pontuações médias a serem registadas no grupo com 3 ou mais doenças (M = 16,02; DP = 9,91).

Tabela 16: Relação entre a qualidade de vida (MINICHAL Total) e as variáveis clínicas (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Kruskal-Wallis	
			Chi-squared	p-value
Patologias clínicas	0	8,08 (6,57)	$\chi^2 = 26,11$	< 0,001*
	1	11,22 (8,18)		
	2	12,55 (9,82)		
	3 ou mais	16,02 (9,91)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

Análise por Dimensões

A análise por dimensões da escala MINICHAL também demonstrou uma relação significativa com o número de comorbilidades.

A Tabela 17 mostra que existe uma relação estatisticamente significativa entre o número de doenças e a perceção do Estado Mental ($p < 0,001$). Os participantes com 3 ou mais doenças reportaram as maiores pontuações médias (M = 9,63; DP = 6,27), indicando uma pior perceção deste domínio

Tabela 17: Relação entre a qualidade de vida (Domínio Estado Mental) e as variáveis clínicas (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Kruskal-Wallis	
			Chi-squared	p-value
Patologias clínicas	0	5,39 (5,02)	$\chi^2 = 22,23$	< 0,001*
	1	6,22 (5,35)		
	2	7,94 (6,34)		
	3 ou mais	9,63 (6,27)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

A Tabela 18 revela uma relação estatisticamente significativa entre o número de doença e a dimensão Manifestações Somáticas ($p < 0,001$). Mais uma vez, os participantes com 3 ou mais comorbidades apresentaram as pontuações mais elevadas ($M = 5,56$; $DP = 3,77$), sugerindo um maior impacto físico da doença neste grupo.

Tabela 18: Relação entre a qualidade de vida (Domínio Manifestações Somáticas) e as variáveis clínicas (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Kruskal-Wallis	
			Chi-squared	p-value
Patologias clínicas	0	2,37 (1,88)	$\chi^2 = 26,17$	< 0,001*
	1	4,57 (3,57)		
	2	4,02 (3,56)		
	3 ou mais	5,56 (3,77)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

Por fim, a Tabela 19 apresenta a relação com a Questão 17, que mede o impacto geral da HTA na qualidade de vida. Também aqui se encontrou uma relação estatisticamente significativa ($p = 0,006$), com pontuações mais elevadas nos participantes com mais comorbidades, reforçando a tendência observada nas análises anteriores.

Tabela 19: Relação entre a percepção de impacto da HTA (Questão 17) e as variáveis clínicas (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Kruskal-Wallis	
			Chi-squared	p-value
Patologias clínicas	0	0,33 (0,69)	$X^2 = 12,59$	0,0056*
	1	0,43 (0,70)		
	2	0,60 (0,77)		
	3 ou mais	0,84 (1,04)		

Legenda: χ^2 – chi quadrado

H7- Há uma relação entre os níveis de adesão ao regime medicamentoso e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Aqueduto.

Para testar esta hipótese, a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida foi avaliada em duas etapas. Inicialmente, as pontuações da escala MINICHAL foram comparadas entre os grupos Aderentes e Não Aderentes, definidos com base na mediana do score médio da escala MAT. Em segundo lugar, foi realizada uma análise de correlação entre os scores contínuos de ambas as escalas.

A Tabela 20 apresenta a comparação entre os grupos de adesão e a percepção de qualidade de vida. Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). O grupo de participantes Não Aderentes apresentou uma pontuação média mais elevada na escala MINICHAL ($M = 16,7$; $DP = 9,87$), o que sugere uma percepção de pior qualidade de vida em comparação com os Aderentes ($M = 9,9$; $DP = 7,91$).

Tabela 20: Relação entre a adesão regime medicamentoso e a qualidade de vida (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Teste Estatístico	p-value
MINICHAL Score	Aderente	9,9 (7,91)	U=3928	< 0,001*
	Não Aderente	16,7 (9,87)		

Legenda: U - Mann Whitney

A análise de correlação de Spearman confirmou esta tendência, como ilustrado na figura . A relação entre a pontuação média da escala MAT e a pontuação total da escala MINICHAL revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa ($r = -0,34$; $p < 0,001$).

Tendo em conta que, na escala MINICHAL, valores mais baixos correspondem a uma melhor percepção da qualidade de vida, estes resultados indicam que os participantes com maior adesão ao regime medicamentoso tendem a apresentar uma melhor percepção da sua qualidade de vida.

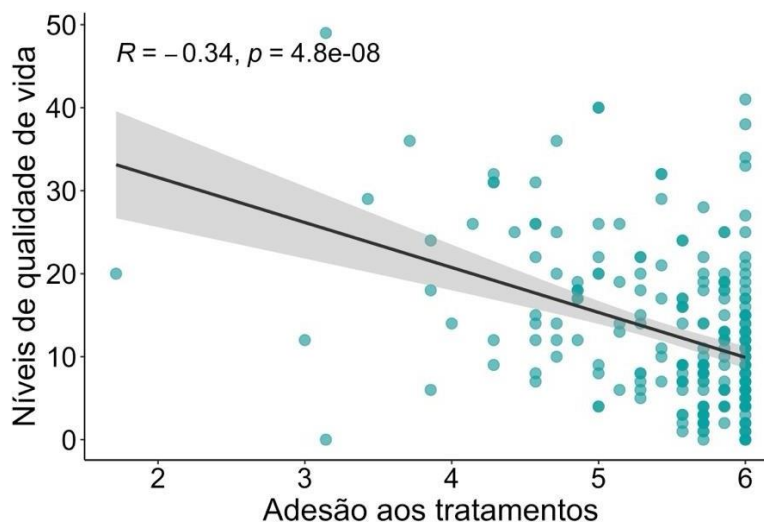


Figura 5: Dispersão entre os níveis médios de adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida. A linha representa o ajuste da tendência geral.

H8 – Há uma relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a percepção de qualidade de vida dos utentes com diagnóstico de HTA das USF St^a Clara e Aqueduto.

A relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e a percepção de qualidade de vida (MINICHAL) foi avaliada em duas etapas. A Tabela 21 apresenta a comparação das pontuações médias da escala MINICHAL entre os grupos de funcionalidade familiar.

Os resultados revelaram que os indivíduos que percecionaram a sua família como disfuncional apresentaram uma pontuação média significativamente mais elevada ($M = 19,78$; $DP = 10,15$) em comparação com o grupo Funcional ($M = 10,90$; $DP = 8,30$). Esta diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Tendo em conta que valores mais elevados na escala MINICHAL refletem uma pior percepção da qualidade de vida, estes dados indicam que uma menor funcionalidade familiar se associa a uma percepção mais negativa do bem-estar.

Tabela 21: Relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida (n=240)

Variável	Categoria	Média (DP)	Teste Estatístico	p-value
MINICHAL Score	Disfuncional	19,78 (10,15)	U =6663,5	< 0,001*
	Funcional	10,90 (8,30)		

Legenda: U - Mann Whitney

A análise de correlação de Spearman, ilustrada na Figura 8, confirmou a tendência observada. A correlação entre os scores do APGAR Familiar e os da escala MINICHAL foi negativa e estatisticamente significativa ($r = -0,37$; $p < 0,001$).

Estes resultados reforçam que níveis mais elevados de funcionalidade familiar se associam a uma melhor percepção da qualidade de vida.

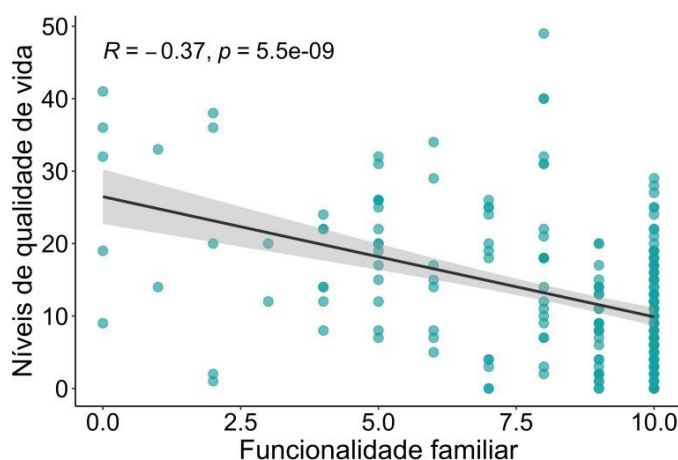


Figura 6: Dispersão entre os níveis médios de funcionalidade familiar e a qualidade de vida. A linha representa o ajuste da tendência geral.

H9- Há uma relação entre a percepção de funcionalidade familiar e a adesão ao regime medicamentoso dos utentes diagnóstico de HTA das USF St^a Clara e Aqueduto.

