



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

DIANA MARTINS FALCÃO

***ESTUDO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL***

IMPACTO NO CONTROLO DA DOENÇA

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL MONTEIRO CARVALHO SILVA

**DR^a MARIA DA CONCEIÇÃO VENTURA DA CRUZ MARTINS RODRIGUES
MILHEIRO**

MARÇO 2015

**“THE GOOD PHYSICIAN TREATS THE DISEASE;
THE GREAT PHYSICIAN TREATS THE PATIENT WHO HAS THE DISEASE.”**

SIR WILLIAM OSLER

ÍNDICE

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Material e Métodos	
Caracterização do estudo	9
Instrumentos de colheita de dados	9
Critérios de inclusão e recolha de dados	10
Análise estatística	11
Resultados	
Caracterização da amostra	12
Estudo da adesão à terapêutica farmacológica da HTA	15
Estudo da adesão à terapêutica não farmacológica da HTA	18
Adesão à terapêutica e o controlo da HTA	19
Discussão	22
Conclusão	25
Agradecimentos	26
Referências bibliográficas	27
Anexos	
Anexo I – Pedido de autorização da aplicação do questionário	29
Anexo II – Pedido de apreciação à comissão de ética da ARS Centro	30
Anexo III – Questionário	31
Anexo IV – Classificação segundo o IPAQ	34
Anexo V – Consentimento livre e informado	35

ABREVIATURAS

aHT – anti-hipertensor(a)

ARS Centro – Administração Regional de Saúde do Centro

AVC – acidente vascular cerebral

C. S. Norton de Matos – Centro de Saúde Norton de Matos

DCV – doença cardiovascular

EAM – enfarte agudo do miocárdio

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

HTA – hipertensão arterial

HTAc – hipertensão arterial controlada

IMC – índice de massa corporal

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

MGF – Medicina Geral e Familiar

MMAS-8 - Escala de Adesão à Terapêutica de oito itens de Morisky

PAD – pressão arterial diastólica

PAS – pressão arterial sistólica

TA – tensão arterial

RESUMO

Introdução: A HTA duplica o risco de DCV, sendo esta a causa de mortalidade de 34% da população portuguesa. Como fator de risco modificável de morbidade e mortalidade cardiovascular mais prevalente, o seu tratamento e controlo assumem grande importância nas estratégias preventivas. A interrupção da terapêutica pode associar-se a um agravamento da situação clínica do doente hipertenso e a não-adesão poderá conduzir à redução da sua qualidade de vida e ao aumento dos custos para o SNS.

Métodos: Estudo descritivo-correlacional de uma amostra acidental da população de adultos hipertensos medicados com aHT e seguidos em consulta de MGF no C. S. Norton de Matos. Foi aplicado um questionário sobre a adesão à terapêutica e consultados os respetivos valores da TA dos inquiridos. Os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico com o programa SPSS®.

Resultados: A amostra é constituída por 56 adultos hipertensos, predominantemente do género feminino, de idade superior a 65 anos, com excesso de peso e a residir acompanhados. Verificou-se a prevalência da HTA não controlada (69,6%), bem como do predomínio da não-adesão ao aHT (66,1%) e da prática regular de exercício físico (56,4%). Observou-se uma correlação significativa entre a adesão à consulta de MGF e a adesão à terapêutica farmacológica, tal como entre a compreensão dos perigos da HTA e a prática regular de exercício físico.

Discussão e Conclusão: Consideramos de maior interesse a realização de novas investigações de maior abrangência populacional, de modo a apurar com maior fiabilidade os fatores de não-adesão à terapêutica aHT, bem como o impacto da adesão terapêutica no controlo da HTA. O médico de MGF desempenha um importante papel na consciencialização do doente hipertenso acerca das complicações da HTA e na motivação de uma maior adesão à terapêutica.

Palavras-Chave: hipertensão arterial; adesão ao tratamento; controlo da tensão arterial.

ABSTRACT

Background: The arterial hypertension doubles the risk of cardiovascular disease, which is the cause of 34% mortality of the Portuguese population. As being the most prevalent modifiable risk factor for cardiovascular morbidity and mortality, its treatment and control are of great importance in preventive medicine. Discontinuation of therapy may be associated with worsening of the clinical situation of the hypertensive patient and non-compliance can lead to decreased life quality as well as increased costs to the national health system.

Methods: Descriptive and correlational study of a accidental sample of medicated hypertensive adults, followed in family medicine at C. S. Norton de Matos. A questionnaire on adherence to therapy was applied and the respective blood pressure values checked. The collected data was statistically analysed using SPSS™ software.

Results: The sample consists of 56 hypertensive patients, predominantly female, over 65 years, in overweight and not living alone. The prevalence of uncontrolled hypertension (69,6%), as well as non-adherence rates (66,1%) and regular practice of physical exercise (56,4%) was confirmed. A significant correlation was found between adherence to family medicine consultation and medication adherence, as also between the understanding of arterial hypertension danger and the regular practice of physical exercise.

Discussion and Conclusion: We consider of great interest to conduct further investigations with a larger population coverage, in order to collect more reliable data on non-adherence factors to anti-hypertensive therapy, as well as its role in controlling hypertension. The family medicine doctor plays an important role in raising awareness towards the complications of hypertension and in motivating the patient for better treatment adherence.

