ELSA FILIPA ROSA SOARES GODINHO NUNES

ACOMPANHAMENTO DE DOENTES HIPERTENSOS NA FARMÁCIA: RESULTADOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA E DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Coorientador: Mestre Maria Manuela Teixeira

Mestre Lígia Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2018

ELSA FILIPA ROSA SOARES GODINHO NUNES

ACOMPANHAMENTO DE DOENTES HIPERTENSOS NA FARMÁCIA: RESULTADOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA E DE MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 22/ 03/ 2018), perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º:53/2018, com a seguinte composição

Presidente: Prof. Doutor Nuno Almeida Saraiva

Vogais: Prof. Doutor António Hipólito Aguiar (Arguente)

Profª Ana Mirco (Especialista ULHT)

Profª Maria Dulce Santos (Especialista ULHT)

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues

Coorientadoras: Profª Mestre Maria Manuela Teixeira e Profª Mestre Lígia Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2018

Epígrafe

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas especiais que me incentivaram, ajudaram-me e apoiaram-me a ultrapassar mais uma grande etapa da minha vida. Assim sendo, gostava de deixar os meus agradecimentos a todos os que contribuíram para o término deste árduo percurso.

Assim e do fundo do coração quero agradecer em primeiro lugar aos meus pais, Mário Nunes e Elsa Nunes, pois sem eles o primeiro passo nunca teria sido possível. Obrigado por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida e por acreditarem sempre em mim, obrigado por todos os sacríficos que fizeram para que pudesse estar aqui hoje.

Ao meu namorado e melhor amigo, André Lopes, que esteve sempre do meu lado a incentivar-me e nunca deixou que desanimasse mesmo nas alturas mais difíceis.

Às minhas colegas e amigas Leonor e Cláudia por estes anos de intensivo estudo, com mistos de alegrias, tristezas, mas acima de tudo de companheirismo e amizade.

Um obrigado gigante à Professora Maria Manuela Teixeira, por ser mais do que uma orientadora, foi uma verdadeira amiga neste percurso, dando-me força e encorajamento quando pensei estar perdida. Agradeço igualmente é Professora Lígia Reis, pelo seu apoio e conhecimentos.

Resumo

A baixa adesão à terapêutica anti-hipertensiva continua a ser um desafio de saúde pública. Várias revisões sistemáticas comprovam a importância da contribuição dos Farmacêuticos comunitários no acompanhamento e monitorização de hipertensos em farmácia comunitária.

Para demostrar que os doentes hipertensos alvo de uma intervenção educativa e monitorização regular da PA pelo farmacêutico melhoram a adesão à terapêutica e conseguem um melhor controlo da HTA, realizou-se um estudo não-experimental com avaliação pré e pós intervenção de uma única coorte de doentes hipertensos.

Integraram este estudo 99 doentes, maioritariamente, do género masculino (58%) e com uma idade média de de 57,52 anos, (DP 16,21). Após a intervenção farmacêutica a proporção de hipertensos aderentes à terapêutica alterou-se significativamente e registou-se uma redução média dos valores de PAS e PAD - $t(98)=15,770$, $p<.000$, para a PAS e para PAD $t(98)=14,495$,$p<.000$ - contribuindo desta forma para um melhor controlo da HTA.

Conclui-se que é possível reduzir significativamente a PAS e PAS, aumentando a adesão à terapêutica dos doentes hipertensos, através de intervenções comunitárias dirigidas por farmacêuticos.

Palavras-chave: adesão à terapêutica; hipertensão; monitorização da pressão arterial; intervenção educativa

Abstract

Low adherence to antihypertensive therapy remains a public health challenge. Several systematic reviews show the importance of pharmacist's intervention educating and monitoring hypertensive patients in community pharmacy.

To demonstrate that the hypertensive patients targeted by an educational intervention and regular BP monitoring by community pharmacist improve adherence to therapy and achieve better control of hypertension, a non-experimental study was conducted with pre-and-post intervention evaluation of a single cohort of hypertensive patients.

Ninety-nine patients, mostly male (58%) and with a mean age of 57.52 years, (PD 16,21) were included in this study. After pharmaceutical intervention, the proportion of hypertensive patients adhering to the therapy changed significantly, with a mean reduction of SBP and DBP (98) = 15.770, p <.000, for SBP and for DBP t (98) = 14.495, p <.000 - thus contributing to better control of hypertension.

It is concluded that it is possible to significantly reduce SBP and SBP by increasing adherence to therapy in hypertensive patients through community-directed interventions by pharmacists.

Key Words: adherence to therapy; hypertension; blood pressure monitoring; educational intervention

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AGT- Angiotensinogénio

ARA - Antagonistas dos Recetores da Angiotensina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CI – Consentimento Informado

DASH - Abordagens dietéticas para parar a hipertensão

EAM - Escala de Adesão de Medicamentos

ECA - Enzima de Conversão da Angiotensina

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Intervalo de Confiança

IECAS - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

IMC – Índice de Massa Corporal

MMAS-4 - Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de quatro Itens

MMAS-8 - Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito Itens

MNF – Medidas Não Farmacológicas

NOS_3- Enzima Nitrico-sintetase

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PCF – Programa de Cuidados Farmacêuticos

PRM - Problemas Relacionados com os Medicamentos

RNM- Resultados Negativos associados à Medicação

SNC – Sistema Nervoso Central

SOAP - Dados Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano

SPHTA - Sociedade Portuguesa de Hipertensão

Índice

Índice 8
Introdução 11
Capítulo I – Revisão da Literatura 15
1.1Hipertensão 16
1.1.1 Classificação 16
1.1.2 Etiologia 17
1.1.3 Fatores de Risco 18
1.1.4 Consequências 21
1.2 Adesão à terapêutica 21
1.3 Importância da intervenção Farmacêutica na Adesão à Terapêutica 26
1.3.1 Avaliação da PA 27
1.3.2 Promover a adesão e a otimização da terapêutica farmacológica 29
1.3.3 Promover as medidas não farmacológicas (MNF) 31
a) Atividade Física 31
b) Peso 32
c) Tabagismo 32
d) Álcool 33
e) Alimentação / Consumo de Sódio 33
1.3.4 Promover a auto vigilância 34
1.3.5 Reduzir a utilização dos cuidados de saúde 34
Capitulo II – Materiais e Métodos 36
2.1 Tipo de estudo 37
2.2 População e Amostra 37
2.2.1 Procedimento 38
2.3 Instrumentos de recolha de dados 39
2.4 Definição de Variáveis 40
2.5 Tratamento dos dados 40
Capítulo III-Resultados 41
3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra 42
3.2 Caracterização da amostra quanto ao Grau de Adesão à terapêutica 43

3.3 Caracterização da amostra quanto ao Controlo da Pressão Arterial 45
Discussão 49
Conclusão 51
Bibliografia 52
Apêndices i
Apêndice I – Consentimento Informado ii
Apêndice II – Carta de Reporte ao Médico iii
Apêndice III - Questionário iv
Apêndice IV – Folheto HTA vii

Índice de Figuras

Figura 1- Prevalência e Controlo da HTA, por grupo etário e por género 18
Figura 2-Valor médio de PAS e PAD, por género 19
Figura 3 -Procedimento de Intervenção Farmacêutica nos doentes Hipertensos 39
Figura 4-Distribuição normal da idade dos doentes hipertensos 42
Figura 5-Distribuição dos doentes hipertensos por género 43
Figura 6-Distribuição dos doentes hipertensos por habilitações 43
Figura 7-Classificação da Adesão dos doentes hipertensos no início e fim do estudo, através do questionário MMAS-8 44
Figura 8- Distribuição normal da PA sistólica inicial 45
Figura 9-Distribuição normal da PA diastólica inicial 45
Figura 10-Distribuição normal da PA sistólica final 46
Figura 11-Distribuição normal da PA diastólica final 46
Figura 12- Classificação da PA do início e fim do estudo 47

Índice de Quadros

Quadro 1- Causas de não adesão à terapêutica farmacológica de HTA (J Silva, 2016) 12
Quadro 2- Classificação da Pressão Arterial (Pinto et al, 2007) 17
Quadro 3 -Tipos de Não-Adesão e exemplos (Dixon, et al., s.d) 22
Quadro 4-Classificação da Pressão Arterial e as suas ações, através JNC6 (Education, 2004) 28
Quadro 5-Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica – intervenções comportamentais (Dias, 2011) 30
Quadro 6-Classificação Adesão Inicial & Classificação Adesão Final 44
Quadro 7-Grau de controlo da HTA antes da intervenção & Grau Quadro depois da intervenção 47
Quadro 8-Grau de controlo da HTA antes da intervenção para PAS e PAD 48
Tabela 9-Grau de controlo da HTA depois da intervenção para PAS e PAD 48

Introdução

Os doentes com patologias crónicas são os que mais comprometem a adesão da terapêutica, estima-se que nos países desenvolvidos apenas 50% dos doentes crónicos cumprem a terapêutica estabelecida pelo médico, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. (Dias, 2011)

As doenças cardiovasculares fazem parte deste leque de patologias, constituindo a principal causa de morte, internamentos hospitalares e incapacidade na população de meia-idade e idosa na Europa. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016)

A hipertensão arterial (HTA), constitui o principal fator de risco de relação contínua e causal estabelecida para este grupo de patologias, estimando-se uma prevalência de 42,1%, em Portugal. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016) Esta patologia afeta cerca de 42,2% da população adulta, representando um dos principais problemas de saúde pública. (J Silva, 2016)

Estima-se que 1,13 biliões de pessoas (24% de prevalência) tenham HTA sendo esta responsável por cerca de 7,5 milhões de mortes por ano em todo o mundo! Além disso, o tratamento e controlo da HTA é débil, havendo mais de 40% dos doentes com HTA com a PA descontrolada, indicando uma lacuna considerável nos cuidados de saúde, sendo um foco importante a ser melhorado. (Marra, Johnston, Santschi, & Tsuyuki, 2017)

Sendo a HTA uma patologia assintomática, é necessária uma adesão persistente à medicação para reduzir os riscos de acidente vascular cerebral (AVC), doença cardiovascular e doença renal. (Krousel, Muntner, Islam, Morisky, & Webber, 2009) Assim torna-se muito importante que os doentes tenham o conhecimento sobre a sua doença e o seu respetivo tratamento, sendo decisivo no comportamento de adesão à terapêutica. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016)

Devido ao seu carácter silencioso, a maioria dos doentes não sente sintomas que os lembrem da necessidade de tomar medicamentos, sem estes, torna-se difícil estabelecer uma ligação do doente para a toma da medicação, controlo da HTA e suas complicações. (Nichols & Poirier, 2000)

Apesar de existir terapêutica efetiva, a maioria dos doentes hipertensos (57,4%) mantêm a HTA não controlada pelo que é imperioso melhorar este quadro. (Mancia, et al., 2014) Uma das principais causas, é a não adesão à medicação. (J Silva, 2016)

A não adesão à medicação é simplesmente definida como o número de doses não tomadas ou tomadas de forma incorreta que compromete o resultado terapêutico do doente. (Nichols & Poirier, 2000)

Um dos fatores marcantes na adesão à terapêutica é o tipo de perceção que os utentes têm da sua doença, podendo ser negativas ou positivas. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016) As perceções negativas podem levar à falta de motivação para a adesão ao tratamento. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016)

Na figura 1 podemos verificar algumas das causas de não adesão estudadas pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPHTA), como por exemplo a preocupação dos efeitos secundários da própria medicação. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016)

Quadro 1- Causas de não adesão à terapêutica farmacológica de HTA (J Silva, 2016)

Causas de não adesão	*Nº de doentes*
Experimenta interromper a medicação	7
Número elevado de medicamentos	6
Horário inconveniente	14
Falta de recursos económicos	8
Falta de apoio social/familiar	11
Esquecimento	28
Reações adversas	3

Devido a estas barreiras que os doentes vão confrontando ao longo da sua doença crónica, é importante que estes sejam acompanhados de modo a entenderem a génese da sua doença, as suas complicações, os sinais de alarme, a sua monitorização e a importância da medicação, como também das alterações dos estilos de vida necessários a estabelecer. (Correr & Otuki, 2011) Assim a farmácia é um local onde é praticável investir na educação sobre a hipertensão e o seu tratamento medicamentoso para a PA, aconselhamento aos doentes de forma a melhorarem a adesão à medicação, identificação de efeitos adversos e problemas de prescrição como também a ligação com os prescritores. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014) As intervenções não-farmacológicas que também estão na base da educação da doença englobam o ensino sobre estilos de

vida, como conselhos aos doentes sobre estilos de vida saudável, incluindo dieta, controlo de peso, consumo de álcool e cessação tabágica. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014)

Os farmacêuticos como profissionais de saúde mais próximos da população, interagindo diariamente com o utente nas farmácias comunitárias, têm o dever de apoiar o doente na gestão da sua doença promovendo a adesão e prevenindo resultados negativos da terapêutica. (Correr & Otuki, 2011)

No caso de patologias crónicas, como a HTA, em que é possível monitorizar a patologia através de um parâmetro mensurável na farmácia, o farmacêutico tem oportunidade no momento da dispensa ou atendimento, monitorizar o doente, no sentido de perceber qual o grau de adesão à terapêutica e se os objetivos terapêuticos estão a ser atingidos. (Correr & Otuki, 2011) As mais recentes revisões sistemáticas identificam as intervenções farmacêuticas mais frequentes e evidenciam os seus resultados. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014) Estas intervenções abrangem a educação do doente, hipertensão, administração da prescrição, problemas de segurança associados à medicação e conselhos sobre o estilo de vida advindo resultados positivos na PA. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014) Estudos demostram reduções significativas na PAS (-6,1 mmHg, com intervalo de confiança de 95%, -3,8 a -8,4 mmHg); P <0,00001) e PAD (-2,5 mmHg, com intervalo de confiança de 95%, -1,5 a -3,4 mmHg); P <0,00001) (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014)