A Tabela 22 analisa a relação entre a funcionalidade familiar (APGAR) e a adesão ao regime terapêutico (MAT). Os resultados revelam uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os grupos.

Entre os participantes Aderentes, 67,7% reportaram uma boa funcionalidade familiar, enquanto a maioria dos Não Aderentes (68,9%) pertenciam ao grupo com funcionalidade familiar disfuncional. Este padrão foi corroborado pela análise de correlação de Spearman, que evidenciou uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e os níveis de adesão ao regime medicamentoso ($r = 0,38$; $p < 0,001$), como ilustrado na Figura 9.

Estes resultados sugerem que os participantes que percebem um maior apoio familiar

tendem a cumprir mais adequadamente o seu regime terapêutico.

Tabela 22:Relação entre a funcionalidade familiar e a adesão ao regime medicamentoso (n=240)

Variável	Categoria	Funcional	Disfuncional	Chi-squared
		n (%)	n (%)	
Adesão ao regime medicamentoso	Aderente	132 (67,7)	14 (31,1)	$\chi^2 = 19,03$ ($p = < 0,001^*$)
	Não aderente	63 (32,3)	31 (68,9)	

Legenda: χ^2 – chi quadrado

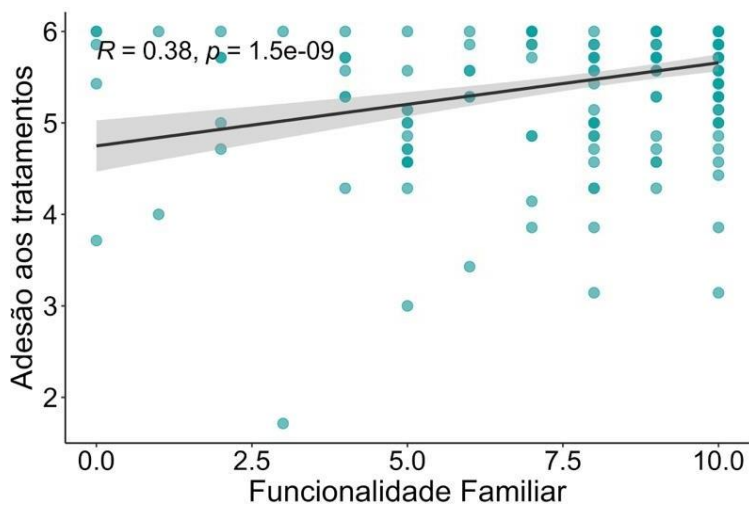


Figura 7:Dispersão entre os níveis médios da funcionalidade familiar e o regime medicamentoso.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo explorou as variáveis sociodemográfica e clínicas de utentes com diagnóstico de HTA das USF St^a Clara e Aqueduto, investigando a sua perceção de funcionalidade familiar, qualidade de vida e adesão ao regime medicamentoso. Os resultados obtidos contribuem para o corpo de conhecimento sobre o perfil de utentes hipertensos em Portugal, com implicações relevantes para a prática clínica.

5.1. Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 240 participantes, com um perfil predominantemente envelhecido, com mais de metade da amostra com idades entre os 51 e 80 anos. Este resultado está em consonância com a literatura nacional e internacional, que consistentemente associa a HTA a faixas etárias mais avançadas, reforçando a sua prevalência crescente à medida que a população envelhece (Rodrigues et al., 2017).

Uma particularidade da amostra foi a sua composição maioritariamente feminina (55,8%). Embora alguns estudos, como os de Negrão (2021) e Rodrigues et al. (2017), refiram uma maior prevalência de HTA no sexo masculino, a nossa amostra reflete a realidade da utilização de cuidados de saúde primários, onde a adesão e o acompanhamento de saúde por parte das mulheres tendem a ser mais elevados, o que justifica a sua maior representatividade neste contexto (Costa-Júnior et al., 2016).

Em termos de habilitações literárias, uma percentagem significativa dos participantes (40,8%) possuía apenas o 1.º ciclo do ensino básico, o que pode ser um indicador de baixa literacia em saúde. Este é um ponto terminante, uma vez que estudos como o de Mingote et al. (2024) demonstram uma relação direta entre níveis de escolaridade mais baixos e uma menor literacia em saúde, o que pode impactar a gestão da doença.

Relativamente ao estado civil, mais de metade da amostra (65,4%) era casada ou vivia em união de facto, e 15% era viúva. Estes resultados estão em consonância com estudos como o de Resende (2020), no qual a maioria dos participantes também apresentava estado civil casado.

Em termos de geografia, como seria de esperar dada a localização das unidades em estudo, a maioria dos participantes (90,8%) residia em Vila do Conde.

A prevalência de comorbilidades na amostra foi elevada, com mais de 30% dos participantes a reportarem três ou mais doenças diagnosticadas. Este resultado corrobora a literatura existente que descreve a HTA como uma condição frequentemente acompanhada por outras patologias crónicas, o que complexifica o perfil clínico e de tratamento destes utentes (Bento et al., 2024).

Este perfil alerta para a complexidade dos cuidados exigidos, que devem ser multidimensionalmente orientados, uma vez que estes utentes requerem uma gestão integrada de múltiplas patologias, para além da HTA.

A perceção da funcionalidade familiar na amostra revelou-se predominantemente positiva, com uma média de 8,4. Mais especificamente, 81,3% dos participantes apresentaram alta funcionalidade familiar, enquanto apenas uma minoria reportou disfunção moderada (12,9%) ou grave (5,8%). Estes resultados assemelham-se aos de Pinto et al. (2021) e sugerem que os participantes percebem um bom nível de apoio e coesão familiar, reforçando a validação externa dos dados.

Os resultados da escala MAT indicaram um elevado nível de adesão terapêutica. As médias das respostas para todos os itens da escala situaram-se entre 5,08 e 5,77 (numa escala de 1 a 6). A maioria dos participantes reportou "nunca" ou "raramente" comportamentos de não adesão. A classificação dicotómica revelou que 60,8% da amostra era aderente, o que está em linha com Leão (2018), embora contraste com alguma da literatura que frequentemente destaca a não adesão como uma barreira significativa ao controlo da HTA (Ferreira, 2018; Pinto, 2021).

A perceção da qualidade de vida global pelos participantes foi considerada razoável, com uma média de 12,6 na escala MINICHAL (onde valores mais baixos indicam melhor qualidade de vida). Este resultado sugere que o impacto da HTA se situa em níveis moderadamente baixos, com os sintomas psicológicos e físicos a apresentarem-se com pouca frequência. Este resultado está em concordância com estudos recentes realizados em Portugal (Freitas et al., 2025; Pinto et al., 2022) que evidenciam que a capacitação em saúde pode contribuir para uma melhoria da perceção de qualidade de vida.

5.2. Análise das hipóteses

H1: Relação entre variáveis sociodemográficas e percepção de funcionalidade familiar

A análise não revelou uma relação estatisticamente significativa entre variáveis sociodemográficas (idade: $\chi^2(4) = 6,19$, $p = 0,19$; sexo $\chi^2(1) = 0,21$ $p = 0,65$; estado civil $\chi^2(3) = 2,05$ $p = 0,57$; ou habilitações literárias $\chi^2(3) = 1,00$ $p = 0,81$) e a percepção de funcionalidade familiar. Estes resultados estão em concordância com estudos realizados por Ferreira et al. (2011; 2021) e Ramos et al. (2022), que também não identificaram associações significativas. Perante a literatura, sugere-se que a funcionalidade familiar pode ser mais influenciada por fatores clínicos e comportamentais do que por variáveis sociodemográficas

H2: Relação entre variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Regime Medicamentoso

A idade foi a única variável sociodemográfica com influência significativa na adesão ao regime medicamentoso ($H = 11,80$, $p = 0,02$).

As faixas etárias mais avançadas, nomeadamente entre os 71 e 80 anos ($M = 5,59$) e mais de 81 anos ($M = 5,66$), apresentaram maior adesão. Estes resultados estão em consonância com a literatura nacional, que tem evidenciado menor adesão nos utentes mais jovens (Silva, 2022; Silva, 2024). Este grupo poderá constituir um perfil de risco, possivelmente por menor percepção do risco e maior variabilidade de rotinas, sugerindo a necessidade de estratégias específicas de acompanhamento.