Keywords: hypertension; treatment adherence; blood pressure control.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de HTA define-se, em consultório, pela presença de valores de PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg em medições realizadas em, pelo menos, duas consultas com um intervalo mínimo de uma semana. Esta definição é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, não grávidas e sem patologia aguda concomitante. A toma de aHT é, *per se*, definidor da presença de HTA, independentemente dos valores tensionais.¹

A HTA é uma das principais causas de doença em todo o mundo. Em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes foram atribuíveis à HTA. Além de duplicar o risco de DCV, a HTA está frequentemente associada a fatores de risco cardiovascular adicionais, sendo que o risco de DCV aumenta com a carga total de fatores de risco. A probabilidade de um indivíduo de meia-idade ou idoso vir a desenvolver HTA é de 90%.^{2,3}

Estima-se que 42% da população adulta portuguesa tenha HTA^{4,5}, consistindo esta no fator de risco reconhecido de morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal mais prevalente na população portuguesa.^{1,4}

Calcula-se que apenas 39% dos hipertensos em Portugal estejam medicados com aHT, tendo a região Centro a menor percentagem de hipertensos tratados (34,3%), com uma prevalência que aumenta com a idade.⁴

A prevalência de HTAc em doentes medicados com aHT é de 28,9%, com uma das taxas mais baixas no país para a região Centro (26,1%), verificando-se mais prevalente no género feminino comparativamente ao género masculino.^{4,5}

As DCV, nomeadamente o AVC e a doença coronária, são a causa de mortalidade de, pelo menos, 34,1% da população portuguesa.⁵

O objetivo da terapêutica anti-hipertensora, não farmacológica e farmacológica, é a diminuição da morbilidade e mortalidade cardiovascular associada à HTA.⁶

A terapêutica aHT não farmacológica consiste na modificação dos estilos de vida: redução do peso em indivíduos com excesso ponderal (idealmente para valores de IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m²); redução da ingestão de sal (< 5g/dia)⁷; introdução da prática regular de atividade física (caminhar 30min/dia, 5-7 dias/semana); consumo moderado de álcool (30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres) e cessação dos hábitos tabágicos.⁶ Estima-se que, em Portugal, 21% da população tenha excesso de peso, 16% seja obesa e 20% fumadora.⁴

O tratamento farmacológico com aHT reduz, claramente, o risco de DCV e renal. Atualmente, grande parte da população hipertensa permanece sem tratamento ou inadequadamente tratada.² Como todas as doenças crónicas, a HTA necessita de terapêutica e vigilância continuadas no tempo. A interrupção da terapêutica, mesmo que intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica do doente.¹ Além do aumento associado da morbilidade, a não-adesão à terapêutica pode ainda conduzir a hospitalizações de urgência, exames complementares adicionais e tratamento das complicações da HTA, traduzindo-se num aumento significativo dos custos para o serviço nacional de saúde e na redução da qualidade de vida do doente hipertenso.^{8,9}

A HTA é, assim, uma das condições médicas de maior impacto social, consistindo no fator de risco cardiovascular modificável mais frequente, pelo que o seu tratamento e controlo assumem grande importância nas estratégias preventivas da saúde.⁵

Por conseguinte, considera-se de maior interesse, e são objetivos principais do projeto, quantificar a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica da HTA; conhecer os fatores que influenciam a adesão à terapêutica e avaliar o impacto da adesão à terapêutica no controlo da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de natureza exploratória, de uma amostra acidental da população de hipertensos de idade superior ou igual a 18 anos, medicados com aHT há, pelo menos, 1 ano, e seguidos em consulta de MGF no C. S. Norton de Matos, em Coimbra.

Relativamente às questões éticas que envolvem o estudo, a sua proposta foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da FMUC e a aplicação do questionário no C. S. Norton de Matos foi autorizada pela coordenadora do centro de saúde, Dr.^a Conceição Milheiro (Anexo I). Foi, também, enviado o pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARS Centro, da qual se aguarda resposta (Anexo II).

Instrumentos de colheita de dados

O estudo teve por base a aplicação de um questionário, direcionado à população acima referida, e a consulta dos respetivos valores da TA.

O questionário aplicado (Anexo III) visa apurar os dados biométricos, contexto social e hábitos alimentares e tabágicos dos inquiridos, bem como quantificar a adesão à terapêutica farmacológica da HTA e à prática regular de exercício físico. Engloba, assim, a forma curta do questionário internacional de atividade física (IPAQ)^{10,11}, a Escala de Adesão à Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8)^{12,9} e questões com o objetivo de avaliar os fatores de não-adesão à terapêutica aHT, relação médico-doente e adesão às consultas de MGF. Aborda-se, ainda, a presença de sintomatologia frequentemente associável à HTA, a história pessoal de AVC ou EAM e de polimedicação.

A interpretação da MMAS-8¹² distribuiu a amostra por três patamares de adesão: elevada adesão (8 pontos), adesão intermédia (6-7 pontos) e baixa adesão (≤ 5 pontos). Apenas os indivíduos de elevada adesão na MMAS-8 são considerados como aderentes à terapêutica farmacológica. A escala é constituída por 8 perguntas (7 de resposta afirmativa/negativa e 1 de escolha múltipla), sendo classificados como aderentes os indivíduos que responderem negativamente às perguntas 1 - 4, 6 e 7, afirmativamente à pergunta 5 e que selecionem a opção “nunca” na pergunta 8.

O IPAQ¹⁰ permite categorizar a amostra em indivíduos muito ativos, ativos, irregularmente ativos A, irregularmente ativos B e sedentários. A distribuição nestas categorias é feita através do cálculo do tempo dedicado a caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas (Anexo IV). Considera-se que apresenta uma prática regular de exercício físico os indivíduos classificados como muito ativos ou ativos no IPAQ.

O acesso aos registos clínicos dos doentes inquiridos permitiu apurar os valores das quatro últimas medições da TA, em mmHg, com um intervalo mínimo de três meses, abrangendo, assim, um período aproximado de um ano. Os valores da TA apurados foram medidos em consultório pelo médico ou enfermeiro do doente no âmbito do programa de vigilância da HTA em MGF. Foram definidos como doentes com HTA não controlada, os indivíduos que apresentavam, pelo menos, dois dos quatro valores registados de TA com PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg.

Crítérios de inclusão e recolha de dados

Os critérios de inclusão no estudo são: hipertensos de idade igual ou superior a 18 anos, medicados há, pelo menos, um ano e que deram o seu consentimento para a participação no

estudo (Anexo V). Os critérios de exclusão do estudo são: gravidez, iliteracia, menoridade e hipertensos medicados há menos de um ano.

