



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Mariana Agostinho Anacleto

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Estratégias de Intervenção para Melhorar a Adesão à Terapêutica Anti-hipertensora” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Ana Gabriela Pires Mota Falé, da Dra. Ana Filipa Talhadas Cardoso e da Professora Doutora Margarida Castel-Branco e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2018

Mariana Agostinho Anacleto

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Estratégias de Intervenção para Melhorar a Adesão à Terapêutica Anti-hipertensora” referente à Unidade Curricular “Estágio”, sob orientação, da Dr.^a Ana Gabriela Pires Mota Falé, da Dr.^a Ana Filipa Talhadas Cardoso e da Professora Doutora Margarida Castel-Branco e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Mariana Agostinho Anacleto, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2013126292, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Estratégias de Intervenção para Melhorar a Adesão à Terapêutica Anti-hipertensora” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 6 de setembro de 2018.



(Mariana Agostinho Anacleto)

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu avô, que uniram esforços para que eu pudesse integrar a mais nobre universidade portuguesa, vivenciando os melhores anos da minha vida;

Ao meu irmão, que segurou sempre a minha mão nos momentos críticos e me deu o apoio e o abraço necessário nas horas mais difíceis;

À minha avó, que mesmo não estando presente tem sido desde pequena a minha força e sei que, onde quer que esteja, festeja comigo esta vitória;

Ao Rui, pelo carinho, amor e principalmente amizade, por ser o meu braço direito ao longo deste último ano, acreditando em mim sempre que eu não o conseguia;

Às minhas melhores amigas, Daniela, Inês e Carolina, presentes desde sempre e que continuam a partilhar todas as minhas vitórias, estando sempre lá para mim;

À Mariana, companheira de todas as horas nesta cidade, que continuemos a caminhar juntas e que o futuro não separe o que Coimbra uniu;

Às minhas afilhadas, Rita, Catarina e Matilde, grandes amigas que a praxe me deu, que partilharam comigo os momentos mais marcantes desta cidade e que possam ser tão felizes aqui como eu fui. Como alguém me disse “a balada da despedida são vocês”;

À Professora Doutora Margarida Castel-Branco, por me ter dado a oportunidade de ser minha orientadora e ter partilhado esta caminhada comigo. Pelas palavras certas nos momentos certos e pelo apoio incondicional. Um grande obrigado;

À Dr.ª Gabriela e toda a sua equipa, um grande obrigado pelo carinho com que me acolheram e pelas aprendizagens e valores que me transmitiram ao longo do meu estágio;

À equipa da do Hospital CUF Descobertas, pela oportunidade e pelo apoio durante todo o estágio;

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, por ter sido a minha segunda casa durante estes 5 anos, pelos ensinamentos transmitidos e pelos amigos que levo desta casa e que caminharam comigo lado a lado nesta etapa tão importante da minha vida. Obrigado.

Índice

Parte I - Relatório de Estágio Curricular em Farmácia Comunitária	1
Abreviaturas	2
1. Introdução	3
2. A Farmácia Quinta das Flores	3
3. Análise SWOT	4
3.1. Pontos Fortes	4
3.1.1. Integração na equipa e interajuda.....	4
3.1.2. Organização e divisão de tarefas	4
3.1.3. Controlo de prazos de validade.....	4
3.1.4. Gestão de lineares e gôndolas	5
3.1.5. Sistema informático: Sifarma 2000®	5
3.1.6. Serviços farmacêuticos diferenciados e dieta EasySlim®	6
3.1.7. Cartão Saúde e Farmácias Portuguesas.....	6
3.2. Pontos Fracos	7
3.2.1. Falta de recursos humanos	7
3.2.2. Compras desadequadas	7
3.2.3. Medicamentos manipulados	7
3.2.4. Adequação do MICF ao sector comunitário.....	8
3.3. Oportunidades	8
3.3.1. Formação contínua	8
3.3.2. Avaliação de desempenho	8
3.3.3. Contacto direto com o público e aconselhamento farmacêutico.....	8
3.3.4. Receita eletrónica desmaterializada	9
3.4. Ameaças.....	10
3.4.1. Situação atual da profissão	10
3.4.2. Estabelecimentos de venda de MNSRM.....	10
3.4.3. Medicamentos e dispositivos médicos esgotados.....	11
3.4.4. Crenças relativamente aos medicamentos genéricos	11
4. Conclusão	12
5. Bibliografia	13