H3: Relação entre variáveis Sociodemográficas e Qualidade de Vida

A análise revelou uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o sexo com as mulheres a reportarem pior qualidade de vida global ($M = 13,85$ vs. $M = 10,93$ nos homens) e maior comprometimento do estado mental ($M = 8,46$ vs. $M = 6,54$; $U = 8353$, $p = 0,02$). As manifestações somáticas foram influenciadas pela idade ($H = 10,83$, $p = 0,03$) e pelas habilitações literárias ($H = 8,52$, $p = 0,04$), sendo mais expressivas em idosos e em indivíduos com menor escolaridade. Estes resultados estão de acordo com a literatura (Carvalho et al., 2013; Souza et al., 2025; Silva et al., 2014) que destaca o sexo e o nível de escolaridade como determinantes na percepção da qualidade de vida em utentes hipertensos. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as mulheres

apresentarem, de forma consistente na literatura, maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, bem como uma maior carga de responsabilidades familiares e sociais, fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade emocional e psicossocial. Além disso, estudos sugerem que as mulheres tendem a reportar mais sintomas somáticos e psicológicos, o que pode influenciar negativamente a percepção da sua qualidade de vida (Baptista & Baptista, 1999). Por outro lado, os idosos tendem a acumular mais comorbidades e limitações funcionais e menor literacia em saúde, associada a baixos níveis de escolaridade, o que poderá condicionar a forma como percebem a sua qualidade de vida.

H4: Relação entre variáveis Clínicas e Funcionalidade Familiar

A análise da relação entre as características clínicas e a funcionalidade familiar revelou uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(3) = 12,25, p = 0,007$). Os utentes com três ou mais doenças diagnosticadas apresentaram maior proporção de disfunção familiar (55,6%). Este resultado é consistente com a literatura que aponta que múltiplas condições de saúde podem gerar sobrecarga para o utente e para a família, comprometendo a dinâmica familiar (Sardinha et al., 2023; Bento et al., 2024), possivelmente devido ao aumento da sobrecarga emocional, física e financeira que essas condições impõem ao utente e aos membros da família.

H5: Relação entre variáveis Clínicas e Adesão ao Regime Medicamentoso

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime medicamentoso ($\chi^2(3) = 8,61, p = 0,035$).

Os utentes com menor número de doenças diagnosticadas apresentaram melhor adesão ($M = 5,63$ para nenhuma doença; $M = 5,62$, para uma doença), indicando que quanto menor o número de comorbidades, maior a adesão. Estes resultados corroboram estudos que referem que a presença de múltiplas condições de saúde está associada a menor adesão devido à complexidade dos esquemas terapêuticos, esquecimentos e à sobrecarga de medicação (Costa et al., 2024; Gameda et al., 2020; Weber et al., 2014), possivelmente porque utentes com mais patologias enfrentam maior dificuldade na organização do tratamento e percebem maior risco de efeitos adversos.

H6: Relação entre variáveis Clínicas e Qualidade de Vida

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(3) = 26,11, p < 0,001$) entre as variáveis clínicas e a percepção de qualidade de vida. Os participantes com mais doenças associadas relataram pior qualidade de vida global e nas dimensões de estado mental ($X^2(3) = 22,23, p < 0,001$) e manifestações somáticas ($X^2(3) = 26,17, p < 0,001$), com pontuações médias de 16,02, 9,63 e 5,56, respetivamente. Estes resultados estão em consonância com estudos prévios (Brito et al., 2008; Carvalho et al., 2013; Moita et al., 2018) e podem ser explicados pelo facto de múltiplas comorbidades aumentarem a sobrecarga física e emocional, além de tornarem a gestão da doença mais complexa, impactando negativamente a percepção da qualidade de vida.

H7: Relação entre Adesão ao Regime Medicamentoso e Qualidade de Vida

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os níveis de adesão ao regime medicamentoso e a qualidade de vida. Os utentes com menor adesão apresentaram pior qualidade de vida ($M = 16,7$) do que os com maior adesão ($M = 9,9$). A análise de correlação de Spearman revelou uma correlação negativa e significativa ($r = -0,34; p < 0,001$), indicando que maior adesão se associa a melhor qualidade de vida, o que corrobora com a literatura existente (Maciel et al., 2016; Souza et al., 2015). Este resultado sugere que a adesão ao tratamento contribui para um melhor controlo da doença e menor impacto dos sintomas na vida diária dos utentes.

H8: Relação entre percepção de Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida

A percepção de funcionalidade familiar demonstrou uma relação estatisticamente significativa com a percepção de qualidade de vida ($U = 6663,5, p < 0,001$). Os utentes que percecionavam a sua família como disfuncional apresentaram uma pontuação média mais elevada na escala MINICHAL ($M = 19,78$), indicando uma pior percepção da qualidade de vida, em comparação com os participantes com percepção de funcionalidade familiar adequada ($M = 10,90$). Uma correlação Spearman significativa ($r = -0,37; p < 0,001$) confirmou que níveis mais elevados de funcionalidade familiar estão associados a uma melhor percepção da qualidade de vida.

Estes resultados estão em consonância com a literatura: Ramos et al. (2022) destacam que apoio e coesão familiar são fundamentais para o bem-estar e manutenção da qualidade de

vida; Faquinello et al.(2011) evidenciam que famílias funcionais promovem maior adesão terapêutica e melhor percepção da qualidade de vida, enquanto a disfunção familiar dificulta o processo de cuidado; Duran-Badillo et al.(2022) verificam que famílias funcionais apresentam melhores resultados clínicos; Souza et al.(2025) indicam a influência das variáveis sociodemográficas na percepção de qualidade de vida; e Sardinha et al.(2023) reforçam a relevância da família em todo o processo. Assim, os dados do presente estudo corroboram a evidência científica, mostrando que a funcionalidade familiar impacta significativamente a percepção da qualidade de vida dos utentes com HTA. Importa ir além da mera identificação desta correlação e refletir sobre os mecanismos subjacentes. É plausível que uma família funcional atue como um sistema de suporte social eficaz, providenciando suporte emocional (encorajamento, redução do stress), suporte instrumental (ajuda na gestão de medicamentos, lembrete para consultas) e suporte informacional (partilha de conhecimento sobre a doença). Além disso, a família pode funcionar como um agente de controlo social positivo, promovendo a responsabilização do utente e reforçando a adoção de estilos de vida saudáveis. Por outro lado, o stress e os conflitos inerentes, a uma dinâmica familiar disfuncional podem consumir os recursos cognitivos e emocionais do utente, diminuindo a sua capacidade de autorregulação e adesão aos comportamentos de saúde necessários. Esta interpretação está alinhada com a visão sistémica de Wright e Leahey (2019), que defende que a doença de um membro afeta e é afetada por todo o sistema familiar.

H9: Relação entre Funcionalidade Familiar e Adesão ao Regime Medicamentoso

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a percepção de funcionalidade familiar e a adesão ao regime terapêutico ($\chi^2(1) = 19,03$, $p < 0,001$). A maioria dos participantes aderentes (67,7%) pertencia ao grupo com boa funcionalidade familiar, enquanto a maioria dos não aderentes (68,9%) apresentava uma funcionalidade familiar disfuncional. Uma associação positiva significativa ($r = 0,38$; $p < 0,001$) sugere que o apoio familiar facilita o cumprimento da adesão terapêutica. Embora Pinto et al. (2021) não tenham encontrado relação significativa, estudos de Silva (2024) e Silva et al. (2023) evidenciam que o incentivo, acompanhamento e reforço das rotinas familiares são determinantes importantes para melhorar a adesão ao regime medicamentoso. Estes resultados reforçam a importância de integrar a família nas estratégias de intervenção.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O estudo teve como finalidade analisar a relação entre o perfil sociodemográfico e clínico de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial, inscritos nas USF Santa Clara e Aqueduto, e a sua perceção de funcionalidade familiar, adesão ao regime medicamentoso e qualidade de vida. Este objetivo visou contribuir para uma compreensão integrada dos fatores que influenciam a gestão da condição crónica em contexto familiar.

A amostra foi caracterizada predominantemente por mulheres com idade superior a 51 anos, habilitações literárias básicas e presença significativa de comorbilidades. Relativamente à funcionalidade familiar, a maioria dos participantes percecionou a sua família como funcional, indicando um ambiente de apoio e coesão. Contudo, verificou-se que a presença de múltiplas comorbilidades se associou a uma menor perceção de funcionalidade familiar, evidenciando que a complexidade clínica das doenças crónicas pode comprometer a dinâmica familiar.

Os níveis de adesão ao regime medicamentoso foram, de forma geral, elevados. A adesão aumentou com a idade e diminuiu com o número de comorbilidades, sendo também facilitada por uma perceção positiva da funcionalidade familiar.

Quanto à qualidade de vida, esta foi maioritariamente positiva, mas com diferenças significativas em função do sexo e das variáveis clínicas. As mulheres reportaram uma perceção de qualidade de vida inferior, particularmente na dimensão do estado mental, enquanto um maior número de patologias se associou a pior qualidade de vida, evidenciando o impacto da carga clínica acumulada no bem-estar.