Em Dezembro de 2014 foram distribuídos, no âmbito de pré-teste, 15 inquéritos. Neste seguimento, foram efetuadas alterações ao questionário inicial no sentido da melhor compreensão do mesmo e optou-se por ser a investigadora a aplicar os questionários em detrimento do autopreenchimento.

Os questionários foram aplicados entre 12 Janeiro e 13 de Março de 2015 no C. S. Norton de Matos, Coimbra, Portugal. Foram recolhidos 54 questionários, dos quais 49 válidos e 5 nulos, por não haver registo das medições de TA necessárias ao estudo.

Análise estatística

Os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico com o programa SPSS®, Statistical Package for the Social Sciences, versão 21, tendo sido utilizado o teste Chi-quadrado (χ^2) para a análise e definido como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

A avaliação e interpretação dos dados foram realizadas através de métodos de estatística descritiva e análise inferencial.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por $n = 56$ adultos hipertensos, predominantemente do género feminino (62,5%), de idade superior a 65 anos (66,7%), com excesso de peso (75,5% $IMC \geq 25$), a residir acompanhados (82,1%), com rendimento superior a 1000€ (44,6%) e cujo grau de escolaridade equivale ao ensino básico (53,6%).

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto à idade, peso, altura e IMC. A distribuição por género, faixa etária e estadios de IMC podem ser visualizados nos Gráficos 1, 2 e 3, respetivamente.

Tabela 1 - Análise descritiva da idade, peso, altura e IMC

	Média \pm dp	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	66,72 \pm 9,2	49	92
Peso (kg)	73,29 \pm 13,75	51,5	108,0
Altura (m)	1,62 \pm 0,09	1,49	1,80
IMC (kg/m ²)	27,80 \pm 4,77	19,76	48,65

Legenda: dp - desvio-padrão

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género

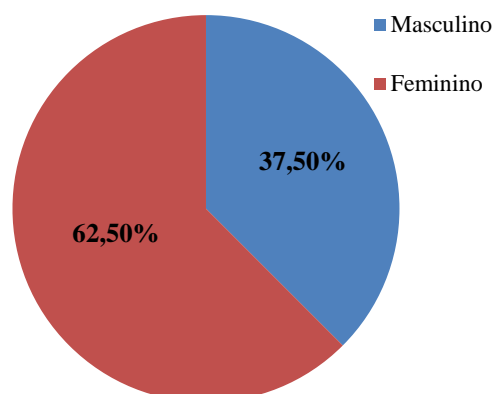


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo faixa etária

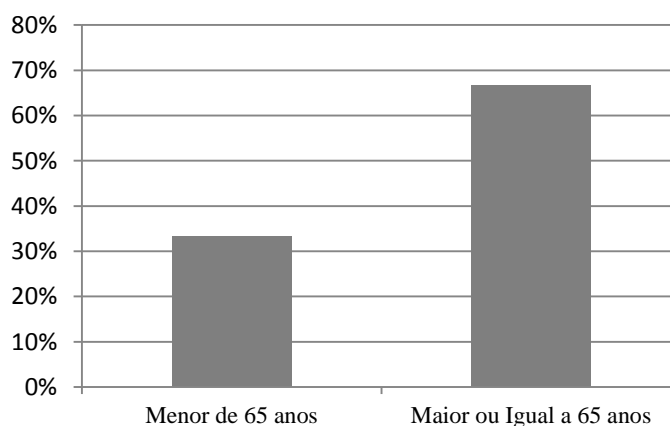
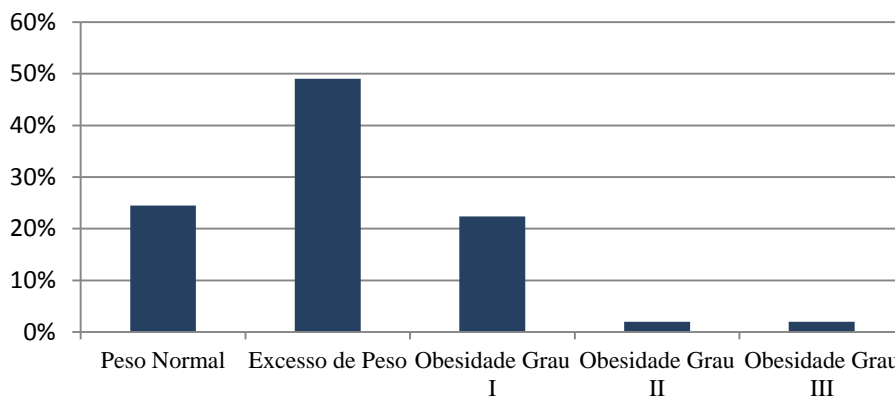
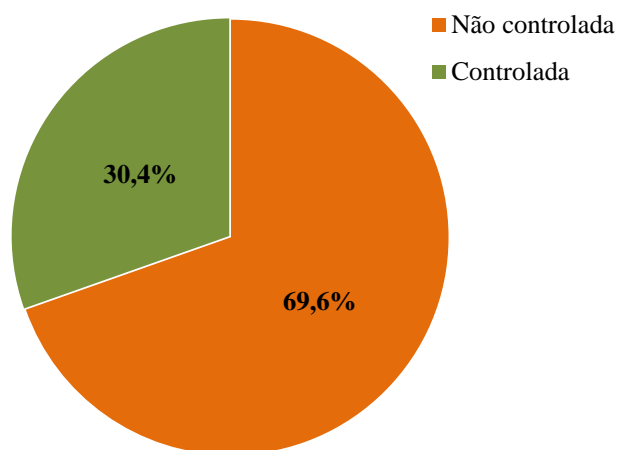