Outra revisão sistemática de Santschi et al confirma a importância das intervenções farmacêuticas no acompanhamento direto ao doente hipertenso, demostrando um melhor controlo da PA sistólica e diastólica e dos fatores de risco para DCV (colesterol total e LDL, índice de massa corporal). (Santschi, et al., 2014) Mossialos et al também relata sobre as evidências em apoio à expansão do papel do farmacêutico comunitário na prestação de cuidados de saúde. (Santschi, et al., 2014) Para estes autores é necessário expandir o papel do farmacêutico Santschi comunitário, precisando de mudanças significativas nos sistemas de saúde, como formação adicional de farmacêuticos e desenvolvimento de políticas. (Santschi, et al., 2014)

Por mais de quatro décadas, inúmeras pesquisas sobre como medir e quantificar adequadamente a adesão à medicação foram realizadas, mas nenhuma delas foi consideranda como padrão. (Lam & Fresco, 2015) Diferentes ferramentas foram projetadas e validadas para diferentes condições, em diferentes circunstâncias. Geralmente, as medidas de adesão à medicação são categorizadas pela OMS como medidas subjetivas e objetivas. (Lam & Fresco, 2015) Medições subjetivas envolvem

aqueles que exigem avaliação do provador ou do doente do seu comportamento de tomar medicação. (Lam & Fresco, 2015) O auto-relatório e as avaliações dos profissionais de saúde são as ferramentas mais comuns usadas para avaliar a adesão à medicação. (Lam & Fresco, 2015) As medidas objetivas incluem contagem de comprimidos, monitoramento eletrônico, análise de banco de dados secundários e medidas bioquímicas e são pensadas para representar uma melhoria em relação a medidas subjetivas. (Lam & Fresco, 2015) Como tal, as medidas objetivas devem ser usadas para validar e correlacionar as subjetivas. (Lam & Fresco, 2015) No entanto, uma meta-análise sobre os resultados da adesão afirma que uma abordagem de medidas multi-subjetivas pode ter maior sensibilidade, mas não precisão, ao usar uma única medida objetiva. (Lam & Fresco, 2015) Em resumo, medidas subjetivas e objetivas têm vantagens e desvantagens e devem ser usadas em combinação. (Lam & Fresco, 2015)

Um dos questionários mais amplamente utilizado é o projetado por Morisky-Green-Levine (MGL) em 1986. (Escamilla, Trigo, Moullin, Martínez, & Corpas, 2015) Recentemente, uma nova escala de oito itens (MMAS-8) e com maior confiabilidade foi criada com o objetivo de determinar a adesão a tratamentos anti-hipertensivos, tendo sido desenvolvida a partir da MMAS-4 e complementada com itens adicionais. (Oliveira, Barreto, Neves, & Junior, 2012)

Este estudo tem como base o acompanhamento aos doentes hipertensos de modo a intervir na sua educação, através do aconselhamento sobre estilos de vida (MNF), adesão à terapêutica e monitorização da PA. Pretende-se com esta investigação demostrar que os doentes hipertensos acompanhados pelo farmacêutico têm um melhor controlo a nível da PA e adesão à terapêutica melhorando a sua qualidade de vida.

Esta dissertação engloba primeiramente um capítulo de base bibliográfica seguindo as normas APA[1], focando principalmente a hipertensão, a importância da intervenção farmacêutica e adesão à terapêutica. Seguindo-se o tipo de estudo realizado, com os vários métodos utilizados, complementando posteriormente com os resultados obtidos, terminando com a conclusão.

[1] Norma American Psychological Association (APA), adotada pela instituição

Capítulo I – Revisão da Literatura

1.1Hipertensão

A HTA é uma patologia multifatorial sistémica caracterizada pelo aumento da PA a níveis iguais ou superiores a 140mmHg de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e/ou 90mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD) (Pinto, et al., 2007)

Esta doença tem uma origem poligênica com grande heterogeneidade, sofrendo influências de fatores ambientais, que irão manifestar o seu fenótipo. (Rondon & Brum, 2003) É uma patologia assintomática, sendo o seu diagnóstico baseado nas leituras dos valores da PA, podendo ser detetada tardiamente, levando a consequências como: aneurisma, doença renal crónica, mudanças a nível cognitivo, danos a nível ocular, ataque cardíaco, entre outras. (PubMed Health, s.d) A HTA não é só uma doença, mas também um sinal que acompanha muitas outras doenças. (Pinto, et al., 2007)

A PA é caraterizada pela força ou tensão que o sangue exerce contra as paredes dos vasos sanguíneos, quando esta tensão ultrapassa os valores considerados normais, é definida como HTA. (PubMed Health, s.d) A HTA é o principal fator de risco cardiovascular, com maior prevalência na população portuguesa. (Pastor, Santiago, & Rodrigues, 2016)

Apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controlo, ainda é um importante problema de saúde pública. (Vitor, Sakai, & Consoni, 2009) O tratamento terapêutico da HTA tem sido alcançado com intervenções farmacológicas e não farmacológicas. (Vitor, Sakai, & Consoni, 2009)

1.1.1 Classificação

A HTA pode ser classificada segundo diversos critérios, nomeadamente etiológico, fisiopatológico ou de gravidade. (Pinto et al, 2007) De acordo com a etiologia esta pode ser classificada como essencial ou primária, quando a sua causa é idiopática. (Pinto et al, 2007) Por outro lado, a HTA, pode derivar de outras patologias e neste caso é classificada como, Hipertensão Secundária, podendo estar associada a outra patologia. (Pinto et al, 2007)

Quando classificada pela sua fisiopatologia esta pode ser qualificada como:

- Sistólica, quando se verifica uma PAS maior ou igual a 140mmHg, acompanhada de uma PAD normal (≤ 90mmHg).
- Diastólica, sempre que figura uma PAD discrepante referente ao valor tabelado e categorizado como normal (≤ 90mmHg).

Abordadas as classificações segundo as vertentes etiológicas e fisiopatológicas, é possível ainda categorizar a HTA de acordo com a sua gravidade. (Pinto et al, 2007) Note-se que esta classificação assenta da discrepância de valores possíveis de obter face ao valor tomado como normal e atende aos princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS). (Quadro 2) (Pinto et al, 2007) Assim sendo existem 4 níveis de HTA:

Quadro 2- Classificação da Pressão Arterial (Pinto et al, 2007)

	Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normotensão	**Ótima**	< 120	< 80
	Normal	<130	< 85
	Normal Alta	130 a 139	85 a 89
Hipertensão	**Nível 1 – Ligeira**	140 a 159	90 a 99
	Nível 2 – Moderada	160 a 179	100 a 109
	Nível 3 – Grave	180 a 209	110 a 119
	Nível 4 – Muito Grave	≥ 210	≥120

1.1.2 Etiologia

A HTA como referida anteriormente é uma patologia multifatorial, estando a sua etiologia associada 90% a causas idiopáticas. (Pinto et al, 2007) Outras causas, responsáveis pela HTA secundária, compreendem doenças renais, endócrinas entre outras. (Pinto et al, 2007)

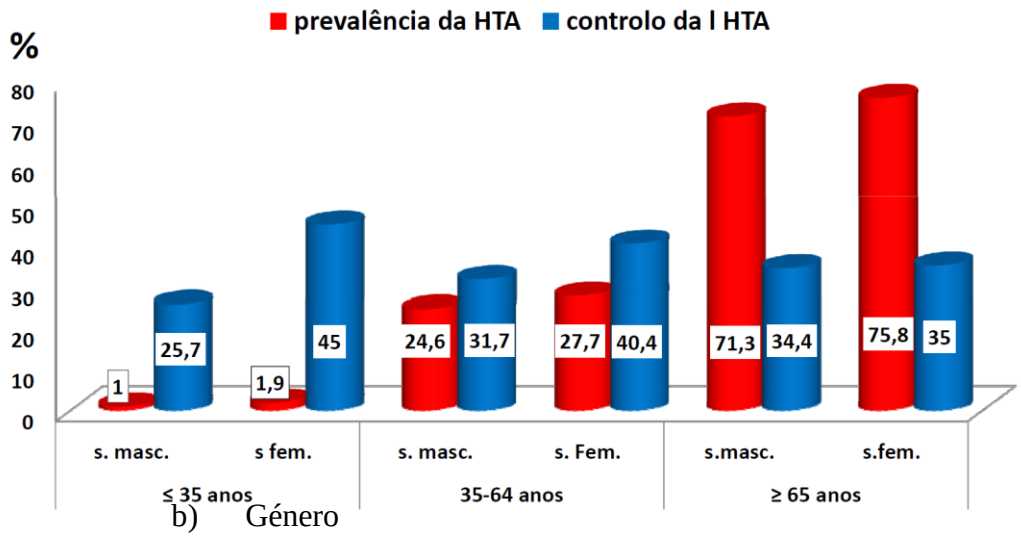
1.1.3 Fatores de Risco

A HTA está associada a uma série de fatores de risco, podendo ser classificados como endógenos ou ambientais. (Pinto et al, 2007) Os fatores endógenos, têm a particularidade de serem não modificáveis sendo estes:

a) Idade

Estudos comprovam a linearidade da PA com a **idade**, este fenómeno está relacionado com a perda de elasticidade dos vasos com o passar dos anos. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010)A HTA atinge 30% dos adultos, e 50% a 70% da população geriátrica, compreendida entre os 55 a 65 anos, como podemos observar na Figura 1 (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010) Contudo, o risco de pré-hipertensão e PA elevada está a aumentar nas crianças e adolescentes, possivelmente devido ao aumento da obesidade nas crianças. (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], s.d)

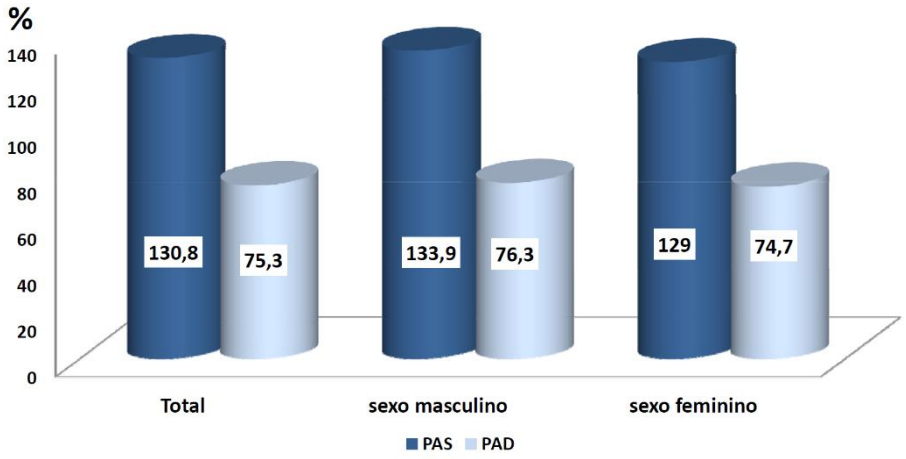
Figura 1- Prevalência e Controlo da HTA, por grupo etário e por género (NHLBI, s.d)



b) Género

Em relação ao **género**, não existe uma grande discrepância, embora a prevalência de HTA seja mais elevada nos homens do que nas mulheres, como demostra a Figura 2 (NHLBI) Contudo, a partir dos 65 anos de idade a mulher tem uma maior predisposição de HTA, devido aos problemas a que se deparam durante a sua vida, como a toma de contracetivos, grávidez e menopausa, todos estes podem aumentar o risco de PA elevada. (American Heart Association, 2017)

Figura 2-Valor médio de PAS e PAD, por género (American Heart Association, 2017)



c) Etnia

Em relação à **etnia**, a HTA é duas vezes mais prevalente em indivíduos de raça negra do que branca. (NHLBI, s.d) Esta diferença racial deve-se a uma maior senbilização ao sódio, devido há presença especifica de um gene. (American Heart Association, 2017)

d) Hereditariedade

Sendo uma doença de origem poligênica, está também associada à **herança genética**. (NHLBI, s.d) Estudos comprovam que existe uma relação entre polimorfismo entre alguns genes, tais como angiotensinogénio (AGT), enzima responsável pela conversão da Angiotensina (ECA), recetor β2- adrenérgico e a enzima nitrico-sintetase (NOS3). (NHLBI, s.d)

e) Patologia Renal

A HTA é muito comum em doentes com patologia renal, devido à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona em conjunto com a retenção de sódio e a expansão de volume. (Campese, 2000)Estudos comprovam que a doença renal interfere com a excreção de sal, levando a sobrecarga de volume e consequente aumento a PA. (Salem, 2002)O mecanismo fisiopatológico que leva a este aumento deve-se ao excesso de sal e retenção de água, que aumenta o fluxo sanguíneo para os tecidos, ativando o mecanismo de auto-regulação. (Salem, 2002) Em resposta, as arteríolas sofrem vasoconstrição para diminuir o fluxo sanguíneo excessivo, o que aumenta a resistência vascular periférica. (Salem, 2002)

f) Diabetes

Existe uma sobreposição substancial entre a diabetes e a hipertensão, refletindo uma sobreposição na etiologia, mecanismo da doença e partilha dos mesmos fatores genéticos ou ambientais. (Cheung & Li, 2012) A nefropatia diabética aumenta progressivamente a excreção da albumina urinária e um declínio na taxa de filtração glomerular (TFG), que ocorre em associação com um aumento da pressão sanguínea, levando por consequência à HTA. (Cheung & Li, 2012)