O estudo revelou ainda que a qualidade de vida se encontra intrinsecamente ligada à adesão terapêutica e à funcionalidade familiar. Utentes com maior adesão e com famílias funcionais apresentaram consistentemente uma melhor perceção de qualidade de vida, demonstrando que o controlo da doença e o contexto familiar são determinantes para o bem-estar. Em suma, os resultados indicam que, no contexto da HTA, as variáveis clínicas e a perceção da funcionalidade familiar exercem um impacto mais significativo na adesão ao tratamento e na qualidade de vida do que as variáveis sociodemográficas, embora fatores como idade, sexo e escolaridade também influenciem aspetos específicos da

experiência do utente. Estes resultados reforçam a importância de uma abordagem holística na prática de Enfermagem de Saúde Familiar, que integre a avaliação da família e do contexto social no plano de cuidados. A intervenção deve ir além da prescrição medicamentosa, envolvendo a família no acompanhamento, no reforço das rotinas terapêuticas e no suporte emocional. Identificaram-se grupos de risco, como utentes mais jovens, polimedicados ou com perceção de disfunção familiar, que beneficiariam de estratégias de intervenção direcionadas, incluindo planos de educação adaptados e técnicas de literacia em saúde familiar.

6.1 Limitações do estudo

A interpretação dos resultados deve ser realizada com a devida consideração das limitações inerentes ao trabalho. A natureza transversal do desenho do estudo, ao recolher dados num único ponto no tempo, impede o estabelecimento de relações de causalidade. Por exemplo, não é possível determinar com certeza se uma melhor funcionalidade familiar leva a uma maior adesão terapêutica ou se, inversamente, uma boa adesão e consequente melhoria do estado de saúde contribuem para um ambiente familiar mais harmonioso. Em segundo lugar, a amostra de conveniência, circunscrita a duas USF de uma área geográfica específica, compromete a generalização dos resultados para a totalidade da população portuguesa. Acresce que a elevada proporção de mulheres e de utentes com maior utilização das USF pode introduzir viés de representatividade, uma vez que tende a incluir indivíduos mais envolvidos com os serviços de saúde e potencialmente mais aderentes, o que poderá alterar os níveis da perceção da funcionalidade familiar, qualidade de vida e adesão terapêutica. Por fim, a utilização de questionários de autorrelato torna os dados suscetíveis a viés de desejabilidade social sobretudo em variáveis como a perceção da funcionalidade familiar e a adesão do regime medicamentoso. Os participantes podem ter respondido de forma socialmente aceitável, subestimando os comportamentos de não adesão ou minimizando conflitos familiares. Além disso a ausência de variáveis confundidoras relevantes, como a literacia em saúde, a presença de depressão, ansiedade ou o suporte social externo à família, limita a compreensão de fatores que podem influenciar a perceção de qualidade de vida e adesão terapêutica. Reconhecer estas lacunas fornece uma base sólida para orientar futuros estudos.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório traduz um percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio de aquisição e consolidação de competências, articulando a prática clínica em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar com a investigação científica, numa lógica de prática baseada na evidência.

O estágio decorreu na USF Santa Clara, permitindo a adoção de uma abordagem sistémica e centrada na família, sustentada nos referenciais teóricos do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). A consulta de enfermagem e a visita domiciliária revelaram-se instrumentos fundamentais para reforçar a literacia em saúde, promover a adesão terapêutica e consolidar o papel da família como unidade de cuidados, em consonância com as orientações (Ordem do Enfermeiros, 2011).

A experiência de estágio permitiu consolidar competências relacionais, emocionais e de comunicação essenciais para a prática de cuidados individual, familiar e comunitária. O papel do EEECESF destacou-se como essencial, atuando como facilitador da mudança e promotor do empoderamento das famílias, através de estratégias educativas e relacionais (Martins, 2024). Simultaneamente, a vivência do estágio possibilitou uma reflexão crítica sobre desafios organizacionais, nomeadamente a sobrecarga assistencial que, segundo a evidência científica, pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados (Aiken et al., 2014). Nesse sentido, a gestão equilibrada da carga assistencial é uma condição essencial para assegurar cuidados centrados na pessoa e na família, ajustados às necessidades individuais e contextuais (Delgado et al., 2017).

No âmbito da investigação, foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos utentes com hipertensão arterial, bem como avaliar a sua perceção de funcionalidade familiar, qualidade de vida e adesão à terapêutica. Os resultados obtidos evidenciaram que a funcionalidade familiar está significativamente associada à adesão ao regime medicamentoso e à perceção da qualidade de vida, sublinhando o impacto do suporte familiar na gestão da doença crónica. Estes dados reforçam a importância de integrar sistematicamente a família nos planos de cuidados, corroborando a perspetiva de Wright e Leahey (2019), para quem a família constitui o contexto mais estável e influente no

processo de adaptação à doença. O estudo empírico realizado, apesar das suas limitações, constitui um contributo válido para a prática clínica, ao sublinhar o papel preponderante da funcionalidade familiar na gestão da HTA.

Este trabalho não só reflete a integração dos saberes teóricos e práticos adquiridos ao longo do mestrado, como também demonstra a capacidade de gerar evidência que suporta uma prática de enfermagem especializada, crítica, reflexiva e centrada na pessoa e na sua família. Os conhecimentos gerados reforçam a importância do investimento no sistema familiar enquanto estratégia fundamental para melhorar os resultados em saúde na população com doenças crónicas, como a Hipertensão Arterial.

Os resultados deste estudo têm implicações diretas e acionáveis para a prática do EEECESF. Sugere-se o rastreio sistemático através da utilização de instrumentos de avaliação familiar, como o APGAR Familiar, na consulta de enfermagem, para identificar precocemente famílias com disfunção e necessidades específicas. Para traduzir estes resultados para a prática de EEECESF é fundamental desenvolver e implementar planos de cuidados que envolvam ativamente a família no processo de gestão da doença, promovendo a sua capacitação para apoiar o utente na adesão terapêutica e na modificação de estilos de vida, também intervenções educativas estruturadas, adaptadas ao nível de literacia em saúde e perfil clínico dos utentes. Uma gestão organizacional e carga assistencial também deve ser tida em consideração de forma a garantir tempo adequado e continuidade de cuidados de forma a reforçar a qualidade e segurança do acompanhamento ao utente e família.

Em síntese, o estágio constituiu uma oportunidade enriquecedora de integração entre a teoria e a prática. Não só permitiu aprofundar o conhecimento científico sobre a HTA e os seus determinantes, como também contribuiu para o desenvolvimento de competências para um exercício profissional diferenciado e alinhado com as necessidades complexas dos utentes e das suas famílias. Estudos futuros poderão ampliar estas conclusões, incluindo amostras mais diversificadas, variáveis adicionais como apoio social e literacia em saúde e indicadores clínicos objetivos (por exemplo, tensão arterial monitorizada e perfil lipídico), e métodos mais objetivos de avaliação de adesão, contribuindo para intervenções de enfermagem mais eficazes e personalizadas. Paralelamente, a aplicação de instrumentos validados adicionais como a escala Family Adaptability and Cohesion

Evaluation Scales (FACES) e o questionário Short Form Health Survey (SF-36) permitirá uma caracterização mais completa dos utentes. Sugere-se também estudos longitudinais para acompanhar os utentes e famílias ao longo do tempo permitindo avaliar alterações na funcionalidade familiar, adesão terapêutica e perceção qualidade de vida bem como identificar fatores preditivos de mudanças nesses indicadores, permitindo aos EEECSF ajustar intervenções de forma personalizada e pró-ativa, promovendo uma gestão mais eficiente e fortalecendo o envolvimento e suporte familiar. Complementarmente, métodos qualitativos como entrevistas semi- estruturadas com utentes e familiares poderão aprofundar a compreensão de barreiras, desenvolver estratégias de coping contribuindo também para intervenções centradas na família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. S. T. F. (2023). *Reformulação do APGAR familiar de Smilkstein* [Tese de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Comum UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/116092?locale=pt>
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 18–21.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Bruyneel, L. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)
- Associação Internacional de Enfermagem Familiar. (2015). *Declaração de posicionamento da IFNA sobre competências generalistas para a prática de enfermagem familiar*. <https://internationalfamilynursing.org/position-statement/generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia – Princípios éticos para pesquisas médicas envolvendo seres humanos*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
- Balnaves, M., & Caputi, P. (2001). *Introduction to quantitative research methods: An investigative approach*. Sage.
- Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. (1999). Depressão e gênero: Por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143–156.
- Barbosa, M. (2023). *Hipertensão arterial e a percepção de saúde: Transmissão de significados na família* [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/44453>
- Bento, T., Marques, A. C., Paz, R., & Landeiro, R. (2024). Hipertensão arterial e suas comorbilidades e complicações numa USF. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 103, 28–31. <https://doi.org/10.58043/rphrc.137>
- Bernardes, C., Santos, D., Taborda, P., & Barrambana, S. (2022). Literacia em saúde na prevenção da hipertensão arterial em jovens adultos. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática 2022* (pp. 175-196). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/9105>
- Brito, D. M. S., Araújo, T. L., Galvão, M. T. G., Moreira, T. M. M., & Lopes, M. V. O. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 933–940. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000400025>