Parte II - Relatório de Estágio Curricular em Farmácia Hospitalar	14
Índice de tabelas	15
Abreviaturas	16
1. Introdução	17
2. Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Descobertas	17
3. Análise SWOT	18
3.1. Pontos Fortes	18
3.1.1. Plano de estágio diversificado.....	18
3.1.2. Comunicação entre os profissionais de saúde.....	18
3.1.3. <i>Kaizen</i> [®] <i>Institute</i>	19
3.1.4. Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos.....	19
3.1.5. Oncologia: validação de protocolos e preparação de citotóxicos	20
3.2. Pontos Fracos	21
3.2.1. Tempo de estágio reduzido	21
3.2.2. Pouca adequação do MIFC ao sector hospitalar.....	21
3.2.3. Falta de recursos e urgência em oncologia	22
3.2.4. Serviço ambulatório do HCIS.....	22
3.3. Oportunidades	22
3.3.1. Autoaprendizagem e aquisição de novos conhecimentos	22
3.3.2. Controlo e gestão de risco e prazos de validade	23
3.3.3. Casos clínicos e validação.....	23
3.3.4. Preparações galénicas estéreis e não estéreis	24
3.3.5. Hospital de dia do HCIS	24
3.4. Ameaças.....	25
3.4.1. Falta de farmacêuticos e técnicos de farmácia.....	25
3.4.2. Distanciamento do doente.....	25
4. Conclusão	26
5. Bibliografia	27

Parte III - Estratégias de intervenção para melhorar a adesão à terapêutica anti-hipertensora	28
Resumo	29
<i>Abstract</i>	30
Índice de figuras e tabelas	31
Abreviaturas	32
I. Abordagem teórica	33
1. A hipertensão arterial: prevalência, conceito e controlo	33
2. A adesão à terapêutica anti-hipertensora	35
2.1. Adesão: conceito multidimensional	35
2.1.1. Fatores socioeconómicos	36
2.1.2. Fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde	36
2.1.3. Fatores relacionados com a doença	37
2.1.4. Fatores relacionados com a terapêutica	37
2.1.5. Fatores relacionados com o doente	37
2.2. Classificação da não adesão	38
2.3. Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensora	39
2.3.1. Métodos diretos	39
2.3.2. Métodos indiretos	39
2.3.2.1. Questionário MUAH como ferramenta.....	41
2.4. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica	45
2.4.1. Intervenções educacionais.....	46
2.4.2. Intervenções comportamentais	47
2.4.3. Intervenções socioeconómicas	50
2.4.4. Intervenções combinadas	51
II. Projeto de Investigação: Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos	52
I. Objetivo	52
2. Material e métodos.....	52
2.1. Amostra	52
2.2. Questionários	52
2.3. Procedimento	53

2.4. Análise dos dados	53
3. Resultados	53
3.1. Características sociodemográficas da amostra.....	53
3.2. Terapêutica e controlo da HTA na amostra	54
3.3. Questionário MUAH.....	54
3.4. Influência dos fatores sociodemográficos no grau de adesão	56
3.5. Influência do grau de adesão no controlo da doença	57
4. Discussão	58
4.1. Dimensão D1	58
4.2. Dimensão D2	59
4.3. Dimensão D3	59
4.4. Dimensão D4.....	60
4.5. Estratégias.....	60
5. Conclusão	61
III. Bibliografia	63
Parte IV - Anexos	67
A. Plano de avaliação de desempenho	68
B. Protocolo de farmacovigilância do Olaratumab.....	70
C. Parecer Comissão de Ética	73
D. Formulário consentimento informado	74
E. Questionários.....	77