Dos fatores ambientais, modificáveis, destacando-se:

a) Tabaco

Está comprovado que o tabaco aumenta a PA e a frequência cardíaca, sendo a nicotina a substância responsável por estes efeitos. (Virdis, 2010) Existe um efeito hipertensivo agudo, principalmente através da estimulação do sistema nervoso simpático, aumentando a PA o débito cardíaco e a resistência vascular periférica total. (Virdis, 2010)

b) Excesso de Peso

O excesso de peso está associado com uma maior prevalência de HTA. (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], s.d)Estudos demostram que o excesso de peso influencia a função renal e a excrecão urinária da albumina, existindo um aumento da taxa de filtração glomerular e do fluxo plasmático. (Ribstein, Cailar, & Mimran, 1995) Resultados indicam que o excesso de peso está associado à hiperfiltração renal e hiperperfusão, independentemente da presença de hipertensão, a obesidade aumenta o efeito da hipertensão sobre a albuminúria, aumentando assim a possibilidade de aumento da suscetibilidade dos hipertensos obesos ao desenvolvimento de insuficiência renal. (Ribstein, Cailar, & Mimran, 1995)

c) Álcool

A ingestão de álcool também é um fator de risco para a HTA, vários estudos epidemiológicos e clínicos recentes demonstram que o consumo crônico de etanol (mais de três bebidas por dia, 30 g de etanol) está associado a um aumento da incidência de HTA e ao aumento do risco de DCV. (Husain, Ansari, & Ferder, 2014) O mecanismo responsável por está influência ainda não está bem definido, contudo existem vários mecanismos que podem estar associados a este aumento da PA. (Husain, Ansari, & Ferder, 2014)

d) Stress

O stress estimula o sistema nervoso, podendo assim levar elevações repetidas da PA, contudo estudos demostram que não causa diretamente a HTA, mas pode ter um efeito sobre seu desenvolvimento. (Kulkarni, I., Erasi, & Kochar, 1998)

e) Sedentarismo

O sedentarismo aumenta a incidência de HTA, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. (NHLBI, s.d)

f) Alimentação

A alimentação é um dos fatores que tem bastante influência na HTA, que também está relacionada com a obesidade, sendo outro dos fatores de risco, como salientado anteriormente. A ingestão excessiva de sódio, mais conhecido como o sal de cozinha, está correlacionada com elevação da PA. (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], s.d)

1.1.4 Consequências

A própria HTA é um fator de risco (SPH, 2015) Esta está associada à ocorrência de complicações cardiovasculares, como o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o AVC. (SPH, 2015) Consequentemente, também aumenta o risco para eventos coronários, insuficiência cardíaca e renal. (SPH, 2015)

Muitos dos doentes não tratados, mesmos aqueles com um grau ligeiro vêm a sua PA aumentar com o tempo, demostrando que a HTA não tratada reduz a expectativa de vida de 10 a 20 anos, contribuindo para aceleração da aterosclerose. (Pinto, et al., 2007)

1.2 Adesão à terapêutica

Foi há 2400 anos atrás que o termo adesão ganhou uma importância significativa, tendo sido desenvolvido o seu significado no século XX por Haynes, sendo definida como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. (Dias, 2011) Ao longo dos anos mais autores definiram como a capacidade e a vontade de cumprir um regime terapêutico prescrito, uma dieta, e/ou mudanças no estilo de vida. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008) Mais recentemente surge o termo adesão parcial, referindo-se a situações

mais específicas em que o doente não manifesta uma adesão total podendo esta ser intencional, acontecendo frequentemente numa fase mais aguda da doença. (Dias, 2011) Com a evolução da Medicina, houve uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo assim para um aumento de doenças crónicas, sendo neste tipo de doenças indispensável a prática da adesão à terapêutica. (Dias, 2011) As doenças crónicas são assim designadas quando a enfermidade tem um percurso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afetam as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas. (Dias, 2011) A OMS destaca cinco fatores de risco associados ao aparecimento destas doenças, que podem ser facilmente prevenidos, sendo estes: hipercolesterolémia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e consumo de álcool. (Dias, 2011) (Lessa, 2006)

Os problemas de adesão verificam-se em todas as situações nas quais existem auto-medicação. (Krousel, Muntner, Islam, Morisky, & Webber, 2009) Os obstáculos à adesão à terapêutica são multifatoriais e incluem regimes de medicação complexos, fatores de conveniência (por exemplo, frequência de dosagem), fatores comportamentais e problemas com o tratamento de doenças assintomáticas (por exemplo, efeitos secundários do tratamento). (Krousel, Muntner, Islam, Morisky, & Webber, 2009)

Existem dois tipos de não-adesão (Quadro 3), na literatura geralmente são classificados como primários ou secundários. (Dixon, et al., s.d) Entender os tipos de não adesão pode ajudar os doentes a reconhecer melhor a falta de adesão e as intervenções específicas relacionadas à causa subjacente. (Dixon, et al., s.d)

Quadro 3 -Tipos de Não-Adesão e exemplos (Dixon, et al., s.d)

Tipos de Não-Adesão	Exemplos
• **Primários** A medicação nunca é tomada, propositadamente	• Nunca preencher uma receita médica • Não faz qualquer tentativa de exercício ou alimentação saudável
• **Secundários ou Persistente** A medicação não é tomada corretamente ou continua como prescrito	❖ Não intencional • Esquecimento • Iliteracia em saúde • Efeitos secundários de medicação
	❖ Intencional • O doente decide parar de tomar a medicação por conta própria • Falta de informação sobre os riscos e benefícios da medicação
	Falta de motivação para acompanhar o plano de tratamento recomendado

Várias estratégias podem ser aplicadas de forma a aumentar a adesão terapêutica entre os doentes, por exemplo, abordar todos os fatores relacionados à terapêutica, optar por regimes de dosagem simples. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008) Contudo, a longa duração do período de tratamento e os seus efeitos secundários podem comprometer as crenças dos doentes sobre a eficácia da medicação. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008) Devido à cronicidade do tratamento é necessário que os profissionais de saúde considerem os problemas relacionados à terapêutica projetando um plano envolvendo os doentes no processo, através de intervenções farmacêuticas, minimizando assim possíveis barreiras terapêuticas. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008)

Estudos identificaram inúmeras barreiras na adesão à terapêutica, incluindo a natureza assintomática, depressão, falta de conhecimento sobre a doença e o seu tratamento, crenças sobre a patologia e o seu tratamento, complexidade e custo do regime de medicamentos, uso da medicina complementar e alternativa, efeitos secundários da medicação, esquecimento da toma dos medicamentos, a má qualidade de vida e o apoio social inadequado. (Krousel, Muntner, Islam, Morisky, & Webber, 2009) (Castro, et al., 2006) (Nichols & Poirier, 2000)

É necessária uma especial atenção para os doentes mais idosos, pois estes deparam-se com mais obstáculos, quando falamos de adesão à terapêutica. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008) Este grupo de doentes têm uma maior dificuldade em manter a sua terapêutica efetiva.

Estes podem apresentar uma maior dificuldade em seguir as instruções terapêuticas devido a deficiências cognitivas ou outras dificuldades físicas, como problemas na deglutição de comprimidos, manuseamento de comprimidos pequenos, distinção de cores ou identificação de marcas. (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008)

Outro grande obstáculo que se opõe à adesão à terapêutica, é a iliteracia em saúde, esta têm demonstrado afetar negativamente o manejo de uma série de doenças crônicas, incluindo a HTA. (Nichols & Poirier, 2000) Doentes com baixa literacia estão em alto risco de má adesão, sendo menos propensos a aderir aos seus regimes de medicação e compromissos. (Nichols & Poirier, 2000) Este tipo de doentes podem não entender os riscos da doença, associados aos erros na gestão da terapêutica. (Nichols & Poirier, 2000) Um estudo apresentou a correlação entre alfabetização em saúde e a adesão à medicação, demostrando que uma pessoa com baixa alfabetização em saúde é duas vezes mais propensa de interpretar mal o aconselhamento e explicação da medicação. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014) Esta incapacidade de entender as

instruções de administração fará com que os doentes tomem medicamentos de modo errado, não seguindo a prescrição, levando à não-adesão. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014) Umas das causas mais frequentes para este tipo de doentes não procurarem ajuda, é o seu constrangimento sobre sua baixa literacia, sendo necessário um maior cuidado com esta faixa de doentes. (Nichols & Poirier, 2000). Muitas organizações de alfabetização recomendam pictogramas e adesivos de advertência para serem afixados nas embalagens da medicação. (Nichols & Poirier, 2000) Uma lista detalhada de pictogramas e um resumo da pesquisa sobre sua utilidade para populações de baixa literacia estão disponíveis na United States Pharmacopeia (USP) em www.usp.org. (Nichols & Poirier, 2000)Neste leque de utentes é necessário realizar intervenções simples, de modo a concentrarem-se na educação da comunicação, simplificando a experiência educacional. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014) Para resolver esta questão da adesão à medicação relacionada com a iliteracia em saúde, é necessário o envolvimento, colaboração e comunicação de todos os profissionais de saúde, para que todos trabalhem com o mesmo objetivo, alcançar ganhos em saúde, focando o doente e a doença. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014)

Todas estas barreiras à adesão estão associadas diretamente ao doente, mas existem outras que são da responsabilidade dos profissionais de saúde. (Dixon, et al., s.d) O tempo limitado com o doente, o incómodo na explicação sobre adesão, a comunicação com o prescritor, o tempo limitado para rever o historial farmacoterapêutico, a incapacidade de acesso ao histórico dos doentes de outras farmácias e o acesso limitado aos registros médicos. (Dixon, et al., s.d) No caso dos farmacêuticos estes são a última linha de defesa na distribuição da medicação e têm um papel fundamental na adesão à terapêutica. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014) Possuem um relacionamento com os doentes na altura da dispensa da prescrição, possibilitando reforçar e expandir informações das quais o doente já foi esclarecido, devendo assim assegurar a compreensão do doente e elucidar qualquer dúvida que tenham. (Jackie H. Jones, Treiber, & Matthew C. Jones, 2014)

Para além destas barreiras diretamente relacionadas com a medicação, ainda é de referir as dificuldades à adesão a recomendações de estilo de vida, destinadas a gerir fatores de risco de DCV. (Dixon, et al., s.d) Muitas delas são: (Dixon, et al., s.d)

- Falta de auto eficácia
- Definição de metas irrealistas

- Perceção de falta de tempo
- Nenhuma motivação para iniciar mudanças de estilo de vida
- Incapacidade de prevenir e controlar a recaída
- Falta de um sistema de suporte (por exemplo, família, amigos)
- Incapacidade de lidar com o stress e ansiedade
- Compreensão limitada de como implementar mudanças de estilo de vida e enfrentar barreiras

Para os profissionais de saúde controlarem a adesão à terapêutica necessitam de métodos que permitam quantifica-la, conseguindo assim avaliar a adesão dos doentes ao regime terapêutico. (Dias, 2011) (Lessa, 2006)

Existem dois tipos de métodos: os diretos, sendo os menos utilizados pois é necessária uma intervenção invasiva, levando a uma má aceitação por parte dos doentes. (Dias, 2011) Contudo estes são os mais fidedignos, permitindo confirmar se houve ingestão do fármaco, alguns exemplos destes são: avaliação de concentrações séricas, análise sanguínea ao marcador biológico e a toma de observação direta. (Dias, 2011) Por outro lado os métodos indiretos são mais simples, de fácil utilização e apresentam uma alta especificidade. (Dias, 2011) Exemplos destes são: relatório do doente, opinião do médico, método do doente, contagem dos comprimidos, reabastecimento da terapêutica, resposta clínica e monitorização eletrónica da terapêutica. (Dias, 2011) Destes exemplos destacam-se o relatório do doente, consistindo em perguntas diretas aos doentes, um exemplo concreto desta medida de avaliação é o Teste de Morisky-Green. (Dias, 2011)Este método permite classificar o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva, baseando-se em oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico sim/não, formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos doentes a perguntas feitas por profissionais de saúde, por meio da inversão das respostas relacionadas ao comportamento de adesão dos entrevistados. (Oliveira, Barreto, Neves, & Junior, 2012) Este método tem uma sensibilidade de 93% e 53% de especificidade, dados relatados da validação de doentes hipertensos que procuravam cuidados de rotina em ambiente clínico. (Lam & Fresco, 2015) Tendo também sido aprovado com excelência de validade e confiabilidade em doentes com outras doenças crônicas. (Lam & Fresco, 2015) Assim este método jutamente com os dados de controlo de PA, é capaz de identificar a não-adesão e ajudar no controlo da PA. (Lam & Fresco, 2015)

1.3 Importância da intervenção Farmacêutica na Adesão à Terapêutica

As doenças crónicas exigem uma modificação dos hábitos de vida e também o uso definitivo de procedimentos terapêuticos, contudo a maior parte dos doentes não consegue integrar estas mudanças no seu dia-a-dia, resultando em riscos para a sua saúde. (Dias, 2011) Esta inadaptação dos doentes, leva a uma ineficácia da terapêutica prescrita, conduzindo por sua vez a uma baixa adesão ao regime terapêutico. (Dias, 2011)

A OMS, afirma que, aumentar a eficácia das intervenções de adesão têm um impacto muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria específica no tratamento médico. (Lam & Fresco, 2015)

A falta de adesão à medicação tem causas multifatoriais, sendo primordial entender os fatores responsáveis, percebendo a associação estabelecida entre variáveis internas e externas ao doente, conseguindo-se assim delinear estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico, quer a nível educacional, quer comportamental. (Dias, 2011) É nesta avaliação que o Farmacêutico tem um papel fundamental na sociedade, não só como especialista do medicamento como também como gestor da doença, exigindo um processo no qual coopera com o utente e outros profissionais da saúde. (Castro, et al., 2006) Têm como função primordial identificar PRM´s, tendo também a responsabilidade de aconselhar sobre o uso racional do medicamento, monitorizar os utentes, esclarecer todo o tipo de dúvidas relacionadas com o medicamento, desde interações medicamentosas, contra-indicações e reações adversas. (Castro, et al., 2006) Foi em 1990, que Hepler e Strand, demostraram que os farmacêuticos estavam claramente envolvidos na avaliação dos resultados clínicos produzidos pelos medicamentos, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade relacionada com os mesmos. (Hepler & Strand, 1990)