Gráfico 3 - Distribuição dos estadios de IMC na amostra



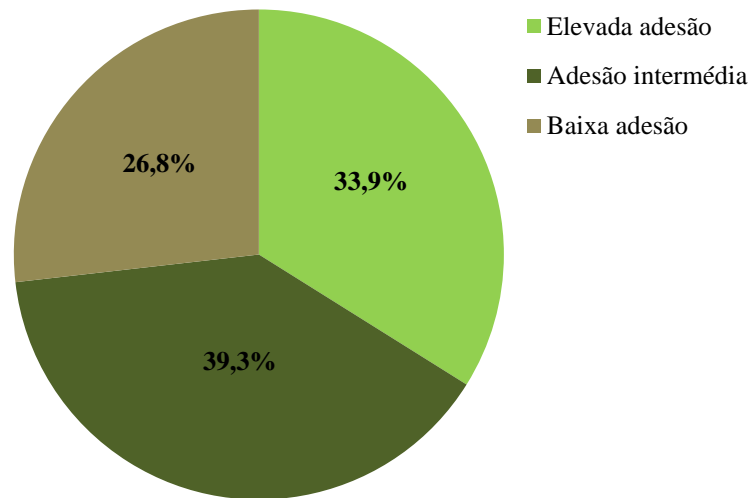
O Gráfico 4 apresenta-nos a proporção de HTAc na amostra, tendo-se verificado que a percentagem de HTAc era superior no género masculino (33,3%) comparativamente ao género feminino (28,6%), bem como na faixa etária inferior a 65 anos (44,4%) comparativamente aos indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos (25%). Estes resultados não foram, no entanto, estatisticamente significativos.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo o controlo da TA



A incidência dos diferentes patamares de adesão na nossa amostra encontra-se ilustrada no Gráfico 5, verificando-se uma predominância da não-adesão à terapêutica farmacológica com 66,1% dos inquiridos.

Gráfico 5 - Distribuição da adesão ao aHT na amostra



Analisando cada questão da MMAS-8 em particular, torna-se importante salientar que 35,7% dos inquiridos afirma esquecer-se por vezes de tomar o aHT; 28,6% refere não ter tomado o aHT pelo menos um dia nas últimas duas semanas e 25% declara esquecer-se às vezes de levar o aHT quando sai de casa ou viaja. Na questão de múltipla escolha, 48,2% diz nunca ter dificuldades em se lembrar de tomar o aHT, 30,4% quase nunca, 19,6% às vezes e 1,8% frequentemente.

Na interpretação do IPAQ observou-se que 5,5% dos indivíduos eram muito ativos, 50,9% ativos, 9,1% irregularmente ativos A, 21,8% irregularmente ativos B e 12,7% sedentários. Verificou-se, assim, que 56,4% dos indivíduos diz praticar exercício físico regular.

Relativamente à adesão às consultas de MGF 87% da amostra refere não faltar às consultas de seguimento e a maioria dos inquiridos (98,3%) afirma ter uma boa ou excelente relação com o seu médico-de-família.

Dizem compreender os perigos da HTA 94,6% dos indivíduos da amostra e 60% nega ter sintomatologia frequente associável à HTA (dor de cabeça/peito ou zumbidos). Dos inquiridos, 7,1% menciona ter recorrido ao serviço de urgências por problemas relacionados

com a HTA no último ano e 10,7% refere antecedentes pessoais de AVC ou EAM. A maioria dos indivíduos (89,3%) é polimedicado.

No que concerne aos hábitos alimentares, 46,4% usa quantidades de sal acima do recomendado⁷, sendo que 3,6% refere ter o saleiro na mesa e adicionar sal à comida depois de confeccionada; 8,9% dos inquiridos toma 3 ou mais cafés por dia e 27,3% consome bebidas alcoólicas acima da quantidade recomendada.⁶ A grande maioria dos inquiridos (91,1%) não é fumadora.⁶

Relativamente às situações que implicariam, para os inquiridos, a interrupção da medicação aHT: 28,6% diz não haver nenhuma situação em que isso ocorra, a não ser por esquecimento, 26,8% refere o acesso ao medicamento, 21,4% a aversão à toma de medicamentos, 14,3% o preço do medicamento, 5,4% a ausência de sintomatologia e 3,6% a presença de efeitos secundários.

Estudo da Adesão à Terapêutica Farmacológica da HTA

No estudo da adesão à terapêutica farmacológica com aHT (MMAS-8) encontrou-se correlações estatisticamente significativas na associação com a adesão às consultas de MGF ($p=0,026$) e com a situação de residência - sozinho ou acompanhado ($p=0,027$).

Conforme se pode observar na Tabela 2, verificou-se 100% de adesão às consultas de MGF entre os indivíduos de elevada adesão, 86,4% entre os indivíduos de adesão intermédia e 73,3% entre os indivíduos de baixa adesão. Dos inquiridos que afirmaram faltar às consultas de seguimento em MGF 57,1% são indivíduos de baixa adesão e 42,9% de adesão intermédia.

Tabela 2 - Correlação entre a adesão ao aHT e a adesão à consulta

			Faltas à consulta MGF		
			Sim	Não	Total
M M A S - 8	Elevada Adesão	Nº Obtido	0	19	19
		Nº Expectável	2,4	16,6	19,0
		%	0%	100%	100%
	Adesão Intermédia	Nº Obtido	3	19	22
		Nº Expectável	2,8	19,3	22,0
		%	13,6%	86,4%	100%
	Baixa Adesão	Nº Obtido	4	11	15
		Nº Expectável	1,9	13,1	15,0
		%	26,7%	73,3%	100%
	Total	Nº Obtido	7	49	56
Nº Expectável		7,0	47,0	56,0	
%		13%	87%	100%	

Relativamente à situação de residência, como se pode observar na tabela 3, 100% dos indivíduos de baixa adesão vive acompanhado. Nas categorias de adesão elevada e intermédia vivem mais indivíduos sozinhos do que seria expectável. Dos indivíduos que vivem sozinhos 60% tem adesão intermédia e 40% tem elevada adesão.

Tabela 3 - Correlação entre a adesão ao aHT e a situação de residência

			Reside		
			Sozinho	Acompanhado	Total
M M A S - 8	Elevada Adesão	Nº Obtido	4	15	19
		Nº Expectável	3,4	15,6	19,0
		%	21,1%	78,9%	100%
	Adesão Intermédia	Nº Obtido	6	16	22
		Nº Expectável	3,9	18,1	22,0
		%	27,3%	72,7%	100%
	Baixa Adesão	Nº Obtido	0	15	15
		Nº Expectável	2,7	12,3	15,0
		%	0%	100%	100%
Total		Nº Obtido	10	46	56
		Nº Expectável	10,0	46,0	56,0
		%	17,9%	82,1%	100%

Nas Tabelas 4 e 5 pode-se observar as correlações verificadas entre a escala de adesão ao medicamento (MMAS-8) e as variáveis género e faixa etária, não tendo obtido significância estatística.