Parte I

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Farmácia Quinta das Flores

março - junho de 2018

Abreviaturas

FC – Farmácia comunitária

FQF – Farmácia Quinta das Flores

MG – Medicamento genérico

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

RCM – Resumo das características do medicamento

RSP – Receita sem papel

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

I. Introdução

A grande fração do estágio curricular no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) é orientado para a farmácia comunitária (FC). Neste sector, o farmacêutico comunitário apresenta-se numa posição privilegiada pela sua proximidade com o doente, contribuindo no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas relativas à medicação e gestão da terapêutica, administração de medicamentos, determinação de parâmetros e deteção precoce de certas doenças, assim como na promoção de estilos de vida mais saudáveis e do uso responsável do medicamento.¹

O local escolhido para o meu estágio curricular em FC foi a Farmácia Quinta das Flores (FQF), em Massamá. A Dr.^a Ana Gabriela Pires Mota Falé teve a amabilidade de me acolher na sua equipa no período decorrido entre 5 de março e 22 de junho de 2018, sob sua orientação.

Na prática, o meu estágio decorreu em três etapas contínuas: numa fase inicial envolvendo o trabalho desenvolvido em *back office*, como a entrada de encomendas, o armazenamento e a gestão de encomendas, psicotrópicos e validades; a segunda fase de transição, na qual se desenrolou a aprendizagem do trabalho de balcão e o contacto com o público; finalmente o atendimento ao público de forma independente, integrando na sua plenitude a equipa.

Com vista a melhoria continua e análise crítica do meu período de estágio, encontra-se descrito neste relatório os pontos fortes (*strengths*), os pontos fracos (*weaknesses*), as oportunidades (*opportunities*) e as ameaças (*threats*) encontrados no decorrer das atividades desempenhadas, sob a forma de análise SWOT.

2. A Farmácia Quinta das Flores

A Farmácia Quinta das Flores, localiza-se em Massamá e iniciou a sua atividade a 13 de outubro de 2003. Hoje, com quase 15 anos de serviço à comunidade, continua a ser a preferência dos seus utentes, pelo ambiente familiar e profissional, mas também pelos profissionais que os recebem todos os dias, estabelecendo relações de confiança e credibilidade.

A equipa da FQF é constituída pela Dr.^a Gabriela Falé, farmacêutica e diretora técnica, pela Dr.^a Carla Ventura e pelo Dr. Pedro Vaz, também eles farmacêuticos e ainda por duas técnicas de farmácia, a Técnica Filipa Pita e a Técnica Marina Cabaço. Esta equipa trabalha diariamente das 9h às 20h, com exceção dos sábados (9h às 19h) e domingos (fechada).

A farmácia integra o grupo ADDO Pharm, o qual é composto por várias farmácias a nível nacional que partilham os mesmos interesses e ideias, com benefícios na aquisição de produtos e medicamentos.

3. Análise SWOT

3.1. Pontos Fortes

3.1.1. Integração na equipa e interajuda

Desde o primeiro dia que me senti acolhida e acompanhada por todos os membros da equipa. Sempre prestáveis e incansáveis a ajudar e responder às minhas dúvidas, incentivando-me a desenvolver as minhas capacidades, colmatar lacunas a nível de conhecimento e acima de tudo a acreditar em mim e no meu potencial.

A equipa foi sem dúvida um dos principais pontos positivos deste estágio, pois foi graças a estes profissionais que evolui pessoalmente e profissionalmente, surpreendendo-me a mim mesma com a minha evolução.

3.1.2. Organização e divisão de tarefas

A farmácia encontrava-se dividida em zonas específicas e sequenciais que conferiam um circuito lógico desde a entrada do medicamento até à sua venda, conferindo fluidez a todo este processo.

Além disso, para aumentar o dinamismo e a organização da farmácia, cada profissional estava encarregue de tarefas específicas, como a verificação de psicotrópicos, controlo e registo de temperatura e humidade, organização de lineares, receituário, entre outras.

Mais ainda, visto que a farmácia possuía uma elevada gama de laboratórios de dermocosmética com que trabalhava, cada profissional era responsável por pelo menos um. Assim, as reuniões, compras, formações e outros aspetos referentes a cada laboratório era tratado diretamente com o responsável, sob consulta da diretora técnica.