A partir daqui o papel dos farmacêuticos foi reavaliado, tendo sido reconhecido a sua importância na avaliação e tratamento dos problemas relacionados à adesão que podem afetar negativamente os resultados de saúde dos doentes. (Nichols & Poirier, 2000) As estratégias para monitorizar e melhorar a adesão à terapêutica são componentes chave dos planos de assistência farmacêutica, especialmente para doentes com doenças crônicas, como é o caso da HTA. (Nichols & Poirier, 2000) Muitos modelos foram estudados para explicar a adesão ao regime terapêutico, tentando assim identificar-se os fatores que determinam a disposição dos indivíduos para a adesão às recomendações dos profissionais de saúde, sendo assim possível compreender as atitudes, crenças e valores

dos doentes e assim planear uma intervenção junto destes para modificar os comportamentos, com o objetivo de promover a adesão à terapêutica. (Dias, 2011)

Muitos estudos abordaram esta importante intervenção dos farmacêuticos na comunidade de forma a aumentar a adesão à terapêutica e consequentemente um melhor controlo da PA. Santschi et al, recentemente realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de 39 ensaios clínicos randomizados avaliando o efeito das intervenções farmacêuticas sobre o controlo da PA. (Santschi, et al., 2014) Essas intervenções foram em grande parte educação e aconselhamento a doentes, gestão da adesão (incluindo problemas relacionados medicação anti-hipertensiva, recomendações para mudança de farmacoterapia e desenvolvimento de plano de cuidados). (Santschi, et al., 2014) Esta revisão mostrou que, em comparação com o atendimento habitual, as intervenções farmacêuticas foram significativamente melhores na redução da PAS e PAD, com uma redução da pressão arterial sistólica média de 7,6 mmHg. (Santschi, et al., 2014) Outro estudo, de Ejaz Cheema et al. também revelou alterações positivas nos valores de PAS e PAD, -6,1 mmHg (intervalo de confiança de 95%, -3,8 a -8,4 mmHg); P <0,00001] e PAD, -2,5 mmHg (intervalo de confiança de 95%, -1,5 a -3,4 mmHg); P <0,00001]. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014) Este estudo também abordou como intervênção farmacêutica a educação do doente sobre hipertensão e importância do seu tratamento, identificação de problemas relacionados à medicação e aconselhamento sobre estilo de vida. (Cheema, Sutcliffe, & Singer, 2014)

Comprovando-se assim, que a educação do doente para sua patologia e terapêutica é essencial para um bom controlo da PA.

1.3.1 Avaliação da PA

A HTA exige um diagnóstico precoce da doença, antes da sua sintomatologia, sendo essencial a atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade para a precocidade do diagnóstico, do tratamento e controlo. (Lessa, 2006)

A pressão arterial é geralmente medida e monitorizada por médicos, enfermeiros e/ou farmacêuticos. (Francesco P Cappuccio, 2002) Contudo, com os novos dispositivos eletrônicos que foram introduzidos e validados no cenário clínico, para substituir o esfigmomanómetro de mercúrio e para superar as grandes variações na medida devido à variabilidade entre observadores, é possível haver uma melhor monitorização no dia-a-dia feito pelo próprio doente. (Francesco P Cappuccio, 2002) Medir a PA em casa está presente em muitas diretrizes nacionais e internacionais, que recomendam um controlo

domiciliar em certas circunstâncias, proporcionando uma melhor consciência e concordância dos doentes, incentivando-os para o cuidado da própria doença, envolvendo-os na gestão da mesma e também aumentando a precisão da determinação da eficácia do tratamento. (Francesco P Cappuccio, 2002) (Flynn, 1999) (Yarows, Julius, & Pickering, 2000) Algumas medidas têm que ser explicadas aos doentes, para que estes façam as medições corretamente. (Education, 2004) Estas incluem primariamente explicar o procedimento ao doente, deixá-lo em repouso pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010)O utente deve ser instruído a não conversar durante a medição, manter-se estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, costa direitas e recostado na cadeira e relaxado. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010) O braço deve estar à altura do coração, sem intervenção de roupa ou qualquer acessório, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010) Para que a medição seja realizada nos conformes ainda é necessário que o utente não esteja com a bexiga cheia, não tenha praticado exercício físico há pelo menos 60 minutos, não tenha ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não tenha fumado nos 30 minutos anteriores. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010)

Quadro 4-Classificação da Pressão Arterial e as suas ações, através JNC6 (Education, 2004)

JNC 6	Sistólica/Diastólica	Ações e período mínimo de reavaliação
Ótima	<120/80	PA normal. Não é necessário adotar nenhuma medida. Voltar a medir a PA 2 anos depois (utentes com mais de 55 anos medir anualmente)
Normal	120-129/80-84	PA normal. Voltar a medir 1ano depois
Borderline	130-139/85-89	PA acimado normal. Aconselhar a adoção de estilos de vida saudáveis e confirmar valores 6 meses depois
Hipertensão	≥140/90	
1º Estágio	140–159/90–99	Aconselhar a adoção de estilos de vida saudáveis e confirmar valores 1 mês depois.
2º Estágio	160–179/100–109	PA elevada. Voltar a medir após um período de relaxamento: o valor mantém-se, voltar a determinar dentro de 1 semana; o valor mantém-se. Referenciar à consulta médica no espaço de 1 semana
3ºEstágio	>180/110	Voltar a medir a PA após 15-20 minutos. Se os valores se mantêm referenciar ao médico/urgência. Estes valores não podem ser ignorados

1.3.2 Promover a adesão e a otimização da terapêutica farmacológica

Para melhorar a adesão à terapêutica, melhorando consequentemente os resultados em saúde, o utente deve ser avaliado individualmente, tendo intervenções específicas que respondam aos seus únicos fatores de risco e necessidades. (Nichols & Poirier, 2000) Para tal é necessária uma avaliação do doente, analisando-se criticamente os seus dados subjetivos (sintomas e queixas do doente) e dados objetivos (terapêutica e parâmetros analíticos e fisiológicos, realizados na farmácia ou obtidos de boletim de análises recente), com descrição sucinta e completa de possíveis PRMs. (Queiroz, 2009)

Após a avaliação é importante implementarem-se objetivos a atingir e reavaliar o doente para que outras metas sejam definidas, em função dos objetivos a atingir. (Queiroz, 2009) Assim, o doente é monitorizado em intervalos de tempo periódicos e pré-definidos. (Queiroz, 2009) Portanto, o plano de assistência farmacêutica deve incluir estratégias de reforço periódicas de longo prazo. (Nichols & Poirier, 2000). Após o início da terapia, os doentes devem ser avaliados entre intervalos de 4-6 semanas para avaliar a adesão à terapêutica, os efeitos adversos, a tolerabilidade e a eficácia da terapêutica, para os doentes com a PA elevada, é necessário uma observação mais atempada. (Gabb, et al., 2016) Por exemplo, o farmacêutico pode estipular compromissos breves, quando os doentes visitam a farmácia para levantarem as prescrições. (Nichols & Poirier, 2000) O plano deve ser adaptado ao estilo de vida do doente e ser reavaliado de modo a ser ajustado às mudanças de vida, como o envelhecimento ou uma mudança no horário de trabalho ou escolar. (Nichols & Poirier, 2000) Se possível, o tempo de aconselhamento sobre a adesão deve ser separado das funções de dispensa de medicamentos. (Nichols & Poirier, 2000)

A maioria dos estudos relataram que quase todas as estratégias de adesão, independentemente da sua aceitabilidade inicial, diminuem de resposta ao longo do tempo, sendo essencial a sua monitorização periódica. (Nichols & Poirier, 2000) A adesão é mais do que simplesmente pedir aos doentes o cumprimento do que está prescrito e a adoção de um estilo de vida saudável, adesão significa "dar apoio ou manter lealdade." (Dixon, et al., s.d) Estas implicam uma responsabilidade de ajudar os doentes a percorrer a complexidade da sua doença e tratamento, para que possam ter uma melhor adesão à terapêutica e às mudanças de estilos de vida que foram estabelecidos. (Dixon, et al., s.d) É importante que os doentes sejam envolvidos ativamente no seu tratamento, através da

auto-administração, permitindo a monitorização e o controlo da sua própria doença. (Dias, 2011) Para tal o doente tem que recorrer a estratégias de forma a prevenir o esquecimento da toma da medicação, podendo o farmacêutico sugerir algumas dessas habilidades, tais como: socorrendo-se de memorandos, como a utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, marcação das consultas no calendário e a necessidade de adquirir novas receitas médicas. (Quadro 5) (Dias, 2011)Dever-se-á, tanto quanto possível, evitar a alteração dos esquemas terapêuticos, pois este é um fator que interfere desfavoravelmente na correta memorização, levando consecutivamente a esquecimentos e à não adesão. (Dias, 2011)

Quadro 5-Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica – intervenções comportamentais (Dias, 2011)

Intervenções Comportamentais
Aumento da Comunicação e Aconselhamento: - Direto (por exemplo em consulta médica); - Seguimento direto por via telefónica; - Mensagens telefónicas automáticas; - Mensagens geradas automaticamente por computador;
Simplificação dos Esquemas Terapêuticos: - Diminuição do número de doses medicamentosas; - Diminuição do número total de fármacos;
Envolvimentos dos doentes no seu tratamento: - Auto-monitorização da doença (medição da PA frequentemente)
Memorandos: - Embalagens especiais (por exemplo o empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário); - Informação visual sobre a toma da medicação; - Caixas de contagem e distribuição da medicação; - Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica;
Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos: - Redução da frequência das consultas médicas; - Incentivos monetários;

Também é muito importante englobar nesta educação os familiares, tanto sobre a doença como a medicação. (Nichols & Poirier, 2000) Os farmacêuticos devem fornecer

informações escritas e orais para abordar questões básicas como: (Nichols & Poirier, 2000)

- Qual é a doença?
- Que tratamentos foram prescritos ou recomendados e porquê?
- Qual é o papel do doente na gestão da doença?
- Que efeitos adversos podem ocorrer?

Talvez surpreendentemente, a quantidade de informação factual que um doente tem sobre sua medicação não está altamente correlacionada com o comportamento aderente. (Nichols & Poirier, 2000) As oportunidades para transmitir conhecimento funcional começam com o médico e /ou enfermeiro no momento da prescrição inicial, e devem ser reforçadas pelo farmacêutico no momento da dispensa. (Nichols & Poirier, 2000)

1.3.3 Promover as medidas não farmacológicas (MNF)

Como já referido, as doenças crónicas exigem modificações nos estilos de vida, sendo a adoção de estilos de vida saudáveis fundamentais, tanto para a sua prevenção, como para retardar a incidência da HTA, e para aumentar a eficácia do fármaco anti-hipertensivo, diminuindo o risco cardiovascular. (Education, 2004) (Dias, 2011)O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e o stress estão hoje claramente identificados como sendo os principais fatores implicados na origem de várias doenças crónicas, incluindo da HTA. (Roberts, 2005) Nesta medida, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados. (Roberts, 2005)

a) Atividade Física

Portugal é o País da UE com os níveis mais elevados de sedentarismo, segundo dados do último World Health Report, a inatividade física contribui com 3,3% para o peso da doença. (Flynn, 1999) Cerca de ¾ da população com 15 anos ou mais descreve a sua

principal atividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras atividades sedentárias. (Flynn, 1999)

A atividade física é um dos fatores que está associada à diminuição da HTA, estudos demostram que o treino físico aeróbico, provoca importantes alterações no sistema cardiovascular, reduzindo significativamente a PA em doentes com HTA. (Rondon & Brum, 2003) Assim os doentes devem ser estimulados a realizarem atividade física aeróbia regular. (Education, 2004)

b) Peso

O controlo do peso não só diminui a HTA, como também diminui fatores de risco cardiovasculares. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and, 2004) Estudos demonstraram que uma redução no Índice de Massa Corporal (IMC) de 10%, reduz a curto prazo a HTA entre os 8-12 mmHg. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and, 2004) Com o controlo do peso é possível fazer uma revisão ao tratamento farmacológico. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and, 2004)

c) Tabagismo

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo muito importante a cessação tabágica integrar o plano de modificação de estilos de vida, constituindo uma medida fundamental prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e outras patologias. (Wexler & Aukerman, 2006)

O uso de cigarros causa um aumento de 4 mmHg na PAS e um aumento de 3 mmHg na PAD, quando comparado com placebo. (Wexler & Aukerman, 2006)

Estudos demonstram que doentes com PA elevada, que fumam têm um risco aumentado de AVC total, isquémico e hemorrágico, sendo que este risco está associado ao número de cigarros fumados. (Wexler & Aukerman, 2006)

d) Álcool

A relação entre o consumo de álcool, os níveis de PA e a prevalência da HTA são lineares. (Mancia, et al., 2014) O consumo regular de álcool aumenta a PA em indivíduos hipertensos tratados. (Mancia, et al., 2014)

Um grande número de estudos epidemiológicos transversais têm demonstrado que o consumo de álcool é um dos fatores mais importantes de risco modificáveis. (Xin, et al., 2001)

e) Alimentação / Consumo de Sódio

Muitos dos problemas de saúde estão associados à má nutrição da população. (Direção Geral de Saúde, s.d) O crescimento muito significativo do consumo de produtos de origem animal, associado ao consumo excessivo de gorduras, em especial as saturadas, o sal, o açúcar e a baixa ingestão de frutos, de legumes e vegetais, são os principais responsáveis. (Direção Geral de Saúde, s.d)

De modo a alterar as rotinas alimentares, de modo a beneficiar a PA, pode ser sugerida a adoção do plano alimentar "Abordagens dietéticas para parar a hipertensão" (DASH), sendo uma dieta rica em frutas, legumes e produtos lácteos com baixo teor de gordura saturada e gordura total, rica em potássio e teor de cálcio. (Education, 2004)

Há provas convincentes de que a ingestão de sal na dieta é a principal causa do aumento da PA, muitos estudos epidemiológicos têm demostrado que a ingestão de sal está diretamente relacionada com a HTA. (He, Campbell, & MacGregor, 2012). Além dos seus efeitos sobre a PA, o excesso de consumo de sódio na dieta tem sido associado diretamente à doença coronária, AVC e doenças não-cardiovasculares. (Brown, Tzoulaki, Candeias, & Elliott, 2009)

Em Portugal, a quantidade de sal presente na alimentação é sensivelmente o dobro daquela que é recomendada pela OMS (5-6g/dia), tornando-se urgente começar a reduzir, de forma progressiva, a quantidade de sal na alimentação. (DGS, s.d.)