Tabela 4 - Correlação entre a adesão ao aHT e o género

MMAS-8 Género	Elevada Adesão	Adesão Intermédia	Baixa adesão
Feminino	37,1%	31,4%	31,4%
Masculino	28,6%	52,4%	19%

Tabela 5 - Correlação entre a adesão ao aHT e a faixa etária

MMAS-8 Idade	Elevada Adesão	Adesão Intermédia	Baixa adesão
< 65 anos	33,3%	33,3%	33,3%
≥ 65 anos	33,3%	44,4%	22,2%

Na Tabela 6 observa-se as percentagens de adesão ao aHT segundo os diferentes graus de escolaridade e o rendimento mensal do inquirido, não se obteve significância estatística.

Tabela 6 - Correlação entre adesão ao aHT e escolaridade e rendimento mensal

	Ensino			Rendimento		
	Básico	Secundário	Superior	< 500€	500€ a 1000€	> 1000€
Elevada Adesão	52,6%	10,5%	36,8%	15,8%	42,1%	42,1%
Adesão Intermédia	54,5%	22,7%	22,7%	36,4%	18,2%	45,5%
Baixa Adesão	53,3%	6,7%	40%	33,3%	20%	46,7%

Estudo da Adesão à Terapêutica Não Farmacológica da HTA

No que concerne a adesão aos conselhos dietéticos relativos ao tratamento e controlo da HTA, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,034$) entre o consumo de sal e as faixas etárias dos indivíduos da amostra (Tabela 7), sendo que apresenta menor consumo de sal o grupo de indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos. Foi também estabelecida uma correlação significativa ($p=0,00$) entre o consumo de álcool e o género, sendo que os indivíduos do género masculino apresentam um maior consumo de álcool, conforme se pode confirmar na Tabela 8.

Tabela 7 - Consumo de sal por faixa etária

Idade \ Sal	< 5g por dia	> 5g por dia
	< 65 anos	33,3%
≥ 65 anos	63,9%	36,1%

Tabela 8 - Consumo de álcool por género

Álcool \ Género	Feminino	Masculino
	< 20 g por dia	80%
> 20g por dia	13,3%	86,7%

Verificou-se, igualmente, uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,021$) entre a adesão ao exercício e a compreensão dos perigos da HTA, conforme se pode observar na Tabela 9. A totalidade dos indivíduos que referem prática regular de exercício físico afirmam entender os perigos da HTA e 12,5% dos indivíduos irregularmente ativos ou sedentários afirmam não os compreender.

Tabela 9 - Relação entre a prática regular de atividade física e a compreensão dos perigos da HTA

IPAQ	Compreensão perigos HTA	
	Sim	Não
Muito ativo e ativo	100%	0%
Ativo irregular e sedentário	87,5%	12,5%

Adesão à terapêutica e o controlo da TA

No estudo da relação entre a adesão à terapêutica farmacológica aHT (MMAS-8) e controlo dos valores da TA não obtivemos significância estatística ($p=0,734$). Entre os indivíduos com HTA não controlada 35,9% são de elevada adesão, 35,9% de adesão intermédia e 28,2% de baixa adesão, ou seja, 64,1% dos inquiridos com HTA não controlada são não-aderentes. Nos indivíduos com HTAc 29,4% de elevada adesão, 47,1% são de adesão intermédia e 23,5% de baixa adesão, isto é, 70,6% são não-aderentes. No entanto, conforme se pode observar na tabela 10, na análise de comparação entre valores expectáveis e valores obtidos verifica-se que entre os indivíduos de baixa adesão o número obtido de casos de HTAc é inferior ao expectável e que o número de casos registados de HTA não controlada é superior ao expectável. Na adesão intermédia, os casos observados de HTAc são superiores ao expectável e os casos de HTA não controlada são inferiores ao expectável.

Tabela 10 - Relação entre adesão ao aHT e o controlo da TA

MMAS-8 \ HTA		Controlada	Não Controlada	Total
		Elevada Adesão	Nº Obtido Nº Expectável %	5 5,8 26,3%
Adesão Intermédia	Nº Obtido Nº Expectável %	8 6,7 36,4%	14 15,3 63,6%	22 22 100%
Baixa Adesão	Nº Obtido Nº Expectável %	4 4,6 26,7%	11 10,4 73,3%	15 15 100%
Total	Nº Obtido Nº Expectável %	17 17,0 30,4%	39 39,0 69,6%	56 56,0 100%

Quando estudadas as questões da escala MMAS-8 em particular e as situações identificadas pelos inquiridos como associadas à não-adesão ao tratamento farmacológico, nomeadamente o acesso ao medicamento, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa com o controlo da HTA.

Relativamente à relação entre a adesão ao exercício (IPAQ) e o controlo da TA não se obteve resultados estatisticamente significativos ($p=0,705$). Quer na HTAc (47,1%), quer na HTA não controlada (53,8%) a maioria dos indivíduos classifica-se como ativo. Contudo, conforme se pode observar na Tabela 11, a grande maioria dos indivíduos muito ativos apresenta HTAc, enquanto em todas as outras categorias de adesão ao exercício prevalece a HTA não controlada.

No que concerne as recomendações alimentares e a adesão à consulta de MGF, não foi encontrada qualquer correlação estatisticamente significativa com o controlo da TA.