3.1.3. Controlo de prazos de validade

A política da farmácia consistia na venda de medicamentos segundo a regra *First In, First Out*, ou seja, na venda daqueles cujos prazos de validade são mais curtos em primeiro lugar.

Além da verificação e registo do prazo de validade de todos os medicamentos que chegam à farmácia, mensalmente são verificados os prazos de validade e colocados de parte medicamentos e produtos de saúde que terminem em 3 meses (90 dias). Com exceção das

tiras de medição da glicémia capilar são devolvidas apenas 3 dias antes de acabar o prazo de validade.

Os produtos de saúde e cosméticos retirados dos lineares, cuja validade termina em 90 dias, são colocados numa zona de promoções durante 30 dias, retirando-se ao preço a margem de lucro, de modo a tentar recuperar o dinheiro investido, avisando sempre o utente do porquê de estar em promoção.

Esta verificação é também uma forma de contagem e controlo de *stocks*, com posterior correção no Sifarma 2000®.

3.1.4. Gestão de lineares e gôndolas

A FC é considerada um negócio, sendo de extrema importância o marketing farmacêutico. O impacto visual do produto, conhecer as zonas quentes (mais visíveis) e as zonas frias (menos visíveis) da farmácia, a disposição dos produtos nos lineares e a utilização de materiais de promoção são aspetos a ter em conta na organização da farmácia de modo a aumentar as vendas e incentivar à compra.

Ao longo de todo o estágio, pude colaborar na organização dos lineares, gôndolas e montras, com o objetivo de aumentar a visibilidade dos diferentes produtos e a sua rotatividade. Particularmente na gôndola referente aos solares, em que uma das marcas estava numa zona menos visível e ao sugerir rodar os produtos teve maior impacto.

Por outro lado, a gôndola da 'farmácia à antiga' foi colocada num local mais escondido, pois os produtos tinham sempre procura, como as pastas dentífricas Couto.

3.1.5. Sistema informático: Sifarma 2000®

O sistema informático que era objeto de trabalho na FQF era o Sifarma 2000®. Esta ferramenta permite toda a gestão da farmácia, assim como o atendimento ao público e fornecer informação científica ao farmacêutico sobre os diversos medicamentos (conselhos de utilização, posologia, contraindicações) para um melhor aconselhamento.

A sua utilização é de fácil e rápida adaptação, sendo uma mais valia para o profissional em FC, uma vez que é também possível criar fichas de utentes e ter acesso ao seu histórico de vendas. Assim, é possível consultar quais os medicamentos que o doente toma, controlando de certa forma a adesão e o bom uso do medicamento.

A sua utilização na dispensa também evita erros na cedência de medicamentos com embalagens secundárias semelhantes, através da dupla verificação que avisa o profissional se o medicamento está ou não presente no ato da venda.

3.1.6. Serviços farmacêuticos diferenciados e Dieta EasySlim®

As instalações da farmácia eram providas de dois gabinetes: um gabinete de atendimento personalizado e um gabinete destinado a consultas de nutrição.

Os diversos serviços fornecidos na FC ajudavam no controlo da saúde e bem-estar do utente. Tive a possibilidade de fazer medições de parâmetros bioquímicos (glicémia, colesterol total, triglicéridos), controlo da pressão arterial e pulsação, testes de gravidez e pesagem de bebés. Nesta FC também é possível a administração de vacinas e injetáveis.

A FQF implementou no último período de estágio a Dieta EasySlim® pela procura dos utentes e devido aos seus resultados comprovados. Antes da sua implementação, foi fornecida uma formação na qual foi explicado o funcionamento da dieta e alguns dos produtos. Na Dieta EasySlim® o utente é acompanhado semanalmente pela nutricionista. Esta dieta é constituída por três fases diferentes: uma fase inicial com restrição de hidratos de carbono e de emagrecimento acelerado; na segunda fase de emagrecimento continuado há a reintrodução de certos alimentos; a última fase mantém-se por tempo indeterminado e há reeducação alimentar.²

A diversidade de serviços existente na FC alarga o papel do farmacêutico além da dispensa de medicamentos ao público, garantindo uma maior afluência de utentes com aumento dos lucros, principalmente a nível dos produtos dietéticos usados na dieta.