- Carvalho, M. A. N., Silva, I. B. S., Ramos, S. B. P., Coelho, L. F., Gonçalves, I. D., & Figueiredo Neto, J. A. (2012). Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 98(5), 442–451. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012005000032>
- Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., & Jardim, P. C. B. V. (2013). The influence of hypertension on quality of life. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(2), 164–174. <https://doi.org/10.5935/abc.20130030>
- Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. (2001). *Diário da República*, 1.^a série-A, n.º 2, 14–36. <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Costa, E. (2012). *Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/9322>
- Costa, T., Segundo, A. B., Prazeres, J. S., Soares, I. M., Leite, A. C., Portela, M., Araújo, A., Nascimento, E. C., Fernandes, R. J., & Lins Neto, L. (2024). Desafios e estratégias na adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial. *Anais New Science Publishers Editora Impacto*. <https://periodicos.newsciencepubl.com/ans/article/view/143>
- Costa-Júnior, F. M., Couto, M. T., & Maia, A. C. B. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latino-Americana*, 23, 97–117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>
- Cruz, M. (2021). *O funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência* [Relatório académico, Instituto Politécnico da Guarda]. Biblioteca Digital do IPG. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/5357>
- Cunha, L., Ferreira, P., & Brito, I. (2017). Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa. *Pensar Enfermagem*, 21(2), 19–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v21i2.137>
- Damacena, D. E. L., Silva, L. C. L., Lima, L. H. O., Machado, A. L. G., Marques, J. S., & Silva, A. R. V. (2020). Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. *RevistadeEnfermagemUFPI*, 9, e9674. https://www.researchgate.net/publication/368008123_Quality_of_life_of_people_with_arterial_hypertension_Qualidade_de_vida_de_pessoas_com_hipertensao_arterial_Calid_ad_de_vida_de_las_personas_con_hipertension
- Decreto-Lei n.º 102/2023. (2023). *Diário da República*, 1.^a série, n.º 215. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023. (2023). *Diário da República*, 1.^a série, n.º 215. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

- Decreto-Lei n.º 298/2007. (2007). *Diário da República, 1.ª série, n.º 161*, 5588–5590. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017. (2017). *Diário da República, 1.ª série, n.º 118*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81–100. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- Diário da República. (2005). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005: Cria um grupo para reforma dos cuidados de saúde primários*. Diário da República, Série-B, n.º 81, 3202–3203. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/04/081b00/32023203.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 020/2011: Hipertensão arterial – Definição e classificação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial-definicao-e-classificacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Abordagem terapêutica da hipertensão arterial*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/29/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial/>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030: Plano estratégico*. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/plano-nacional-de-ls-e-ciencias-comportamentais-23-30.pdf>
- Duran-Badillo, T., Herrera Herrera, J. L., Salazar Barajas, M. E., Mireles Alonso, M. A., Ruiz Cerino, J. M., & Saavedra, M. O. (2022). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y Enfermería*, 28, 1–12. <https://doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>
- Faquinello, P., Marcon, S. S., & Waidmann, M. A. P. (2011). A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 849–856. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000500008>
- Ferreira, A. M., & Magalhães, C. P. (2023). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso da pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.12707/rvi22039>
- Ferreira, M. J. C., Ibiapina, E. F., Dibai, D. B., Santos, A. S., Simeão, L. F., & Gonçalves, M. C. (2021). A associação entre ausência do apoio familiar e a raça parda com a

- Ferreira, P. C. S., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, R. A. P. (2011). Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 29–35. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002011000100004>
- Ferreira, T. D. (2018). *Hipertensão arterial: fatores de adesão terapêutica e intervenções benéficas* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. <https://hdl.handle.net/10400.6/8429>
- Figueiredo, H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.
- Figueiredo, S., Brites, M., & Sousa, J. (2023). Empowerment of hypertensive individuals and families in disease management: A community nursing intervention. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 61–72. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.258>
- Freitas, S. G., Ornelas, M., & Simões, J. (2025). Capacitação e qualidade de vida de doentes hipertensos residentes na Ilha da Madeira. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 106, 12–20. <https://doi.org/10.58043/rphrc.164>
- Gemeda, A., Regassa, L. D., Weldesenbet, A. B., Merga, B. T., Legesse, N., & Tusa, B. S. (2020). Adherence to antihypertensive medications and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.1177/2050312120982459>
- Gomes, C. M. S., Zanotelli, L. G., & Andrade, A. L. (2021). Family APGAR scale: Evidências iniciais de validade para utilização em familiares de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Educação Especial*, 34, 1–20. <https://doi.org/10.5902/1984686X63164>
- Gonçalves, M. F. V. S., Gonçalves, F. G., Gomes, G. S. T., Miesse, D. M. J., & Sakamoto, S. R. (2023). O teste de APGAR familiar para avaliar as relações familiares do idoso: Revisão integrativa. *Revista Foco*, 16(9), e3178. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-168>
- Graças, E. N., & Ferreira, L. E. (2025). Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica: Perspetivas e evidências científicas. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), e626268. <https://doi.org/10.47820/recima21.v6i2.6268>
- Hipólito, R. I., Santos, I., & Cândido, J. (2021). A efetividade da educação para a saúde na capacitação da pessoa no controlo da hipertensão arterial. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24837>
- Leão, D. (2018). *Adesão à terapêutica na hipertensão arterial* [Dissertação de mestrado,

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=156948

- Lopes, M. C., & Marcon, S. S. (2009). A hipertensão arterial e a família: A necessidade do cuidado familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 343–350. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000200013>
- Maciel, A. P. F., Pimenta, H. B., & Caldeira, A. P. (2016). Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), 542–548. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600075>
- Mância, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Antza, C., Acelajado, M. C., Coca, A., Cunha, P. G., Delles, C., Dudenbostel, T., Escobar, E., Fassnacht, M., Ferri, C., Williams, B. (2023). 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>.
- Martins, S. (2024). *A família e a gestão da doença crónica: Avaliação e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar* [Relatório académico, Escola Superior de Enfermagem Do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/52024>
- Mengue, S. S., Bertoldi, A. D., Ramos, L. R., Farias, M. R., Oliveira, M. A., Tavares, N. U. L., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., & Pizzol, T. S. D. (2016). Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(Suppl 2), 8s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006154>
- Mingote, C., Mingote, V., Ferreira, E. A., Sousa, C., & Carvalho Rodrigues, M. (2024). Literacia em saúde dos utentes com hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 99, 10–21. <https://doi.org/10.58043/rphrc.113>
- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais. (s.d.). [https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy\(asp/Main.aspx7](https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy(asp/Main.aspx7)
- Moita, M. P., Dias, M. S. A., Brito, M. C. C., & Silva, L. C. C. (2018). Qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: Revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(2). <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2842>
- Negrão, L. (2021). Sabia que... hipertensão arterial é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino? *Fundação Portuguesa de Cardiologia*. <https://www.fpcardiologia.pt/sabia-que-hipertensao-arterial-e-mais-frequente-no-sexo-masculino-que-no-sexo-feminino/>
- Nené, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. <https://www.researchgate.net/publication/360088996> [Investigac](https://www.researchgate.net/publication/360088996)

- Nicolau, A. R. G. P. A. (2021). *A hipertensão arterial em Portugal: Os custos da doença e a relação de causalidade com o PIB* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/151194>
- Olsen, M. H., Angell, S. Y., Asma, S., Boutouyrie, P., Burger, D., Chirinos, J. A., Damasceno, A., Delles, C., Gimenez-Roqueplo, A.-P., Hering, D., López-Jaramillo, P., Martinez, F., Perkovic, V., Rietzschel, E. R., Schillaci, G., Schutte, A. E., Scuteri, A., Sharman, J. E., Wachtell, K., & Wang, J. G. (2016). A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure: The Lancet Commission on hypertension. *The Lancet*, 388(10060), 2665–2712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31134-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31134-5)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 367/2011: *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 1ª série, nº111. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-dos-padr%C3%B5es-de-qualidade-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar-publicado-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%ABlica/>
- Ordem dos Enfermeiros, & INESC TEC. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como elemento de eficácia dos cuidados de saúde primários* [Relatório técnico]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2023a). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>
- Organização Mundial da Saúde. (2023b). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- Organização Mundial da Saúde. (2023c). Relatório lançado pela Organização Mundial da Saúde detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la. *OPAS/OMS*. <https://www.paho.org/pt/noticias/19-9-2023-relatorio-lancado-pela-oms-detalha-impacto-devastador-da-hipertensao-e-formas>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021a). *Hypertension*. <https://www.paho.org/en/topics/hypertension?>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021b). Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada. <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-mundo-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada>
- Pereira, A. L., & Costa, P. (2024). Os instrumentos de avaliação familiar como aliados da adesão terapêutica: Um relato de caso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 40(5), 514–520. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i5.13474>