É do dever do farmacêutico aconselhar os doentes para: (National Heart Foudation of Australia, 2016)

- Reduzir a ingestão de sal para menos de 6g por dia para prevenção primária e menos de 4g por dia para prevenção secundária;

- Limitar o sal escolhendo alimentos processados sem sal, alimentos rotulados sem sal ou pouco sal e não adicionar sal às refeições;

- Informar que o sal está listado como sódio nos rótulos dos alimentos;

- Aconselhar para a escolha de alimentos com menos de 400 / 100g de sal e advertir que estes estão referidos nos rótulos com menos de 120mmg / 100g de sal.

Portando, para além dos conselhos de adesão à terapêutica, todos estes itens referidos de MNF, são essências para haver um controlo da PA e controlo da adesão à terapêutica, pois todos estes cuidados estão diretamente relacionados com a eficácia da medicação.

1.3.4 Promover a auto vigilância

Para uma boa adesão à terapêutica também é essencial incentivar os doentes a assumir um papel ativo nos seus próprios planos de tratamento, ou seja, envolver os doentes nas decisões sobre seus cuidados. (Nichols & Poirier, 2000) Um estudo de Nessman e colegas demostrou que os doentes com HTA que estavam altamente envolvidos nas decisões sobre a sua terapia e treinados para medir a PA obtiveram resultados de saúde significativamente melhores do que os que não tinham esse controlo. (Nichols & Poirier, 2000)

1.3.5 Reduzir a utilização dos cuidados de saúde

A fraca adesão à terapêutica, principalmente em idosos, leva ao aumento de visitas médicas (urgências), levando não só a um aumento dos cuidados de saúde, como à descompensação da doença, afetando a qualidade de vida dos doentes. (Nichols & Poirier, 2000) Um estudo estimou que cerca de 17% dos internamentos de idosos são devidas a reações adversas à medicação. (Nichols & Poirier, 2000) O que leva mais uma vez a realçar a importância do farmacêutico a realizar um acompanhamento da terapêutica, monitorização e implementação de intervenções, reduzindo assim outros cuidados de saúde e obtendo assim uma maior adesão à terapêutica por parte do doente. (Nichols & Poirier, 2000)

1.3.6 Aumentar a satisfação com os cuidados prestados, garantindo uma melhor adesão à terapêutica

Um dos grandes obstáculos da adesão à terapêutica é a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes. (Dias, 2011)Esta barreira entre os doentes

dificulta a exposição das opiniões relativamente ao tratamento, mantendo-se falsas crenças que estes têm em relação à terapêutica, comprometendo assim a adesão. (Dias, 2011)A comunicação entre os vários profissionais de saúde e os doentes é uma área ainda a ser bastante trabalhada, contudo os farmacêuticos podem ajudar os doentes a relacionarem-se mais com os prestadores de cuidados primários, ajudando-os a melhorar a comunicação com o médico, permitindo uma melhor compreensão da natureza da sua doença e a uma melhor perceção da terapêutica levando a uma melhor adesão da mesma. (Nichols & Poirier, 2000)

Verificamos assim que para haver uma boa adesão à terapêutica vários aspetos têm de ser melhorados, sendo essencial um acompanhamento dos farmacêuticos comunitários, abordando assim de forma mais concisa a doença, os problemas que estão associados à doença, as MNF que também são adjuvantes de um melhor controlo da doença e por fim da importância da adesão à terapêutica. A intervenção farmacêutica é essencial para que todos os tópicos mencionados sejam abordados com os vários doentes, de forma a esclarecer todas as dúvidas, aumentando o conhecimento dos doentes para a doença, assegurando uma melhor adesão à terapêutica.

Capitulo II – Materiais e Métodos

Após revisão da literatura e concluindo com esta a importância do papel do farmacêutico no acompanhamento aos doentes hipertensos para uma boa adesão à terapêutica, foi realizado um estudo que visa avaliar o impacto de uma intervenção educativa realizada em farmácia comunitária.

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo não-experimental com avaliação pré e pós intervenção de uma única coorte de hipertensos. Os estudos não-experimentais são estudos que visam avaliar intervenções, mas que não utilizam a randomização. Semelhante a ensaios randomizados visam demonstrar a causalidade entre uma intervenção e um resultado.

O estudo teve uma duração 3 meses com início a 20 de Julho de 2014 e fim em 29 de Setembro de 2014.

2.2 População e Amostra

Para a realização deste estudo seleccionou-se a população de utentes numa Farmácia Comunitária no concelho da Amadora. Foi constituída uma amostra de conveniência com 100 doentes com Hipertensão Arterial no momento em que se dirigiam à farmácia para adquirir a sua medicação. Os critérios de inclusão utilizados foram:

1. Apresentar prescrição de pelo menos um farmáco anti-hipertensor;
2. Apresentar valores de PA frequentemente igual ou superiores a 140/90mmHg;
3. Ter mais de 18 anos

Critérios de exclusão:

1. Apresentar outros fatores de Risco Cardiovascular: colesterol, diabetes, doença renal, fumador, consumo de álcool

2.2.1 Procedimento

O recrutamento de doentes foi feito no momento em que se dirigiram à farmácia para adquirir os seus medicamentos. Nesse momento foi explicado o objetivo do estudo e em que consistia. Mediante a aceitação dos doentes, foi entregue a cada um o Consentimento Informado (Apêndice I), de forma a garantir a proteção dos seus dados, sendo estes utilizados estritamente para o estudo em questão.

Formalizada a participação do doente foi entrege um folheto sobre hipertensão (Apêndice IV) com uma breve explicação sobre a doença, a importância da adesão à terapêutica, a necessidade de monitorizar a PA, as principais complicações da HTA e esclarecimento de dúvidas. De seguida procedeu-se à marcação da 1ª visita dos doentes.

Foi nesta primeira abordagem ao doente que se realizou a primeira medição da PA. A PA foi determinada num ambiente calmo, no gabinete da farmácia, com um esfigmomanómetro calibrado e estetoscópio, com o braço apoiado numa superfície plana e a braçadeira colocada cerca de 2 cm acima da arqueação do cotovelo, de acordo com as Guidelines da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (Mancia, et al., 2014) Após medição da PA, os doentes foram interrogados sobre a sua adesão à terapêutica, de forma a preencher o questionário MMAS-8 (Apêndice III), sendo este constituído por 8 perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico sim/não.

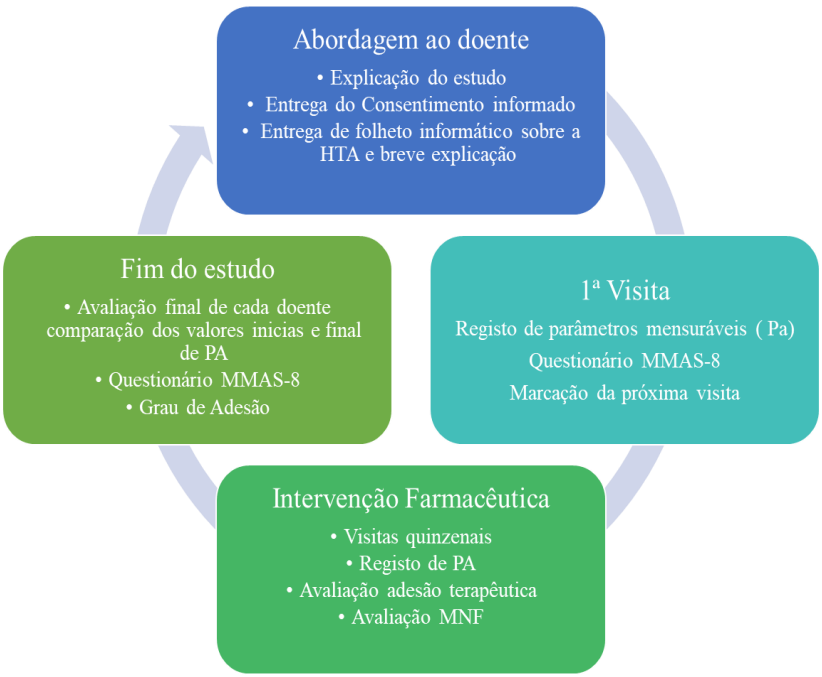
Assim depois desta primeira avaliação, foi elaborado um plano de cuidados para cada doente de forma a regularizar a PA e a aumentar o grau de adesão. Este plano de cuidados foi dirigido às várias fragilidades dos doentes, tentando implementar mudanças nos vários fatores modificáveis de cada um:

- Restrição de sal
- Moderação de consumo de álcool
- Redução de peso
- Exercício físico regular
- Adesão à terapêutica farmacológica

Para que este plano fosse possível foram agendadas visitas para cada utente com intervalos de 15 dias durante um período de 3 meses. Em todas as visitas foi realizada a medição e registo da PA, reforço das MNF, esclarecimento de dúvidas sobre a própria doença e a sua monitorização, focando cada visita na educação do doente.

No fim do estudo, os doentes foram novamente interrogados sobre a sua adesão, à terapêutica preenchendo o questionário MMAS-8, de forma a comparar as alterações de adesão durante o estudo, estabelecendo uma relação entre adesão e PA controlada, avaliando assim a intervenção farmacêutica. A Figura 3 ilustra o procedimento utilizado.

Figura 3 -Procedimento de Intervenção Farmacêutica nos doentes Hipertensos



2.3 Instrumentos de recolha de dados

Pressão Arterial – em cada visita foi feito o registo dos valores de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica em folha de Excel

Adesão à terapêutica - na 1ª e na última visita foi aplicado o Questionário MMAS-8

Todos os dados recolhidos foram compilados para cada doente para posterior tratamento estatístico.

2.4 Definição de Variáveis

O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas no Questionário MMAS-8:

- Adesão elevada (8 pontos),
- Adesão média (6 a < 8 pontos)
- Adesão baixa (< 6 pontos).

No presente estudo, foram considerados aderentes os hipertensos com pontuação igual a oito na MMAS-8.

A pressão arterial foi classificada de acordo com a Norma 020/2011 de 2011 da DGS considerando-se:

- Controlada se os valores fossem (PAS ≤140 mmHg, PAD ≤90 mmHg)
- Não controlada se os valores fossem (PAS > 141 mmHg PAD > 91 mmHg)

2.5 Tratamento dos dados

A análise estatistica dos dados foi efetuada com o software IBM SPSS versão 23. A componente descritiva caracterizou as variáveis qualitativas quanto à sua frequência e as variáveis quantitativas quanto à sua média, desvio padrão, mediana e ainda quanto à normalidade da sua distribuição. Foram utilizados testes adequados para avaliar as diferenças nos valores médios entre grupos - teste t – e avaliadas as diferenças nas proporções entre os grupos em variáveis categóricas, utilizando-se o teste de Mcnemar.

Capítulo III-Resultados

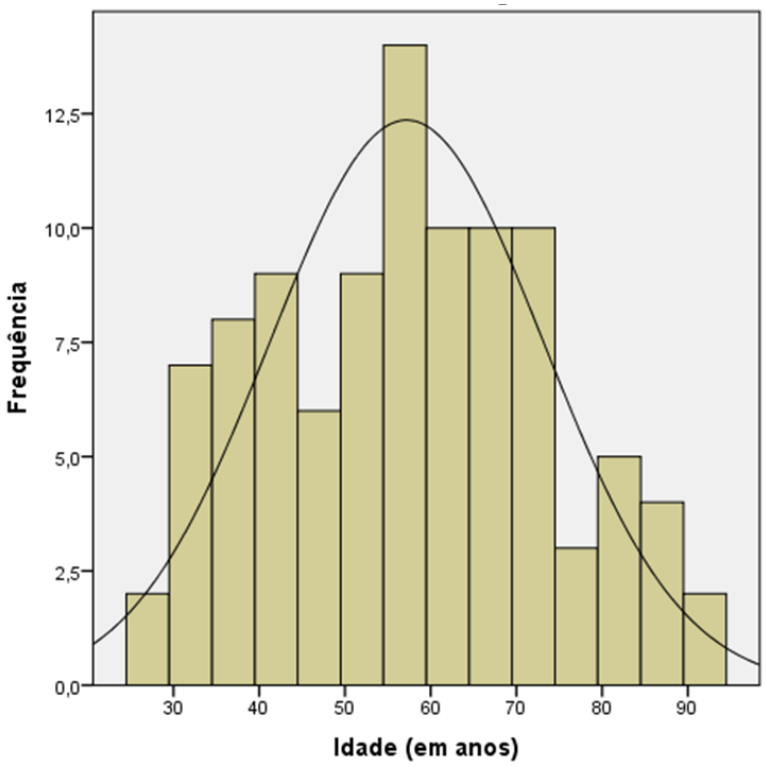
O estudo íniciou-se com 100 doentes, dos quais 1 foi retirado do estudo devido aos seus valores de PA elevados sem qualquer alteração mesmo realizando corretamente a terapêutica e seguindo uma alimentação adequada. O doente em questão foi avaliado durante um mês e meio, verificando-se sempre valores de PAS=170mmHg e PAD=104mmHg, foi referenciado ao médico acompanhado de uma carta de reporte. (Apêndice II)

Os resultados apresentados reportam-se a 99 hipertensos alvo da intervenção farmacêutica durante 3 meses.