3.1.7. Cartão Saúde e Farmácias Portuguesas

A utilização deste cartão é comum a várias farmácias portuguesas. O seu principal benefício é a acumulação de pontos na ida à farmácia que posteriormente podem ser trocados por serviços, produtos ou mesmo por descontos monetários no total da venda.

O cartão possui um catálogo de produtos nos quais se pode efetuar o rebate dos pontos acumulados, fazendo de certa forma concorrência à *Wells* que funciona com o cartão continente.

Este cartão permite também o rápido acesso aos dados do utente a quem pertence, agilizando o processo de venda.

3.2. Pontos Fracos

3.2.1. Falta de recursos humanos

Quando iniciei o estágio em FC a equipa tinha ficado recentemente desfalcada com a saída de dois profissionais recentemente, passando de uma equipa constituída por 7 pessoas, para apenas 5. O facto da farmácia ter uma grande afluência de utentes e no fundo só 4 profissionais atenderem ao balcão, atrasou numa fase inicial a minha evolução e a passagem para o atendimento ao público.

No entanto, acabei por dar a volta à situação aproveitando horários mais calmos para ir observando os atendimentos e em horários mais caóticos dava entrada de encomendas, arrumava os medicamentos rececionados, aproveitando para decorar os locais, nomes de marca e rever a sua indicação terapêutica.

3.2.2. Compras desadequadas

Muitas das vezes a farmácia adquiria produtos por ter um bom desconto, traduzindo-se na aquisição de quantidades elevadas ou produtos com pouca saída. Considerei este aspeto como um ponto negativo no sentido em que a maioria dos produtos era perfeitamente substituível por outros presentes na farmácia e, possuindo na sua maioria prazo de validade, era um risco. Um dos casos ocorreu com os produtos Elancyl, os quais nestes quatro meses tiveram baixa rotatividade, ocupando espaços que poderiam ser utilizados para potenciar outros produtos mais interessantes.

Assim, a compra de qualquer produto deve ser avaliada quanto à sua procura e compra, analisando os prós e os contras da sua aquisição, devendo esta ser feita na quantidade adequada de modo a rentabilizar o espaço da FC.

3.2.3. Medicamentos manipulados

Apesar da FC possuir uma área destinada ao laboratório, a produção de medicamentos manipulados era quase inexistente, destinando-se maioritariamente à reconstituição de antibióticos.

Durante a fase final do estágio surgiu a preparação de dois manipulados, aos quais não pude assistir por haver profissionais em períodos de férias e a sua realização ter sido em períodos movimentados, não podendo dispensar a minha presença no atendimento.

3.2.4. Adequação do MICF ao sector comunitário

Apesar dos conteúdos abordados durante o MICF culminarem em conhecimentos base para o desenvolvimento da atividade do farmacêutico comunitário, considero insuficiente. Senti falta da existência de uma disciplina que me ajudasse a organizar ideias e desenvolver o aconselhamento farmacêutico no ato do atendimento, de modo a gerar confiança no que estamos a transmitir ao utente.

3.3. Oportunidades

3.3.1. Formação contínua

Atualmente, a oferta em farmácia comunitária vai muito além do simples medicamento, existindo uma panóplia de laboratórios, gamas e produtos de dermocosmética e saúde.

Durante o período de estágio, a Dr.^a Gabriela Falé inscreveu-me em diversas formações importantes para o meu desempenho no aconselhamento do doente. Tive a oportunidade de participar em formações realizadas pelos delegados na própria farmácia, mas também fora desta. A dermocosmética, higiene oral e suplementação foram os principais temas das formações em que participei, ajudando-me a dar um aconselhamento mais personalizado e específico a cada doente e a seleccionar os produtos que mais se adequam a cada situação.