- Pinto, C., Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., & Gonçalves, A. (2021). Influência das características sociodemográficas e familiares na adesão ao tratamento das pessoas hipertensas na comunidade. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(9e), 197–206. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25070>
- Pinto, S. (2021). *Os custos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: Uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/100706>
- Pinto, S., Coelho, P., Azevedo, J., Rodrigues, F., & Pires, J. (2022). Programa de pressão arterial da Beira Baixa – Concelho de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 91, 34–45. <https://doi.org/10.58043/rphrc.67>
- Ramos, G., Predebon, M. L., Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Paskulin, L. M. G., Tanaka, A. K. S. R., & Rosset, I. (2022). Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da atenção domiciliar: Estudo transversal analítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao009234>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 47444–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Resende, B. (2020). *Adesão ao tratamento e estratégias de coping numa amostra de pessoas com hipertensão arterial* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/11071>
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.ª ed.). Legis Editora/Livpsic.
- Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A., Namorado, S., Gil, A., Antunes, L., Santos, A., Miguel, J., Nunes, B., Dias, C., & INSEF Research Group. (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito Nacional com exame físico (INSEF 2015). *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*. https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/33685/1/Prevalencia_hipertensao.pdf
- Santos, T. A. S. L. P., Ferreira, A. C., & Santiago, L. M. (2022). Hipertensão arterial em Portugal – O custo do controlo. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 90, 20–28. <https://doi.org/10.58043/rphrc.51>

- Sardinha, A. H. L., Pereira, L. S., Andrade, B. R. C., Oliveira, A. S., Camara, J. P., & Sales, M.F. S. (2023). Funcionalidade familiar de idosos com hipertensão arterial sistêmica: Revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 22(6), 1195–1207. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5546>
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Serviço Nacional de Saúde 24 (2025). *Hipertensão arterial*. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>
- Silva, E. M., & Caramona, M. M. (2014). Fatores que afetam a qualidade de vida dos doentes hipertensos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.418>
- Silva, I. (2024). *Adesão à terapêutica farmacológica da hipertensão arterial: Estudo quantitativo sobre a perspetiva dos utentes* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/115899>
- Silva, I. C., Nogueira, M. R. N., Cavalcante, T. F., Felipe, G. F., Morais, H. C. C., Moreira, R. P., & Oliveira, A. S. S. (2022). Letramento em saúde e adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0008pt>
- Silva, P. (2022). *Influência da utilização de medicamentos genéricos na adesão à terapêutica anti-hipertensiva* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.21/15188>
- Silva, V., Granjeiro, A. C. M., Ribeiro, R. J. S., Barbosa, A. H. G., Lage, L. R., Rocha, K. N., Silva, I. C., Siqueira, P. E. L., & Costa, J. (2023). Importância do enfermeiro para a boa adesão terapêutica dos hipertensos na atenção primária. *Research, Society and Development*, 12(8), e8712842863. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42863>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. C., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60–63. <http://hdl.handle.net/10400.26/33604>
- Souza, A. C. C., Borges, J. W. P., & Moreira, T. M. M. (2015). Quality of life and

treatment adherence in hypertensive patients: Systematic review with meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006415>

Souza, G. P., Santos, L. A., Souza, L. M. S., & Araújo, E. M. Q. (2025). Características sociodemográficas e qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidas em unidades básicas de saúde: um estudo de associação. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 23(3). <https://doi.org/10.9771/cmbio.v23i3.64810>

Weber, D., Oliveira, K., & Colet, C. (2014). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 21(2), 114–121. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Funcionalidade familiar, Adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar serve o presente formulário para realizar o estudo da relação entre a Funcionalidade familiar, adesão terapêutica e qualidade de vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto.

Título do estudo: Estudo da relação entre a Funcionalidade Familiar, adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto.

Objetivos gerais: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção de funcionalidade familiar e qualidade de vida em hipertensão arterial e a adesão ao regime medicamentoso nos utentes com diagnóstico de HTA das USF Stª Clara e Aqueduto.

Com base nos objetivos do estudo, serão aplicados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978), permite avaliar a perceção que o doente tem do funcionamento Familiar;
- Escala de Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT) versão validada e traduzida (Maria Luísa Lima, 2001). O objetivo desta escala é avaliar qual a adesão ao regime terapêutico, voltando-se na sua maioria para o regime medicamentoso.
- Mini- Questionário de Qualidade de vida em Hipertensão Arterial MINICHAL (Versão Portuguesa de Lara Cunha) que tem como objetivo avaliar como os principais fatores das condições clínicas podem influenciar a qualidade de vida nos utentes com HTA;
- Questionário para Caracterização Sociodemográfica e Clínica.

Condições e financiamento: Este estudo científico foi estruturado de forma a garantir que não haja quaisquer encargos financeiros, tanto para os participantes quanto para a Unidade

Local de Saúde (ULS). A participação no estudo é totalmente gratuita, sem custos diretos ou indiretos para os participantes, que poderão se envolver na pesquisa sem qualquer impacto financeiro. Da mesma forma, a ULS também não arcará com despesas relacionadas à execução do estudo, uma vez que não haverá custos envolvidos para a instituição.

Importante ressaltar que o estudo não é financiado por nenhuma entidade externa. Todos os custos associados à realização da pesquisa, incluindo recursos humanos, materiais e infraestrutura, serão suportados pelos próprios organizadores do estudo. Isso garante que não haverá dependência de financiamento de fontes externas, como entidades públicas ou privadas, o que assegura a independência e a imparcialidade do processo científico.

Dessa forma, o estudo caracteriza-se por ser completamente isento de encargos financeiros para as partes envolvidas, permitindo que a pesquisa seja conduzida com total transparência e com foco no avanço do conhecimento científico, sem que haja qualquer ônus para os participantes ou para a ULS.

Confidencialidade e anonimato: Após o seu consentimento procede-se á assinatura do consentimento informado separado do formulário. Os formulários preenchidos foram depositados em envelopes distintos dos que continham os consentimentos, de modo a garantir a confidencialidade e segurança da informação recolhida.

Este processo foi cuidadosamente planejado para garantir que todos os participantes se sintam confiantes e seguros na participação do estudo.

Os dados recolhidos serão armazenados em uma base de dados encriptada, assegurando que todas as informações pessoais e de saúde dos participantes estejam protegidas contra acessos não autorizados. Após o tratamento e análise dos dados, e a interpretação dos resultados, os dados serão automaticamente eliminados de forma segura, conforme as normas éticas e legais em vigor sobre a proteção de dados pessoais.

A sua participação é voluntária, poderá não participar e caso não consinta participar não assine este documento, com a garantia que lhe continuarão a ser prestados cuidados de saúde sem qualquer penalização.

Investigadores: Em meu nome, Maria Joana Ribeiro Araújo (Mestranda) e do Professor Doutor Manuel Brás (Orientador), agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada a este estudo.

Qualquer dúvida poderá esclarecer através do correio eletrónico: m.joaraujo@gmail.com.

Assinatura:

Ao assinar este documento confirmo o seguinte: Declaro ter lido e compreendido este documento, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária, livre de encargos financeiros e sem compensações e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação.

Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e que após a sua recolha e realização do estudo serão destruídos nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome _____

Data _____ / _____ / _____

Assinatura _____

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

1. Qual a sua idade?
 - 18 a 20 anos
 - 21 a 30 anos
 - 31 a 40 anos
 - 41 a 50 anos
 - 51 a 60 anos
 - 61 a 70 anos
 - 71 a 80 anos
 - 81 a 85 anos
 - 86 anos ou mais
2. Qual o seu sexo?
 - Feminino
 - Masculino
3. Qual a cidade em que reside?
 - Vila do Conde
 - Póvoa de Varzim
 - Famalicão
 - Trofa
 - Barcelos
 - Braga
 - Porto
4. Quais as suas habilitações literárias?
 - Sem habilitações
 - 1º Ciclo do ensino básico (Até 4 anos)
 - 2º Ciclo do ensino básico (5º ao 6º ano)
 - 3º Ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)
 - Ensino secundário (10º ao 12º ano)
 - Ensino superior - bacharelato

- Ensino superior- licenciatura
- Ensino Superior- mestrado
- Ensino superior- doutoramento

5. Qual o seu estado civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou união de facto
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)
- Outros

6. Excluindo a Hipertensão, quantas patologias tem diagnosticadas?

- 0
- 1
- 2
- 3 Ou mais

Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Notas:

Assinalar uma das três colunas (Quase sempre, Algumas vezes ou Quase nunca) para cada uma das cinco afirmações.

Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) (schulz (el, al.)),2008, traduzido e validado para população português por Cunha e Ferreira,2014)

Questões	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, médio	Sim, muito
1. Tem dormido mal?				
2. Tem dificuldades em manter relações sociais habituais?				
3. Tem dificuldade 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 esteve 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 formigueiro em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento tem afetado a sua qualidade de vida?				

Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT), Adaptado de Delgado e Lima (2001):

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 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?						

APÊNDICE II – PEDIDO PARA COMISSÃO ÉTICA

Projeto / Estudo n.º ____/____

Data de Receção: ____/____/____

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Nome Completo: Maria Joana Ribeiro De Araújo

Contato telefónico: 968683719

Email: m.joaraujo@gmail.com

Qualificação Académica: Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: USF Ageduto

INFORMAÇÕES SOBRE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/ESTUDO

Designação do Estudo: Relação entre: Funcionalidade familiar, adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA da USF Santa Clara e USF Ageduto.

O presente estudo de investigação enquadra-se no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar do ano letivo 2024/2025 do Consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança/Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro.

Este estágio que decorrerá num período compreendido entre o dia 1 de outubro de 2024 a 31 de março de 2025 na Unidade de Saúde Familiar Santa Clara - modelo B, na ULSPVVC (Unidade Local de saúde Póvoa de Varzim, Vila de Conde). Ocorre sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar Patrícia Costa e do Professor Doutor Manuel Brás.

Apresenta-se como um trabalho de investigação para obtenção académica grau mestre. O estudo de investigação que se pretende realizar surge devido aos diagnosticados de HTA serem uma principal área de utentes que necessitam de intervenção por parte do enfermeiro, e que segundo a DGS (2023) *“Em Portugal estima-se que a prevalência da hipertensão arterial na população adulta seja de 42,6%. Desta população, menos de metade está medicado com fármacos anti-*

hipertensos e só 11,2% estão controlados". Ainda segundo a DGS (2023), a HTA é ainda considerada um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias, tais como: acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal; retinopatia hipertensiva; disfunção erétil e doença arterial periférica.

De acordo com diversos autores sabe-se que a HTA pode ter origem devido a fatores genéticos, ambientais, estilos de vida, do envelhecimento e do baixo nível educacional (Mozaffarian et al., 2016; Soares, 2005; Sousa et al., 2018 citado por Teixeira, 2021). Por este motivo surge a importância na realização deste estudo no meu estágio para desta forma contribuir para o meu enriquecimento e conhecimento enquanto futura especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área Enfermagem de Saúde Familiar para ser possível agir como um agente facilitador no processo ao utente e família na doença crónica.

Área científica em que se enquadra o estudo: Enfermagem

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): Este estudo terá início logo após o parecer favorável das entidades competentes da ULS PVVC e terá uma duração de um mês.

Tipo de análise: Quantitativa (análise estatística descritiva e inferencial).

Palavras – chave: HTA, Escala de APGAR FAMILIAR, Adesão Tratamentos, Qualidade de Vida

CO-INVESTIGADORES (quando aplicável)

Nome(s)Completo(s): _____

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Manuel Alberto Morais Brás

Instituição: Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Bragança

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e a funcionalidade familiar, adesão ao regime medicamentoso e qualidade de vida em hipertensão arterial nos utentes com diagnóstico de HTA da USF Stª Clara e Aqueduto.

Metodologia: Quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostragem não probabilística.

População e amostra: A população do estudo é composta por utentes portadores de HTA inscritos na USF Sta. Clara e Aqueduto da ULS PVVC (N =7583). A amostra serão os elementos da população alvo que compareçam nas consultas de enfermagem e que consentirem participar no estudo que terá duração expectável de um mês.

Crítérios de inclusão: Como critério de inclusão, ter idade superior a 18 anos de idade, ter HTA diagnosticada, compareçam à consulta de enfermagem programada durante o tempo de colheita de dados.

Como critério de exclusão não ter capacidade cognitiva preservada.

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha): A recolha de dados será realizada através de um formulário (Apêndice I) constituído por duas partes e será efetuado aos participantes na consulta de enfermagem. Inicialmente encontram-se questões com o objectivo de caracterizar as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, clínica). De seguida é constituído por uma segunda parte onde se apresenta a escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978) que permite avaliar a percepção que o doente tem do funcionamento Familiar, a Escala Medidas de Adesão aos Tratamentos (MAT) versão validada e traduzida (Maria Luísa Lima, 2001), que apresenta como objetivo avaliar qual a adesão ao regime terapêutico, voltando-se na sua maioria para o regime medicamentoso e o Mini- Questionário de Qualidade de vida em Hipertensão Arterial – MINICHAL (Versão Portuguesa de Lara Cunha, 2014) que tem como objetivo avaliar se os principais fatores das condições clínicas podem influenciar a qualidade de vida nos utentes com HTA.

Esses instrumentos foram adaptados para a população portuguesa e estão incluídos no anexo deste documento, com as respetivas autorizações dos autores (Apêndice II), garantindo a validade e a confiabilidade das ferramentas utilizadas no estudo.

Aspetos Éticos do Estudo- Em conformidade com os princípios éticos da **Declaração de Helsínquia** e a **Convenção de Oviedo**, o estudo cumpre todas as normas relativas à **investigação com seres humanos**. Os participantes serão informados de que a sua participação é voluntária e que têm o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização sendo garantida a continuidade da prestação de cuidados de saúde sem prejuízo para o utente. Além disso, todos os

dados recolhidos serão tratados com a máxima confidencialidade e utilizados exclusivamente para os fins deste estudo. A proteção da privacidade e da dignidade dos participantes será garantida ao longo de todo o processo, assegurando que a pesquisa seja conduzida com os mais altos padrões éticos.

Colheita de Dados e Garantia de Anonimato - A colheita de dados para este estudo será realizada com a colaboração dos enfermeiros da UFS Santa Clara e da USF Aqueduto, durante as consultas de enfermagem. Durante essas consultas, os enfermeiros solicitarão aos utentes a participação no estudo e, após o seu consentimento procede-se à assinatura do consentimento informado separado do formulário. Após o preenchimento do formulário, os mesmos serão depositados em uma urna específica, garantindo que a coleta seja realizada de uma forma confidencial e segura. Este processo foi cuidadosamente planejado para garantir que todos os participantes se sintam confiantes e seguros na participação do estudo.

Os dados recolhidos serão armazenados em uma base de dados encriptada, assegurando que todas as informações pessoais e de saúde dos participantes estejam protegidas contra acessos não autorizados. Após o tratamento e análise dos dados, e a interpretação dos resultados, os dados serão automaticamente eliminados de forma segura, conforme as normas éticas e legais em vigor sobre a proteção de dados pessoais.

Os dados recolhidos serão posteriormente inseridos no SPSS, onde serão encriptados para garantir sua proteção durante a análise e os formulários em papel imediatamente destruídos. Após a interpretação dos resultados e a conclusão do estudo, todos os dados serão eliminados permanentemente de forma segura, de acordo com as normas éticas de proteção de dados pessoais. Este processo visa assegurar que a participação no estudo seja totalmente segura e confidencial, respeitando os direitos de privacidade de todos os envolvidos.

Condições e financiamento: Este estudo científico foi estruturado de forma a garantir que não haja quaisquer encargos financeiros, tanto para os participantes quanto para a Unidade Local de Saúde (ULS). A participação no estudo é totalmente gratuita, sem custos diretos ou indiretos para os participantes, que poderão se envolver na pesquisa sem qualquer impacto financeiro. Da mesma forma, a ULS também não arcará com despesas relacionadas à execução do estudo, uma vez que não haverá custos envolvidos para a instituição.

Importante ressaltar que o estudo não é financiado por nenhuma entidade externa. Todos os custos associados à realização da pesquisa, incluindo recursos humanos, materiais e infraestrutura,

serão suportados pelos próprios organizadores do estudo. Isso garante que não haverá dependência de financiamento de fontes externas, como entidades públicas ou privadas, o que assegura a independência e a imparcialidade do processo científico. Terá um custo previsível de 50 euros para o investigador.

Dessa forma, o estudo se caracteriza por ser completamente isento de encargos financeiros para as partes envolvidas, permitindo que a pesquisa seja conduzida com total transparência e com foco no avanço do conhecimento científico, sem que haja qualquer ônus para os participantes ou para a ULS.