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

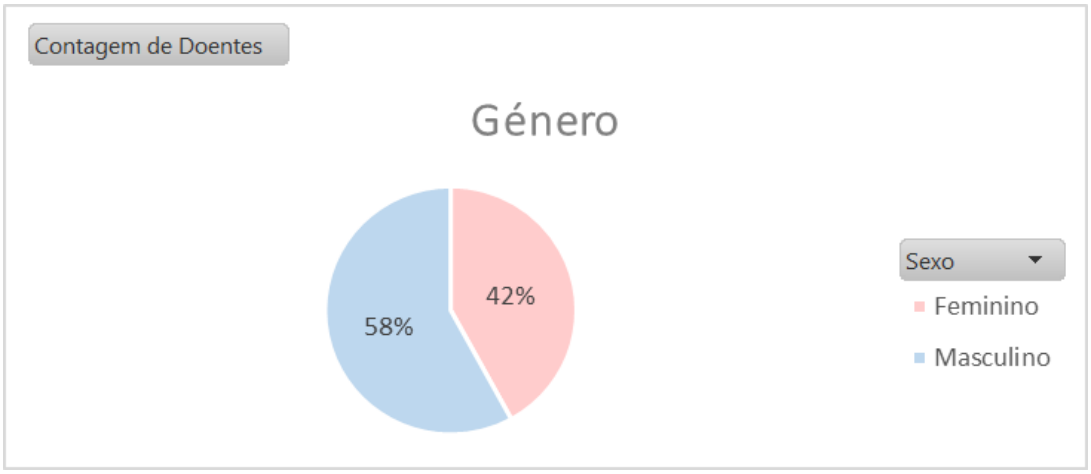
Os participantes eram todos adultos com idade média de 57,52 anos, (DP 16,21). O doente mais jovem tinha 27 anos e o mais idoso 90 anos. Esta variável segue uma distribuição normal (KS p=0,2; SW p=0,113) como ilustra a Figura 4.

Figura 4-Distribuição normal da idade dos doentes hipertensos



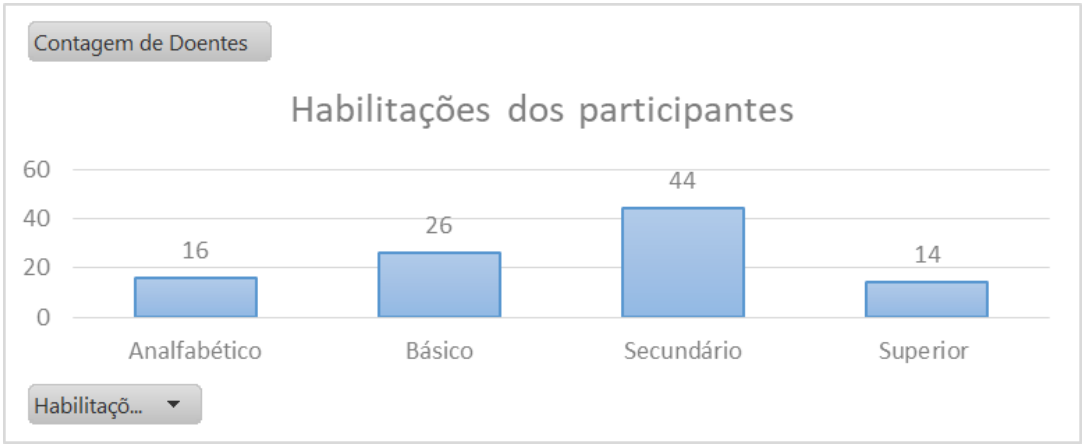
A maioria dos participantes eram do género masculino (58%). A figura 5 ilustra a distribuição dos inquiridos segundo o género.

Figura 5-Distribuição dos doentes hipertensos por género



Em relação à escolaridade dos inquiridos, a maioria dos doentes tinha o secundário (44%), existindo uma percentagem de 26% de doentes só com o ensino básico, principalmente os mais idosos. (Figura 6)

Figura 6-Distribuição dos doentes hipertensos por habilitações



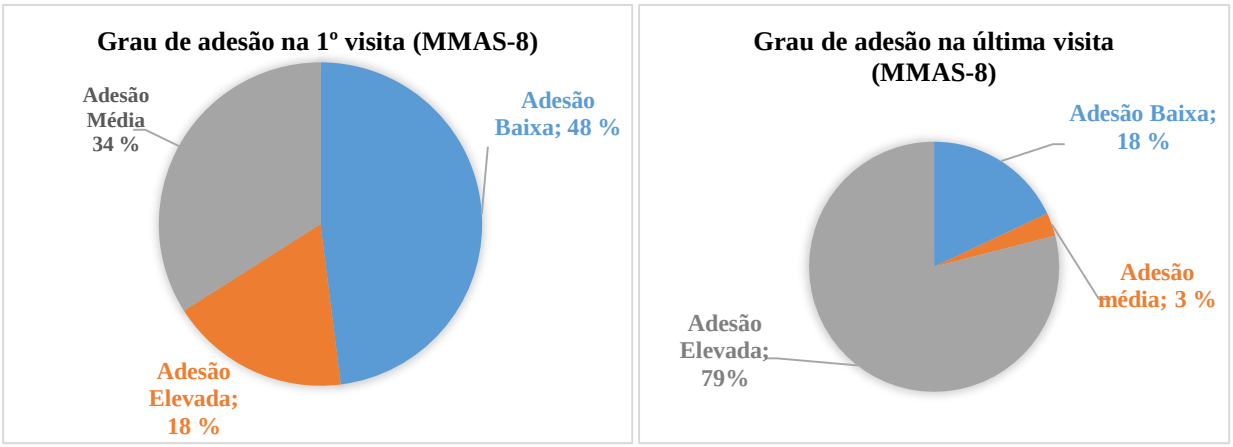
3.2 Caracterização da amostra quanto ao Grau de Adesão à terapêutica

O grau de adesão à terapêutica obtido através do Questionario MMAS-8 durante a 1ª visita, relevou que apenas 18% dos doentes hipertensos inquiridos eram aderentes à terapêutica atingindo a pontuação máxima no questionário.

Após os 3 meses de acompanhamento farmacêutico quinzenal dos doentes, verificou-se uma melhoria da adesão à terapêutica com 79% da amostra a atingir o resultado máximo e consequente diminuição da não-adesão, obtendo-se 18% dos doentes

com baixa adesão e 3% com média adesão. A figura 7 ilustra os resultados iniciais e finais relativos à adesão à terapêutica validada com o Questionário MMAS-8.

Figura 7-Classificação da Adesão dos doentes hipertensos no início e fim do estudo, através do questionário MMAS-8



Assim e comparando os valores aos resultados iniciais do estudo com os finais, verifica-se uma melhoria no grau de adesão à terapêutica em 61 doentes e um decréscimo acentuado nas taxas de média e baixa adesão – menos 31 e 30 doentes em cada escalão.

Recodificando esta variável para uma escala dicotómica em que se considerou Aderente o doente com Adesão Elevada e Não-Aderente o doente com Média ou Baixa Adesão obtém-se a evolução verificada Quadro 6.

Quadro 6-Classificação Adesão Inicial & Classificação Adesão Final

Classificação Adesão Inicial	Classificação Adesão Final	
	Não aderentes	Aderentes
Não aderentes	21	61
Aderentes	0	18

O Teste de Mcnemar revelou que a proporção de hipertensos aderentes à terapêutica alterou-se significativamente após a intervenção farmacêutica ($p<0,000$).

3.3 Caracterização da amostra quanto ao Controlo da Pressão Arterial

A amostra de hipertensos apresentou, antes da intervenção, uma PAS média de 148,97 mmHg DP (1,236) e uma PAD média de 93,32 mmHg DP (0,799).

Figura 8- Distribuição normal da PA sistólica inicial

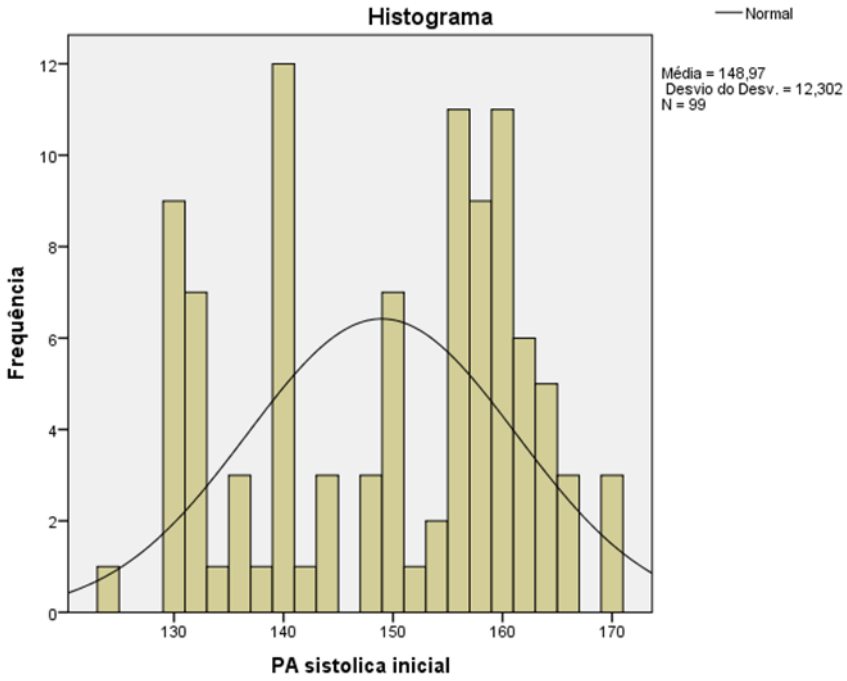
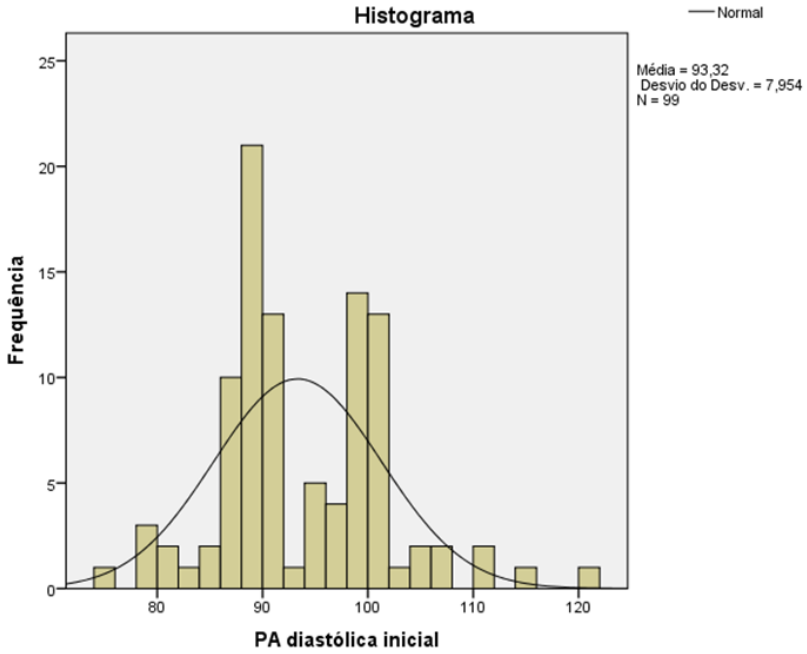


Figura 9-Distribuição normal da PA diastólica inicial



Em ambas as determinações a distribuição apresentada não segue a normalidade.

Após a intervenção verificou-se uma redução de ambos os valores observando-se uma PAS média 143,53 mmHg (DP=1,117) e uma PAD média 87,64 mmHg (DP=0,606).

Figura 10-Distribuição normal da PA sistólica final

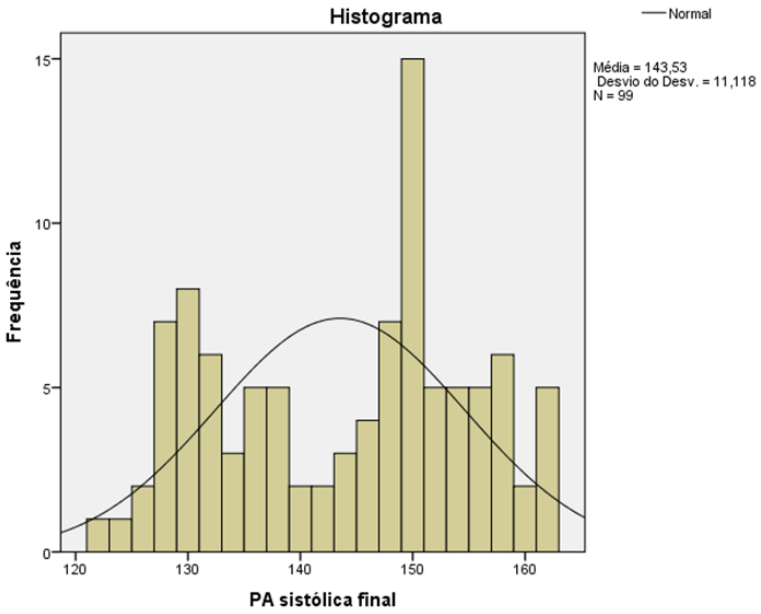
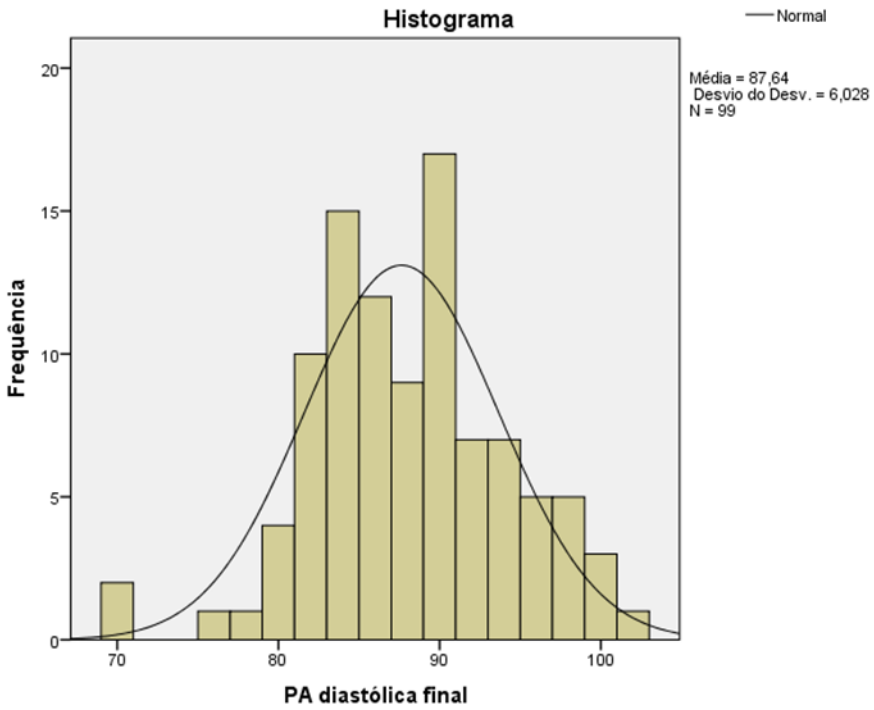