3.3.2. Avaliação de desempenho

A FQF define vários objetivos a atingir mensalmente, quer internamente, quer por pertencer ao grupo ADDO Pharm e integrar as Farmácias Portuguesas.

Os profissionais que integram a equipa são então avaliados tendo em conta os objetivos definidos, de modo a melhorar o nível de vendas, mas também a avaliar o seu desempenho e melhorá-lo, definindo estratégias de melhoria pessoal.

Com a equipa reduzida, tive a oportunidade de integrar por um mês este processo de avaliação, considerando como uma oportunidade no sentido em que vemos a nossa evolução e nos estimula a definir métodos de venda para alcançar objetivos do negócio, sem nunca colocar em causa o bem-estar e possibilidades financeiras do utente. (Anexo A)

3.3.3. Contacto direto com o público e aconselhamento farmacêutico

O contacto direto com o público é desafiante e ao mesmo tempo uma oportunidade de atuação do farmacêutico. Foi a fase do estágio mais marcante e em que mais aprendi, sem descurar as restantes fases.

Todo o processo de venda desde que o doente entra na farmácia até à venda deve ser ponderada, estando atentos à pessoa que temos à frente e à situação que nos apresenta. É um momento importante de revisão de medicação, de perguntar como tem andado, se a doença está controlada ou não, quando é a próxima consulta e ao mesmo tempo dar conselhos sobre a utilização dos medicamentos e alertar para a importância de mudanças no estilo de vida.

Durante todo este processo deve ser mantida a calma, o espírito crítico e transmitir confiança e credibilidade, repetindo as vezes que forem necessárias e procurando encontrar a melhor abordagem a ter adequando-a ao utente.

Durante o meu estágio surgiu uma situação em que um cliente habitual se dirigiu ao meu balcão de atendimento e me pediu venda suspensa do Xanax[®] 0,5 mg de libertação modificada. Dada a situação e o medicamento, fui rever o historial do doente e deparei-me que o doente me estava a pedir uma dose superior e forma farmacêutica diferente. Com isto, perguntei ao doente o porquê daquela alteração, se tinha sido o médico a aconselhar, entre outras perguntas pertinentes, tentando arranjar uma justificação para aquele pedido. O utente não levou de bom grado a pergunta, nem a minha recusa da venda acompanhada da justificação do porquê. Foi uma situação em que manter o espírito crítico e a calma foi essencial.

Outra situação em que ouvir o doente foi essencial foi na identificação de uma possível reação adversa ao medicamento (RAM). Uma senhora asmática foi medir a pressão arterial várias vezes à FQF levando consigo o seu livro de registo. Ao olhar para os registos anteriores e depois de confrontar com a medição nesse dia, questionei-a se sentia algum tipo de sintomas, se andava nervosa ou se era hipertensa, pois os valores rondavam os 180/100 mmHg. Sendo a resposta negativa às perguntas anteriores, aconselhei-a a marcar uma consulta médica. Posteriormente a utente voltou à farmácia com captopril 25 mg queixando-se de tosse seca e irritativa com agravamento da falta de ar, aconselhei novamente a senhora a dirigir-se ao médico e referir os sintomas, de modo a alterar o anti-hipertensor.

As situações mais comuns que me foram surgindo eram referentes às pediculoses em crianças, pele atópica, hemorroidas e proteção solar.

3.3.4. Receita eletrónica desmaterializada

A receita sem papel (RSP) ou desmaterializada foi uma das melhorias mais importantes a nível da farmácia comunitária. Deixando para trás a receita manual de difícil leitura e passando para o formato informático em que há um acesso simplificado à prescrição médica e a dados

específico desta (nome do doente e do médico prescritor, quantidade de medicamentos, medicamentos expirados e não adquiridos, validade da receita).

Através do Sifarma 2000[®] conseguimos evitar erros de dispensa uma vez que ao seleccionar o medicamento pretendido da prescrição, só aparece as opções consideradas elegíveis à dispensa. Além de rentabilizar o tempo de atendimento e evitar o uso de papel, estando também disponível no telemóvel através dos códigos de acesso e opção.