Descrição do que consiste em a colaboração da ULS PVVC:

Parecer favorável para a realização do estudo (colheita de dados) a utentes com diagnóstico de HTA inscritos na Unidade de Saúde Familiar Santa Clara e USF Aqueduto.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões à Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim / Vila do Conde

Assinatura: _____

Data: _____

Parecer do Conselho de administração da ULS PVVC

Favorável ____ Não Favorável ____

Data: _____

Assinaturas: _____

Comissão de Ética

Favorável ____ Não Favorável ____

Data: _____

Assinaturas: _____

Encarregado de Proteção de Dados



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

Favorável _____ Não Favorável _____

Data: _____

Assinaturas: _____

Despacho do Conselho de administração da ULS PVVC

Favorável _____ Não Favorável _____

Data: _____

Assinaturas: _____

APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO ÉTICA

PARECER - "Projeto Investigação 32 - Estudo da relação entre a Funcionalidade Familiar, adesão terapêutica e Qualidade de Vida dos utentes com diagnóstico de HTA da USF Santa Clara e USF Aqeduto."

Exmos.(as) Srs.(as)

Por indicação da Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Dra. Carina Matos, vimos por este meio informar que, por deliberação do Conselho de Administração de 13/02/2025, o projeto/estudo obteve **parecer favorável**.

Designação do Estudo: "**Projeto Investigação 32 - Estudo da relação entre a Funcionalidade Familiar, adesão terapêutica e Qualidade de Vida dos utentes com diagnóstico de HTA da USF Santa Clara e USF Aqeduto.**"

Investigador: Maria Joana Araújo

Relembramos que após a conclusão do estudo deverá enviar, para este email, o relatório do projeto/estudo.

Com os melhores cumprimentos

Silvana Falé

Centro de Ensino, Formação e Investigação

cefi@chpvc.min-saude.pt

Rua Dr. António José Sousa Pereira, s/n 4480-807 Vila do Conde

TEL: + 351 252 299 030 TELEM: +351 910238186



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE, E.P.E

Largo da Misericórdia

APÊNDICE IV– PEDIDOS AUTORIZAÇÕES PARA USO ESCALAS

Prezada Senhora Professora Doutora Zaida Azeredo,

Espero que esta mensagem a encontre bem.

Meu nome é Maria Joana Ribeiro de Araújo, sou enfermeira e estou atualmente envolvida num projeto de investigação intitulado "Relação entre: Funcionalidade Familiar, Adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF ST^a Clara e USF Aqueduto" e que tem como objetivo: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a Funcionalidade Familiar, Adesão ao regime medicamentoso e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto. Para a realização do estudo, gostaria de utilizar a escala - Escala de APGAR Familiar. Considerando a importância de utilizar instrumentos adequados e validados na investigação científica, venho solicitar a sua gentil autorização para o uso na minha investigação.

Os instrumentos serão utilizados única e exclusivamente para fins académicos, e todos os devidos créditos e referências ao(s) autor(es) original(is) e ao processo de validação serão respeitados em todas as publicações e apresentações dos resultados.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Caso precise de mais informações sobre o estudo, estarei à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais.

Aguardo a sua atenção e generosidade.

PS: O estudo tem como orientador o Professor Doutor Manuel Brás da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Atenciosamente,

Maria Joana Ribeiro De Araújo

Prezada Senhora Professora Maria Luísa Lima

Espero que esta mensagem a encontre bem.

Meu nome é Maria Joana Ribeiro de Araújo, sou enfermeira e estou atualmente envolvida num projeto de investigação intitulado. "Relação entre: Funcionalidade Familiar, Adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF ST^a Clara e USF Aqueduto" e que tem como objetivo: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a Funcionalidade Familiar, Adesão ao regime medicamentoso e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto. Para a realização do estudo, gostaria de utilizar a escala - Medida de Adesão aos Tratamentos na versão traduzida e adaptada por Vossa Excelência. Considerando a importância de utilizar instrumentos adequados e validados na investigação científica, venho solicitar a sua gentil autorização para o uso na minha investigação.

Os instrumentos serão utilizados única e exclusivamente para fins académicos, e todos os devidos créditos e referências ao(s) autor(es) original(is) e ao processo de validação serão respeitados em todas as publicações e apresentações dos resultados.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Caso precise de mais informações sobre o estudo, estarei à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais.

Aguardo a sua atenção e generosidade.

PS: O estudo tem como orientador o Professor Doutor Manuel Brás da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Atenciosamente,

Maria Joana Ribeiro De Araújo

Prezada Senhora Enfermeira Lara Cunha

Espero que esta mensagem a encontre bem.

Meu nome é Maria Joana Ribeiro de Araújo, sou enfermeira e estou atualmente envolvida num projeto de investigação intitulado. "Relação entre: Funcionalidade Familiar, Adesão terapêutica e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF ST^a Clara e USF Aqueduto" e que tem como objetivo: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a Funcionalidade Familiar, Adesão ao regime medicamentoso e Qualidade de Vida nos utentes com diagnóstico de HTA inscritos na USF Santa Clara e USF Aqueduto. Para a realização do estudo, gostaria de utilizar o Mini - Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial na versão traduzida e adaptada por Vossa Excelência. Considerando a importância de utilizar instrumentos adequados e validados na investigação científica, venho solicitar a sua gentil autorização para o uso na minha investigação.

Os instrumentos serão utilizados única e exclusivamente para fins académicos, e todos os devidos créditos e referências ao(s) autor(es) original(is) e ao processo de validação serão respeitados em todas as publicações e apresentações dos resultados.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Caso precise de mais informações sobre o estudo, estarei à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais.

Aguardo a sua atenção e generosidade.

PS: O estudo tem como orientador o Professor Doutor Manuel Brás da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Atenciosamente,

Maria Joana Ribeiro De Araújo

APÊNDICE V–AUTORIZAÇÕES PARA USO ESCALA

Pedido de autorização para uso de instrumento de recolha de dados

Caixa de entrada x



Joana Araujo

qua., 4 de dez. de 2024, 18:19 ☆

Prezada Senhora Professora Doutora Zaida Azeredo, Espero que esta mensagem a encontre bem. Meu nome é Maria Joana Ribeiro de Araujo, sou enfermeira e estou atua



zaida azeredo

qui., 5 de dez. de 2024, 10:59 ★ 😊 ↶ ⋮

para mim ▾

muito bom dia

A escala de Apgar familiar não é da minha autoria mas sim do dr Smilkestein que penso já faleceu. Apenas a tradução é da minha autoria.

Penso que a 1ª parte da escala está já divulgada não precisando já de autorizações, no entanto pela minha parte não há qualquer problema.

A escala é constituída por 2 partes _ a 1ª (a conhecida) mede à semelhança do que acontece com o Apgar no Recém-nascido) as funções consideradas vitais na família; a 2ª parte diz-nos qual a ligação que o inquirido tem com um elemento da família.

Normalmente só se usa a 1ª parte em estudos

Os meus cumprimentos

Zaida Azeredo

...

↶ Responder

↷ Encaminhar



Autorização para uso de instrumento recolha de dados

Caixa de entrada x



Joana Araújo

dom, 1 de dez. de 2024, 11:59



Prezada Senhora Professora Maria Luisa Lima, Espero que esta mensagem a encontre bem. Meu nome é Maria Joana Ribeiro de Araújo, sou enfermeira e estou atualment



Maria Luisa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

seg., 2 de dez. de 2024, 00:14



para mim ▾

Boa noite DDra Joana Araújo,

Temos muito gosto que usem a nossa escala.

Um abraço

Luisa Lima

Professora Catedrática de Psicologia Social/Full Professor of Social Psychology



Investigadora Integrada/Researcher

CIS iscte

Center for Psychological
Research and Social Intervention

Co-Coordenadora/Joint Chairperson



Pedido para autorização de instrumento recolha dados- Retificado

Caixa de entrada x



Joana Araujo

dom., 1 de dez. de 2024, 17:16

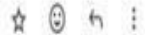


Boa tarde peço desculpa mas venho por este meio retificar o e-mail que enviei anteriormente portanto reenvio com as devidas correções, Prezada Senhora Enfermeir



Lara Cunha <enflaracunha@gmail.com>

seg., 2 de dez. de 2024, 09:32



para mim ▾

Prezada Senhora Enfermeira Maria Joana Ribeiro de Araujo,

Agradeço pelo envio da sua solicitação e pelo interesse em utilizar o **Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (versão traduzida e adaptada)** no seu projeto de investigação.

Caso necessite de algum suporte adicional com o instrumento ou tenha dúvidas sobre a aplicação, estarei à disposição para auxiliá-la.

Atenciosamente,

Lara Cunha.

..

Lara Daniela Matos Cunha, RN, Medical Surgical Nurse Specialist - Critical Care & Perioperative Care, MSc, PhDc at ICBAS School of Medicine and Biomedical Sciences
Research Grant Holder by the Fundação para a Ciência e a Tecnologia hosted at the Health Sciences Research Unit Nursing (UICISA E)

CIÊNCIA ID: 7A1F-9489-B910

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9672-4342>

E-mail: enflaracunha@gmail.com

Mobile phone: 00 351 964727944