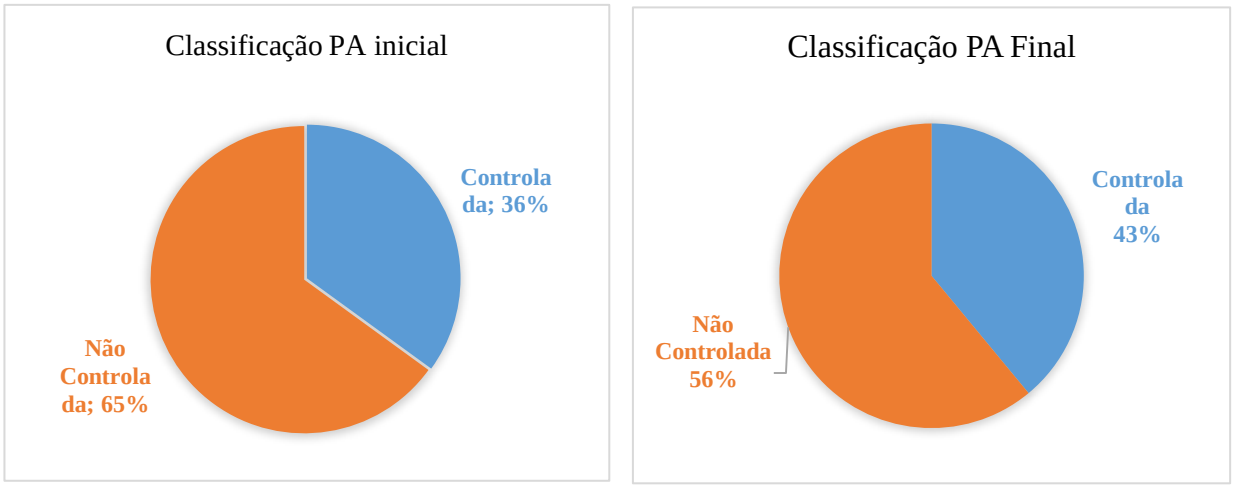
Figura 11-Distribuição normal da PA diastólica final



Em média, a redução da PAS foi de -5,44 (DP=3,44) e a redução da PAD foi de -5,69 (DP=3,9). Analisadas as condições de aplicabilidade do teste t para amostras emparelhadas, verificou-se que a diminuição dos valores de PAS e PAD nesta amostra de hipertensos foi estatisticamente significativa e que se deveu à intervenção farmacêutica - t(98)=15,770, p<.000, para a PAS e para PAD t(98)=14,495,p<.000.

No que respeita ao controlo da HTA a Figura 12 ilustra os resultados antes e após intervenção, observando-se um aumento do controlo da PA em 7%.

*F*igura 12- Classificação da PA do início e fim do estudo



A realização do Teste de Mcnemar evidencia um melhor controlo da HTA após a intervenção em 7 hipertensos. Este resultado é estatisticamente significativo (p=0,016).

Quadro 7-Grau de controlo da HTA antes da intervenção & Grau Quadro depois da intervenção

Grau de controlo da HTA antes da intervenção	Grau de controlo da HTA após a intervenção	
	Não controlada	Controlada
Não controlada	56	7
Controlada	0	36

Apesar da melhoria do controlo da HTA, foi possível observar que as médias da PAS e PAD reduziram mesmo nos doentes que não conseguiram atingir o controlo da patologia.

Quadro 8-Grau de controlo da HTA antes da intervenção para PAS e PAD

	Grau de controlo da HTA antes da intervenção	N	Média	Desvio Padrão
PA sistólica inicial	Não controlada	64	157,27	6,933
	Controlada	36	134,94	5,329
PA diastólica inicial	Não controlada	64	97,11	7,674
	Controlada	36	87,03	3,342

Tabela 9-Grau de controlo da HTA depois da intervenção para PAS e PAD

	Grau de controlo da HTA **após** a intervenção	N	Média	Desvio Padrão
PA sistólica final	Não controlada	56	152,21	4,853
	Controlada	43	132,21	5,078
PA diastólica final	Não controlada	56	90,93	5,420
	Controlada	43	83,35	3,611

Discussão

O principal objectivo deste estudo foi o acompanhamento farmacêutico a doentes hipertensos de modo educacional, analisando a adesão à terapêutica de modo a ajudá-los a ultrapassar as dificuldades, auxiliando-os na aplicação de MNF, na abordagem da etiologia da doença e suas complicações. Para isso foi realizada uma intervenção educacional farmacêutica junto dos doentes selecionados, integrando na amostra 100 doentes com mais de 18 anos, com pelo menos um farmáco anti-hipertensor prescrito e valores de PA frequentemente igual ou superioes a 140/90mmHg.

Este acompanhamento monitorizou a PA de cada participante, quizenalmente durante 3 meses, registando as várias medições para mais tarde comparar os resultados inicias e finais. Também foi avaliado, através do questionásrio MMAS-8, a adesão à terapêutica no inicio e no final do estudo. Com este tipo de intervênção foi possível identificar os doentes que tinham a PA controlada e não controlada e os que que aderiam ou não à medicação, de modo a intervir nas barreiras específicas dos doentes.

Foram integrados no estudo 99 hipertensos. Os resultados quanto à classificação da PA ao longo do estudo, apresentaram um aumento de 7% de doentes com PA controlada, verficando-se reduções médias para todos os doentes tanto na PAS como na PAD de 5,44mmHG (95%IC, $p<0,05$), 5,69mmHg (95% IC, $p<0,05$), respetivamente. Com o teste t para amostras emparelhadas, concluímos que a diferença obtida de PAS e PAD antes e depois da intervenção farmacêutica é significativa, pois $p<0,05$.

Na avaliação do grau de adesão, mensurada através do questionário MMAS-8, os resultados finais demostram um aumento de adesão à terapêutica.

Apesar do período do estudo ser limitado, foi possivel avaliar a intervenção farmacêutica tendo revelado uma influência positiva na promoção e educação da saúde.

Confrontando os resultados obtidos neste estudo com outros, já evidênciados durante a dissertação, podemos observar diferenças ligeiramente mais baixas na PAS. No estudo de Santschi et al, verificou-se uma diferença de 5,73mmHg e 3,9mmHg, de PAS e PAD, respetivamente. Enquanto, Cheema et al, obteve diferenças de 6,1mmHg e 2,5gmmHg.

Estas disparidades, podem estar associadas ao tempo da intervenção, ao período que ocorreu o estudo sendo que no presente estudo foi só de 3 meses, enquanto que os outros estudos foram de mais de 8 meses. Outro fator é a amosta, os estudos de Santschi e Cheema avaliaram mais de 30 ensaios, correspondendo aproxidamente a mais de 14,000 doentes, em contra partida o actual estudo abrangeu apenas 99 doentes. Para além de que, Santschi et al., não avaliou a intervenção do farmacêutico comunitário, como também de outros serviços, englobando assim mais áreas, obtendo um maior número de casos com resultados positivos.

Contudo este estudo possui algumas limitações, pois não foram incluidas algumas das variáveis independentes que influênciam o controlo da PA, nomeadamente, fatores genéticos, dieta alimentar, hábitos tabagicos, outras doenças como é o caso da diabetes. O fato da população em estudo compreender tanto doentes com HTA já diagnósticada tardiamente como com diagnóstico precoce, também pode influenciar o tipo de adesão, havendo uma maior preocupação dos doentes no ínico da doença, sendo temporariamente menosprezada.

Apesar da limitações do estudo, foi possivel uma maior aproximação dos doentes com o farmacêutico, sendo estes elucidados de todos os fatores de risco associados à HTA, permitindo efectuar alterações no estilo de vida dos doentes, modificando os vários fatores modificáveis, de modo a obtermos melhorias nos valores de PA. Os doentes não só obtiveram uma diminuição dos valores de PA ao longo dos 3 meses de estudo, como também evoluiram a nível de conhecimento da sua patologia, permitindo assim um melhor auto-controlo da doença e consequentemente uma melhor adesão à terapêutica.

Conclusão

A adesão à terapêutica é um aspeto fundamental para a gestão de doenças crónicas, como é o caso da HTA. O presente estudo demonstra como a intervenção farmacêutica de natureza educativa com monitorização frequente da PA permite melhorar a adesão à terapêutica e promover a diminuição dos valores de PAS e PAD, contribuindo para um melhor controlo da doença.

De modo a melhorar a adesão à terapêutica é prioritário perceber quais os fatores relacionados à não-adesão. Assim de forma a minimizar as barreiras à adesão realizou-se o questionário de Morisk, avaliando-se os determinantes da adesão, para mais tarde estruturar-se estratégias para melhorar a adesão do doente à sua terapêutica.

Sendo uma doença assintomática, é de extrema importância a medição regular da pressão arterial, só assim é possível saber se está controlada. Este parâmetro foi medido durante todo o estudo, refletindo uma diminuição dos seus níveis mediante o acompanhamento farmacêutico. Os resultados obtidos demostram um aumento na prevalência de adesão, devendo-se ao acompanhamento farmacêutico. Os doentes com maior adesão apresentaram maiores reduções de pressão arterial, comprovando a associação entre controlo da pressão arterial e adesão à terapêutica.

Ao longo deste estudo demonstrou-se que o acompanhamento farmacêutico é exequível e contribui para a diminuição da pressão arterial em doentes hipertensos não-controlados, esperando-se uma melhoria nos cuidados da própria doença por parte dos doentes e uma melhor gestão dos regimes terapêuticos a longo prazo.

Em suma, a adesão à terapêutica, como demonstrado ao longo deste trabalho, é de extrema importância para todo o tipo de patologias, tendo um maior impacto quando reporta a doenças crónicas. Para os doentes cumprirem o seu dever terapêutico é necessário um reforço dos profissionais de saúde, de forma a envolverem ativamente os doentes no seu tratamento.

Bibliografia

American Heart Association. (2017). Know your risk factors for high blood pressure. Acedido em 10 de Maio de 2017, em www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/UnderstandSymptomsRisks/Know-Your-Risk-Factors-for-High-Blood Pressure_UCM_002052_Article.jsp#.WkkoAUx2vs0

Brown, I. J., Tzoulaki, I., Candeias, V., & Elliott, P. (2009). Salt intakes around the world: implications for public health. *Int J Epidemiol.38(3):791-813.* Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351697. Acedido em 10 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Campese, V. M. (2000). Neurogenic factors and hypertension in renal disease. *Kidney International, Vol. 57, Suppl. 75, pp. S-2–S-6.* Acedido em 28 de Junho de 2017, em http:// www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/ATENFAR%20em%20pacientes%20hipertensos.pdf.

Castro, M. S., Chemello, C., Pilger, D., Junges, F., Bohnen, L., Zimmerman, L. M., . . . Fuchs, F. D. (2006). Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev Bras Hipertens vol.13(3): 198 202.*Acedido em 28 de Junho de 2017, em http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/ATENFAR%20em%20pacientes%20hipertensos.pdf

Cheema, E., Sutcliffe, P., & Singer, D. R. (2014). The impact of interventions by pharmacists in community pharmacies on control of hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Clin Pharmacol;78(6): 1238–1247.* Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256613/.Acedido em 3 de Outubro de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Cheung, B. M., & Li, C. (2012). Diabetes and hypertension: is there a common metabolic pathway? *Curr Atheroscler Rep.14(2): 160–166.* Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314178/. Acedido em 10 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Correr, C. J., & Otuki, M. F. (2011). Método clínico de atenção farmacêutica.p.5-6 Acedido em em 30 de Março de 2017, em https://www.researchgate.net/profile/Cassyano_Correr/publication/267978101_METODO_CLINICO_DE_ATENCAO_FARMACEUTICA/links/56c7c2d108ae110637036b57/METODO-CLINICO-DE-ATENCAO-FARMACEUTICA.pdf.

Direção Geral de Saúde(DGS).(n.d.). Alimentação Saudável. Acedido em 20 de Fevereiro de 2017 em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/nutriente/sal/

Dias, A. M. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura.Millenium,40:201-219. Em revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228/5843 Acedido em 23 de Junho de 2017 em http://revistas.rcaap.pt

Direção Geral de Saúde(DGS). (s.d). Alimentação Saudável-Sal. Acedido em 20 de Fevereiro de 2017 em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/nutriente/sal/

Dixon, D. L., Bolick, J. P., Godishala, L. M., Etherton, P. M., Nash, D. T., Neri, L., & Warren, W. S. (s.d). Clinician's toolkit: a guide to medication and lifestyle adherence. National Lipid Association. Em www.lipid.org/sites/default/files/adherence_toolkit.pdf. Acedido em 20 de Junho de 2017 em https://www.lipid.org

Education, P. N. (2004). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Am Fam Physician 2006;73:1953-6,1957-8. Acedido em 17 de Junho de 2017, em https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf.

Escamilla, B. P., Trigo, L. F., Moullin, J. C., Martínez, F. M., & Corpas, J. P. (2015) identification of validated questionnaires to measure adherence to

pharmacological antihypertensive treatments Patient Prefer Adherence;9: 569–578. Acedido em 20 de Março de 2017, em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403684/., em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Flynn, A. (1999). A pan-eu survey on consumer attitudes to physical activity body weight and health. A pan EU survey of consumer attitudes to physical activity, body weight and health2(1A), 0-160.