Tabela 11 - Relação entre a adesão ao exercício e o controle da TA

HTA	Controlada	Não Controlada
Muito Ativo	66,7%	33,3%
Ativo	27,6%	72,4%
Irregularmente ativo A	40%	60%
Irregularmente ativo B	25%	75%
Sedentário	28,6%	71,4%
Total	30,4%	69,6%

DISCUSSÃO

Na literatura existente^{4,5} verifica-se que, em Portugal, a prevalência da HTA é de cerca de 42%, estando 39% dos hipertensos medicados com aHT e, desses, 28,9% apresentam HTAc. Estes estudos, bem como investigações realizadas noutros países^{3,9,13}, observaram que a percentagem de inquiridos com HTAc foi estatisticamente superior no género feminino e nos indivíduos mais jovens. Na nossa amostra foram obtidos resultados semelhantes relativamente à prevalência da HTAc (30,4%), bem como na sua distribuição por faixa etária, verificando-se que o controlo da HTA foi superior na faixa etária inferior a 65 anos (44,4%) comparativamente aos indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos (25%). Em oposição aos estudos referidos, na nossa amostra observou-se que a percentagem de HTAc foi superior no género masculino (33,3%) comparativamente ao género feminino (28,6%). Estes resultados não foram, contudo, estatisticamente significativos.

Relativamente à adesão à terapêutica farmacológica verificou-se o predomínio da adesão intermédia (39,3%), seguida pela elevada adesão (33,9%) e baixa adesão (26,8%). Observou-se, assim, que 33,9% dos inquiridos são aderentes à terapêutica farmacológica e 66,1% não-aderentes. Estes resultados traduzem-se em taxas de adesão ao aHT superiores ao encontrado na literatura existente, com valores de adesão inferiores a 20%.^{3,9}

Concluiu-se no nosso estudo, como já verificado em estudos anteriores^{9,14}, que não parece haver relação entre a adesão ao aHT e as características demográficas dos inquiridos, como género, idade ou nível socioeconómico.

Foi estatisticamente comprovado que os indivíduos aderentes às consultas de MGF apresentam, igualmente, maior adesão ao tratamento aHT e que estas se relacionam em proporção direta, tal como foi observado num estudo realizado no Brasil.¹³

Na literatura existente¹³ foi comparada a adesão ao tratamento aHT de acordo com o estado civil dos inquiridos, concluindo que indivíduos separados mostram menor adesão à

terapêutica do que casados, viúvos ou solteiros. No nosso estudo, considerámos mais relevante relacionar a adesão ao aHT com a condição de residência (sozinho/acompanhado) do inquirido, tendo-se comprovado que os indivíduos que residem sozinhos apresentam valores mais elevados de adesão ao aHT.

Apesar de a maioria dos inquiridos (56,4%) referir praticar exercício físico com regularidade, uma elevada percentagem mantém o consumo de sal (46,4%) e de bebidas alcoólicas (27,3%) acima do recomendado. Tal como foi verificado em estudos anteriores¹⁵, a reduzida adesão às recomendações dietéticas constitui um dos fatores mais importantes a alterar no tratamento da HTA.

Em Portugal não existem estudos correlacionais entre a adesão à terapêutica farmacológica aHT e o seu impacto no controlo dos valores tensionais. Na literatura existente sobre esta relação, Oliveira-Filho AD et al⁹ comprovaram, numa amostra de 223 hipertensos medicados, que o comportamento não-aderente diagnosticado pela aplicação da MMAS-8 era fator preditivo de valores elevados de PAS e PAD. No nosso estudo, não foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre a adesão ao aHT e o controlo da HTA, encontrando-se inclusive uma percentagem superior de indivíduos não-aderentes na HTAc. No entanto, na comparação de valores obtidos com valores expectáveis, parece identificar-se na nossa amostra uma relação entre a baixa adesão ao aHT e a ausência de controlo da HTA.

Apesar de, na literatura, a prática regular de exercício físico estar amplamente associada ao controlo dos valores de TA¹⁶ e consistir numa das recomendações terapêuticas da HTA⁶, não foi comprovada associação entre a adesão ao exercício e o controlo da HTA. O mesmo se verificou relativamente à adesão às recomendações dietéticas. Observou-se, no entanto, uma associação significativa entre a compreensão dos perigos da HTA e a prática regular de exercício físico.

Na nossa amostra a interrupção da toma da medicação relacionou-se maioritariamente com o esquecimento da toma (28,6%), seguido pelo acesso ao medicamento (26,8%), aversão à toma de medicamentos (21,4%), preço do medicamento (14,3%), ausência de sintomatologia (5,4%) e, por fim, a presença de efeitos secundários (3,6%). Não foi estabelecida correlação significativa entre os fatores de não-adesão mencionados pelos inquiridos e a respetiva ausência de controlo da HTA.

O estudo realizado poderá apresentar alguns vieses, nomeadamente viés de seleção, de informação e de falsa resposta ou não aceitação. Tendo em consideração o facto de os questionários terem sido aplicados num centro de saúde, o viés de seleção advém, por um lado, de a amostra ser presumivelmente constituída por uma população que frequentará com mais regularidade a consulta de MGF e, portanto, com uma maior preocupação relativa à sua saúde, resultando numa maior adesão à terapêutica. Por outro lado, o facto de se tratar de um estudo limitado à população hipertensa abrangida por um centro de saúde de um centro urbano condiciona a extrapolação dos resultados, uma vez que a amostra não é representativa da generalidade da população hipertensa.

Podem, também, verificar-se viés de informação e de falsa resposta, uma vez que o estudo teve por base a aplicação de um questionário, estando portanto dependente da veracidade da resposta dos inquiridos. Neste sentido, a adesão à terapêutica da HTA, farmacológica e não farmacológica, poderá estar sobrestimada.

A falta de significância estatística em algumas das relações estabelecidas, apesar da deteção de determinados padrões de comportamento ou tendências, poderá estar associada ao tamanho reduzido da amostra.

Verificam-se, assim, algumas limitações ao estudo que condicionam a extrapolação dos resultados obtidos para a população hipertensa em geral. Considera-se que, para a obtenção de conclusões de maior fiabilidade, dever-se-á realizar este estudo a uma maior escala, abrangendo

população urbana e rural, de diferentes regiões do país, e, idealmente, preferindo o autopreenchimento dos questionários, de forma a diminuir o viés de informação e falsa resposta.