Francesco P Cappuccio, S. M. (2002). Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. Jama, 288(19), 2469-2475. Acedido em 25 de Maio de 2017, em http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195525

Gabb, G. M., Mangoni, A. A., Anderson, C. S., Cowley, D., Dowden, J. S., Golledge, J.,Arnolda, L. (2016). GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN adults. Med J 05 (2): 85-89. Acedido em 20 de Junho de 2017, em https://www.mja.com.au/journal/2016/205/2/guideline-diagnosis-and-management-hypertension-adults-2016

He, F. J., Campbell, N. R., & MacGregor, G. A. (2012). Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. Rev Panam Salud Publica 32(4):293–300. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299291. Acedido em 9 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responbilities in pharmaceutical care. Am J hosp pharm, 47(3), 533-543. Acedido em 23 de 2017

Husain, K., Ansari, R. A., & Ferder, L. (2014). Alcohol-induced hypertension: mechanism and prevention. World J Cardiol. 6(5): 245–252.Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038773/. Acedido em 14 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

J Silva, D. F. (2016). Estudo de adesão à terapêutica farmacológica. Revista Portuguesa de Hipertensão e Cardiovascular p.7-15. Acedido em 9 de Fevereiro de 2017, em http://www.sphta.org.pt/files/sphta_53_2016_0506.pdf

Jackie H. Jones, E. R., Treiber, L. A., & Matthew C. Jones, M. (2014). Intervening at the intersection of medication adherence and health literacy. Journal for Nurse Practitioners. 2014;10(8):527-534. Em www.medscape.com/viewarticle/832021_2. Acedido em 22 de Fevereiro de 2017 em http://www.medscape.com

Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag.4(1): 269–286.Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/. Acedido em 20 de Junho de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Krousel, W. M., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E., & Webber, L. S. (Maio de 2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). Med Clin North Am.93(3):753–769. *Em* www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702217/ Acedido em 10 de Fevereiro de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Kulkarni, S., I., O., Erasi, M., & Kochar, M. (1998). Stress and hypertension. WMJ.97(11):34-8. Em Obtido www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9894438. Acedido em 13 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication adherence measures: an overview. BioMed Research International. Acedido em 10 de Outubro de 2017 https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/217047/

Lessa, Í. (2006). Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens vol.13(1): 39-46. Acedido em 26 de Junho de 2017, em http://www. departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf.

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., & Christiaens, T. (2014). Guidelines de 2013 da esh/esc para o tratamento da hipertensão

arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. Acedido em 3 de Julho de 2017 https://www.sphta.org.pt/files/sphta_46_2015_0304.pdf.

Marra, C., Johnston, K., Santschi, S., & Tsuyuki, R. T. (2017*). Cost-effectiveness* of pharmacist care for managing hypertension in canada. Can Pharm J150(3):184-197. *Em* www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28507654 Acedido em 31 de outubro de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

National Heart Foudation of Australia. (2016). Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults.(2016). Med J85-89. Em www.mja.com.au/journal/2016/205/2/guideline-diagnosis-and-management-hypertension-adults-2016. Acedido em 15 de Junho de 2017 em https://www.mja.com.au

National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI]. (s.d). High blood pressure. Med J Aust; 205 (2): 85-89. Acedido em 14 de Maio de 2017 em, https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/high-blood-pressure#Risk-Factors

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and. (2004). The fourth report of the disgnosis,evaluation, and treatment of hight blood pressure in children and adolescentes. Pediatrics-Journal of the American Academy of Pediatrics. Acedido em 15 de Maio de 2017 em, http://pediatrics.aappublications.org/content/114/Supplement_2/555.long

Nichols, G. E., & Poirier, S. (2000). Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. J Am Pharm Assoc (Wash).40(4):475-85. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932456. Acedido em 14 de Fevereiro de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Oliveira, A. D., Barreto, J. A., Neves, S. J., & Junior, D. P. (2012). Association between the 8-item morisky medication adherence scale (mmas-8) and blood pressure control. Arq. Bras. Cardiol. vol.99 nº.1. Acedido em 28 de Junho de 2017, em Em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012005000053&script=sci_

Pastor, A., Santiago, L., & Rodrigues, V. (2016). Hipertensos, a influência das suas crenças na adesão terapêutica. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. Acedido em 7 de Fevereiro de 2017, *em http://*www.sphta.org.pt/files/sphta_56_2016_1112.pdf

Pinto, A. M., Bom, A. T., Rendas, A. B., Rabaça, C., Cordeiro, C. R., Silva, C. B., . . . Botelho. (2007). FISIOPATOLOGIA-FUNDAMENTOS E APLICAÇÕES. Lisboa: *Lidel*.

PubMed Health. (s.d). Hypertension (high blood pressure) *U.S.* National Library of Medicine - The World's Largest Medical Library. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024199/. Acedido em 15 de Fevereiro de 2017 em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024199/

Queiroz, M. J. (2009). Soap revisitado. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Acedido em 15 de Junho de 2017, em http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10610/10346

Ribstein, J., Cailar, G., & Mimran, A. (1995). Combined renal effects of overweight and hypertension. American Heart Association. Acedido em 14 de Maio de 2017, em http://www.hyper.ahajournals.org/content/26/4/610

Roberts, C. K. (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. JAppl Physiol 98(1):3-30. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15591300. Acedido em 14 de Feveiro de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Rondon, M. U., & Brum, P. C. (2003). Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertensão. Acedido em 15 de Feveiro de 2017, em http://www.departamentos.cardiol.br/dha/revista/10-2/exercicio3.pdf

Salem, M. (2002). Pathophysiology of hypertension in renal failure. Semin Nephrol.;22(1):17-26. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785065. Acedido em 14 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Santschi, V., Chiolero, A., Colosimo, A. L., Platt, R. W., Taffé, P., Burnier, M., . . . Paradis, G. (2014). Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Heart Assoc. Acedido em 9 de Outubro de 2017,em http://www.jaha.ahajournals.org/content/3/2/e000718

Sociedade Brasileira de Hipertensão. (2010). Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. The Scientific Electronic Library Onlin. Acedido em 15 de Maio de 2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010001700001&script=sci_arttext&tlng=es

Virdis, A. G. (2010). Cigarette smoking and hypertension. Curr Pharm Des.16(23):2518-25. Em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550499. Acedido em 13 de Maio de 2017 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Vitor, R. S., Sakai, F. K., & Consoni, P. R. (2009). Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. Revista da AMRIGS. Acedido em 10 de Fevereiro de 2017, em http://www.amrigs.org.br/revista/53-02/10-305_indicação_e_adesão_de_medidas.pdf

Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. Am Fam Physician.;73(11):1953-1956. Acedido em 2 de Maio de 2017, em https://www.aafp.org/afp/2006/0601/p1953.html

Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motsamai, O. I., & Whelton, P. K. (2001). Effects of alcohol reduction on blood pressure. American Heart Association. Acedido em 6 de Maio de 2017 em http://hyper.ahajournals.org

Yarows, S. A., Julius, S., & Pickering, T. G. (2000). Home blood pressure monitoring. Arch Intern Med.160(9):1251-1257. Acedido em 15 de Junho de 2017 em http://jamanetwork.com

Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do Doente: _____

Temos, nesta farmácia, o serviço _____ ao seu dispor com o objectivo principal de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

Juntamente com esta declaração recebeu informações mais detalhadas do seu Farmacêutico sobre este serviço, o qual não substitui as consultas médicas nem as análises clínicas eventualmente prescritas pelo seu médico.

Convidamo-lo(a) a aderir, autorizando a constituição de um registo dos seus medicamentos, valores dos testes feitos na farmácia e o acompanhamento prestado, que será utilizado exclusivamente para efeitos de acompanhamento do seu estado de saúde nesta Farmácia e de articulação com o seu médico assistente, quando necessário.

A sua participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso afecte negativamente o atendimento que recebe nesta farmácia.

Toda a informação que nos fornecer sobre si no âmbito deste serviço será sempre confidencial e anónima. O seu nome será do conhecimento exclusivo desta farmácia e do seu médico assistente caso seja necessário contactá-lo(a), não sendo nunca cedido a mais ninguém.

Nos termos da legislação em vigor, terá direito de acesso, correcção e eliminação destes dados, desde que o solicite pessoalmente nesta Farmácia.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração, sendo-lhe atribuído um código, o qual nos permite, de forma mais rápida, identificar e actualizar o seu registo de medicamentos e outros parâmetros, para efeitos de acompanhamento na farmácia.

Nestes termos, declaro que:

* Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito.
* Autorizo esta Farmácia a utilizar os meus dados pessoais.

_____ / _____ / _____

_____
(Assinatura do Doente)

_____
(Assinatura do Farmacêutico)

IMEDPCIC.06.01

Apêndice II – Carta de Reporte ao Médico

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).,

_____

Identificação do Doente:

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada:

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico	
	Prescrito	Que o doente faz

Determinações na Farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicerídeos (mg/dL)	
						jejum	pós-prandial			

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO	
FARMÁCIA	
TELEFONE	

Com os melhores cumprimentos,

Data: ___ /___ /_____

_____

Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

IMP.DPCF.G.04.04

Apêndice III - Questionário

Questionário: Adesão à Terapêutica Anti-Hipertensiva

Sou estudante de Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para a realização da minha dissertação para o grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, estou a realizar um questionário que aborda a doença Hipertensão, que tem como objetivo o conhecimento da adesão dos doentes aos medicamentos de modo a perceber se a doença está controlada. Para este fim é necessário a recolha de alguns dados estatísticos, para obter conclusões para o meu estudo.

O tema da minha tese é Acompanhamento de doentes hipertensos na farmácia: resultados de uma intervenção educativa e de monitorização de pressão arterial. O objetivo do meu estudo é avaliar os valores de Pressão Arterial quinzenalmente durante, facilitando assim o acompanhamento dos doentes. E também avaliar a adesão dos doentes à terapêutica, através de um questionário de 7 perguntas, que seguem o conceito da Escala de Adesão à Terapêutica de Morisk.

Para a realização deste estudo solicito a vossa colaboração para responderem a um questionário que integra alguns dos vossos dados e valores da pressão arterial. O estudo tem uma duração de 3 meses, durantes estes são necessárias visitas quinzenais à Farmácia para medir a pressão arterial, que será registada e mais tarde avaliada.

Toda a intervenção, e dados, a serem preenchidos têm como finalidade serem analisados estatisticamente e são anónimos e confidenciais. Para participarem no estudo têm pelo menos um medicamento prescrito para tratamento da hipertensão.

Participem e aproveitem para fazerem um check-saúde.

Agradeço a colaboração!

Questionário: Adesão à Terapêutica Anti-Hipertensiva

Dados do Doente

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: □ Masculino
□ Feminino

Escolaridade: □ Analfabeto
□ Sem escolaridade
□ Ensino Básico
□ Ensino Secundário
□ Ensino Superior

Valores da Pressão Arterial

Pressão Arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
1ºMês		
2ºMês		
3ºMês		

1) Ás vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?

□ Sim □ Não

2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que não tomou seus medicamentos para a pressão alta?

□ Sim □ Não

3) Já parou de tomar os medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque sentia-se pior quando os tomava?

□ Sim □ Não

4) Quando viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?

□ Sim □ Não

5) Tomou a medicação para pressão alta ontem?

□ Sim □ Não

6) Quando sente que a pressão está controlada, às vezes pára de tomar seus medicamentos?

□ Sim □ Não

7) Já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?

□ Sim □ Não

Obrigada pela Colaboração

Apêndice IV – Folheto HTA



Hipertensão…doença Silenciosa!

O que é a Pressão Arterial?

A **Pressão Arterial** é caraterizada pela força ou tensão que o sangue exerce contra as paredes dos vasos sanguíneos.

Hipertensão arterial?

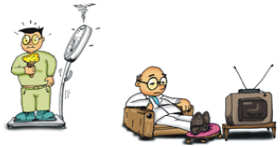
Define-se clinicamente como a elevação persistente da pressão arterial acima dos limites considerados normais. Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo tais como, cérebro, coração, rins e olhos.

100	120	129	130	139	140 ou +
	12 POR 8				
60	80	84	85	89	90 ou +
Pressão normal			Normal limítrofe		Procure um médico

Fatores de Risco

- Excesso de Peso
- Consumo excessivo de álcool
- Consumo de Sal
- Sedentarismo
- Regime alimentar
- Alguns medicamentos
- Hereditariedade





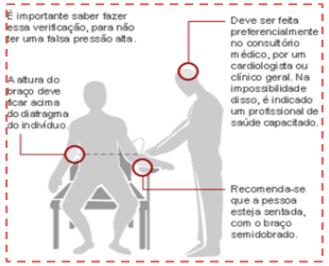
Sintomas!

A **Hipertensão Arterial** é uma doença **silenciosa**, sendo muito importante fazer a medição da Pressão Arterial regularmente. Alguns dos sintomas que podem sinalizar esta patologia estão associados a danos irreversíveis!

- Dor de cabeça
- Tonturas
- Cansaço
- Enjoos
- Falta de ar
- Epistaxe (sangramento nasal)



Determinação da Pressão Arterial



A medição da pressão arterial é a única forma de saber se é hipertenso ou não!

Objetivos do Tratamento

Máxima redução do risco total de morbilidade e mortalidade cardiovasculares, a longo prazo. Restabelecer a pressão arterial a níveis definidos como "normais ou otimizados":





Cuidados a seguir!

Para manter a pressão arterial dentro dos valores normais é importante, entre outras medidas, adotar um estilo de vida saudável, ser fisicamente ativo e, adotar uma dieta com poucas gorduras e pouco sal. É também necessário reduzir o consumo de álcool e abandonar o uso de tabaco.



A hipertensão arterial não tratada não desaparece por si, mas pode ser adequadamente controlada se as indicações do seu Médico forem escrupulosamente seguidas.

O tratamento da hipertensão arterial deve ser um compromisso para toda a sua vida!