CONCLUSÃO

Este estudo confirmou a prevalência elevada da HTA não controlada, bem como da não-adesão à terapêutica farmacológica e não-farmacológica.

Comprovou-se a existência de uma correlação entre a elevada adesão à consulta de MGF e a elevada adesão à terapêutica farmacológica, bem como entre a compreensão dos perigos da HTA e a prática regular de exercício físico.

Consideramos de maior interesse, para a sociedade em geral e para o doente hipertenso em particular, a realização de novas investigações de maior abrangência populacional, de modo a identificar com maior fiabilidade os fatores de não-adesão à terapêutica da HTA, e nestes intervir de modo a aumentar as taxas de adesão à terapêutica atualmente observadas.

Não foi identificada correlação significativa entre a adesão à terapêutica da HTA e o controlo da HTA. Novos e mais abrangentes estudos seriam essenciais na investigação do impacto da adesão terapêutica no controlo da HTA.

O médico de MGF desempenha um papel fundamental na consciencialização do doente hipertenso dos perigos da HTA, na motivação à adesão à terapêutica e na promoção da procura regular dos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Dr.^a Conceição Milheiro e ao Professor José Manuel Silva pela disponibilidade e orientação prestadas, fundamentais à elaboração deste estudo.

Agradeço, igualmente, à Dr.^a Olga Rego, Dr.^a Zélia Cerqueira e à minha colega e amiga, Filipa Nunes, pela colaboração na colheita de dados.

Gostaria, também, de agradecer ao Sr. Alberto Pinto e ao Laboratório de Bioestatística e Informática Médica pelo apoio no tratamento estatístico dos dados recolhidos no estudo.

Por fim, deixo um agradecimento especial à minha família pela paciência e disponibilidade incondicional que sempre manifestaram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saúde D-G de. Hipertensão Arterial: definição e classificação. *Norma da Direção Geral Saúde*. 2013:1-6.
2. Longo, Dan . Fauci ,Anthony . Kasper ,Dennis . Hauser S. JLLJ. Harrison Principios de Medicina Interna. In: *Harrison Principios de Medicina Interna*. Vol 18.; 2012:1761-1770.
3. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(1):58-65.
4. Macedo ME de, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*. 2007;(May 2006):21-39.
5. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalence and management of hypertension in primary care in Portugal. Insights from the VALSIM study. *Rev Port Cardiol*. 2009;28:499-523.
6. Saúde D-G de. Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. *Norma da Direção Geral Saúde*. 2004;2/DGCG:1-21.
7. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. 2012:1-56.
8. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF De. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):232-240.
9. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP de. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99:649-658.
10. Lee PH, Macfarlane DJ, Lam T, Stewart SM. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:115.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, et al. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUPO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2001;6:5-18.
12. De Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, de Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2013.

13. Carolina A, Godoy Q, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. 2013;11(16):331-337.
14. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-209.
15. Khan MS, Bawany FI, Mirza A, Hussain M, Khan A, Lashari MN. Frequency and Predictors of Non-compliance to Dietary Recommendations Among Hypertensive Patients. *J Community Health*. 2014;39(4):732-736.
16. Ribeiro F. Exercise training in the management of patients with resistant hypertension. *World J Cardiol*. 2015;7(2):47.

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

TESE COMISSÃO DE ÉTICA

Maria da Conceição Milheiro <conceicaomilheiro@gmail.com>
Para: Diana Falcão <dianamartinsfalcao@gmail.com>

8 de janeiro de 2015 às 14:06

Boa tarde

Não vejo qualquer problema em aceitar o pedido .
Necessito de previamente conhecer o questionário e a metodologia da sua aplicação.

Atenciosamente
Saudações Académicas

MªConceição Milheiro

No dia 7 de janeiro de 2015 às 13:04, Diana Falcão <dianamartinsfalcao@gmail.com> escreveu:

ANEXO II – PEDIDO DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS CENTRO

Comissão de Ética - “Estudo da adesão à terapêutica da hipertensão arterial e a sua preponderância no controlo da doença. Hierarquização dos factores que condicionam a não-adesão.”

Diana Falcão <dianamartinsfalcao@gmail.com>
Para: secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt

8 de janeiro de 2015 às 18:38

Exma. Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro,

Venho pelo presente requerer permissão da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para a realização da minha investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, no Centro de Saúde de Norton de Matos - Coimbra.


Começo assim por me apresentar, para depois descrever o conteúdo do estudo em causa. Chamo-me Diana Martins Falcão e frequento o 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Vou realizar no corrente ano lectivo, 2014/2015, a minha tese de mestrado com tema “Estudo da adesão à terapêutica da hipertensão arterial e a sua preponderância no controlo da doença. Hierarquização dos factores que condicionam a não-adesão.”. Para a efectuar pretendo realizar questionários que permitam avaliar a adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica da HTA, esclarecer qual o seu impacto no controlo da doença, caracterizando também os factores de não-adesão mais comuns. Os questionários devem ser preenchidos nas consultas de seguimento no Centro de Saúde de Norton de Matos - Coimbra, pelos doentes hipertensos de idade superior a 18 anos, medicados desde há, pelo menos, 1 ano.


Em anexo segue o formulário da CE, o questionário em causa e o projeto do consentimento informado, bem como o meu *Curriculum Vitae*.


Agradeço desde já a atenção dispensada, aguardando por uma resposta célere e favorável.


Cordialmente,
Diana Falcão - aluna do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

4 anexos

 CV Falcão, Diana.pdf
1285K

 Consentimento informado.pdf
346K

 Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Guardado automaticamente).pdf
137K

 Questionário.pdf
437K

ANEXO III – QUESTIONÁRIO

Responda a **todas** as questões, assinalando com uma cruz ou escrevendo nos espaços _____.

Género: Masculino

Feminino

Idade: _____ anos

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m (Ex: 1,67 m)

Reside: Sozinho

Acompanhado

Escolaridade/Habilitações literárias: _____

Qual o seu rendimento mensal?

menos de 500€

500 a 1000 €

mais de 1000 €

Quantas refeições faz por dia? _____

Quantos litros de água bebe por dia? menos de 1 L 1 a 2 L mais de 2 L

Que quantidade de sal adiciona à comida? < 1 colher de chá > de 1 colher de chá

Adiciona sal à comida depois de pronta?

Sim

Não

Qual a quantidade de bebida(s) alcoólica(s) que consome diariamente?

Ex: 2 copos; 1 garrafa; 1 L.

Vinho _____

Cerveja _____

Aperitivos _____

Digestivos _____

Não consumo

É fumador? Sim

Não

Quantos cafés toma por dia? Nenhum

1 ou 2

3 ou mais

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física, forma curta

1a) Em quantos dias da última semana, caminhou pelo menos 10 minutos seguidos? _____ dias

1b) Nos dias em que caminhou pelo menos 10 minutos seguidos. Quanto tempo no total gastou a caminhar por dia? horas: _____ minutos: _____

2a) Em quantos dias da última semana, realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos seguidos (aspirar, cuidar do jardim ou outra atividade que aumentou um pouco a sua respiração ou batimentos do coração; NÃO INCLUI caminhadas.)? _____ dias por SEMANA

2b) Nos dias em que fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos seguidos. Quanto tempo no total gastou a fazer essas atividades por dia? horas: ____ minutos: ____

3a) Em quantos dias da última semana, realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos seguidos (correr ou qualquer atividade que fez aumentar muito a sua respiração ou batimentos do coração)? ____ dias por SEMANA

3b) Nos dias em que fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos seguidos quanto tempo no total gastou fazendo essas atividades por dia? horas: ____ minutos: ____

4a) Quanto tempo no total passa **sentado** durante um dia da semana? horas: ____ minutos: ____

4b) E durante um dia do fim-de-semana? horas: ____ minutos: ____

MMAS-8 - Responda às seguintes questões assinalando com

1) Às vezes **esquece-se** de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) da tensão? Sim Não

2) Nas **duas últimas semanas**, houve algum dia em que **não tomou** o(s) seu(s) medicamento(s) da tensão? Sim Não

3) Já **parou** de tomar ou diminui a dose do(s) seu(s) medicamento(s) da tensão **sem avisar** o médico, porque se sentia **pior** quando tomava? Sim Não

4) Quando **viaja ou sai** de casa, às vezes **esquece-se** de tomar o(s) seu(s) medicamento(s) da tensão? Sim Não

5) Tomou o(s) seu(s) medicamento(s) para a hipertensão **ontem**? Sim Não

6) Quando sente que a sua tensão está controlada, às vezes **pára** de tomar o(s) medicamento(s)? Sim Não

7) Já se sentiu **incomodado/angustiado** por seguir corretamente o seu tratamento para a hipertensão? Sim Não

8) Com que frequência tem **dificuldades em se lembrar** de tomar a medicação para a tensão?
 Nunca Quase Nunca Às Vezes Frequentemente Sempre

Das afirmações seguintes, escolha as 3 afirmações com que mais se identifica numerando com 1, 2, 3 ou, se for o caso, escreva “nenhum”.

Situações que o fariam **não tomar** um dos medicamentos para a tensão; **“saltar”** tomas do medicamento ou parar o tratamento, **mesmo que apenas por uns dias.**

- “Tomo muitos medicamentos e este é o que me faz menos falta.”
- “O medicamento é caro.”
- “Não me dou bem **com** o medicamento.”
- “Não gosto de tomar medicamentos.”
- “Sinto-me bem **sem** o medicamento.”
- “O medicamento acabou e a farmácia é longe ou já fechou.”
- “Tenho de tomar muitas vezes ao dia.”
- “São muitos medicamentos para a mesma coisa.”

Como classifica a relação com o seu médico de família.

- muito má má intermédia boa excelente

Faltou a alguma consulta de seguimento da hipertensão? Sim Não

Entende os perigos da hipertensão arterial (tensão alta)? Sim Não

Tem frequentemente dores de cabeça/peito ou zumbidos? Sim Não

Procurou um hospital por problemas da tensão no último ano? Sim Não

Já teve algum AVC ou Enfarte? Sim Não

Toma mais alguma medicação diariamente (além da tensão arterial)? Sim Não

Ao Médico Assistente

Por favor, registe as **últimas** 4 medições da TA, em, mmHG, **com intervalo mínimo de 3 meses.**

____ / ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ / ____

ANEXO IV – CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O IPAQ

Muito Ativo

- a) Atividade vigorosa ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão; **ou**
- b) Atividade vigorosa ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + atividade moderada e/ou caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão.

Ativo

- a) Atividade vigorosa ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão; **ou**
- b) Atividade moderada ou caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão; **ou**
- c) Qualquer atividade somada ≥ 5 dias e ≥ 150 minutos na semana.

Irregularmente Ativo: o indivíduo que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo. Este grupo foi subdividido em 2 grupos:

- Irregularmente Ativo A: frequência ≥ 5 dias **ou** duração ≥ 150 minutos na semana.
- Irregularmente Ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação acima, quanto à frequência ou duração.

Sedentário: aquele que não realizou nenhuma atividade física por, pelo menos, 10 minutos contínuos durante a semana.

ANEXO V – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, Diana Martins Falcão, aluna do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a realizar uma tese de mestrado subordinada ao tema: **“Estudo da adesão à terapêutica da hipertensão arterial. Impacto no controlo da doença.”**, orientado por Dr.^a Conceição Milheiro e Professor Dr. José Manuel Silva, venho solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária, não recebendo qualquer benefício direto ou indireto pela sua contribuição, podendo desistir a qualquer momento sem que, por isso, venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde Norton de Matos. Informo ainda, que todos os dados recolhidos são confidenciais e usados unicamente para fins científicos.

Agradecemos a sua importante colaboração e mostramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento. Por favor, responda de modo sincero, pois o mesmo é confidencial e anónimo.

A investigadora,

Diana Martins Falcão - telefone nº 915151777

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar no estudo.