3.4. Ameaças

3.4.1. Situação atual da profissão

Atualmente é visível uma melhoria da situação do país, no entanto a profissão do farmacêutico comunitário continua a encontrar-se ameaçada a nível de contratação e remuneração salarial.

A preferência por técnicos de farmácia, em detrimento dos farmacêuticos, é algo que se tem agravado nos últimos tempos. Esta preferência é explicada pela necessidade de uma redução da folha salarial das farmácias, que despoletou também na diminuição dos salários dos farmacêuticos em geral, principalmente daqueles que ainda procuram emprego.

A elevada quantidade de mão-de-obra disponível, contribui também ativamente para esta descida nos salários praticados, resultado da lei da oferta e da procura.

3.4.2. Estabelecimentos de venda de MNSRM

Temos vindo a assistir a uma desresponsabilização do ato de venda e toma de medicamentos, com o emergir de espaços destinados à venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

O acesso livre aos MNSRM em qualquer parafarmácia, hipermercado, ou mais recentemente em bombas de gasolina, tem vindo a contribuir para o grave problema da automedicação. O aconselhamento apropriado de modo a garantir a utilização segura do medicamento é inexistente nestes pontos de venda, tornando-se um risco para a saúde pública.

Além disso, a entrada dos supermercados e parafarmácias associadas na venda de MNSRM, colocaram as farmácias numa posição ainda mais débil. O maior poder económico destes grupos, aliada à capacidade de compra de grandes volumes de produtos, permite-lhes praticar melhores preços em comparação com as farmácias.

Esta concorrência desleal, deve ser combatida com a constante melhoria e diferenciação dos serviços prestados pelas farmácias, assim como o aconselhamento prestado ao doente que acaba por ser um fator diferenciador de grande relevância.

3.4.3. Medicamentos e dispositivos médicos esgotados

Durante este estágio, lidei com um problema recorrente, a ocorrência de rutura de *stocks*. Este problema é quase no seu todo explicado pela existência da exportação paralela, realizada por empresas do setor, beneficiando da venda de medicamentos noutros países a preços mais elevados, obtendo maior lucro. Esta prática é um caso preocupante que pode muitas vezes interferir na adesão do doente e na falta de medicamentos em patologias agudas e crónicas. O Cartilon[®] e o Doce Alívio[®] são exemplos de medicamentos que estavam constantemente esgotados, assim como alguns genéricos de diversos fármacos.

Por outro lado, a falta de resposta do laboratório tendo em conta a procura é outra ameaça constante. Um exemplo recente é o sensor FreeStyle Libre[®] que é um sensor em forma de adesivo que reporta os níveis de glicémia durante cerca de 15 dias, sendo necessários dois sensores por mês para cada doente com *Diabetes mellitus*.

A ocorrência destes fenómenos é de difícil explicação ao utente, que culpa a farmácia pela falta do produto.

3.4.4. Crenças relativamente aos medicamentos genéricos

Os medicamentos genéricos (MG) continuam a ser um ‘quebra-cabeças’ para a grande maioria da população, que apenas os adquire pelo seu preço reduzido comparativamente ao medicamento de referência. Ao desconhecer a sua equivalência ao medicamento original gera conflitos e desconfiança no medicamento e do seu efeito no organismo. Acresce ao anterior o facto do genérico de um medicamento ser produzido por diversos laboratórios e muitas vezes não ser cedido o laboratório com o qual está familiarizado.

A resolução deste problema passa pela explicação do porquê das diferenças do nome, e muitas vezes da dose, como é o caso de medicamentos cujo princípio ativo na receita vem por exemplo 5 mg e na embalagem vem 6 mg, visto que se encontra em forma de sal.

4. Conclusão

O estágio em FC esteve para além das minhas expectativas, nunca pensei que fosse tão dura esta profissão, mas ao mesmo tempo tão enriquecedora. Após este estágio, é para mim mais perceptível a importância do papel do farmacêutico na sociedade e que este não está somente alocado ao medicamento, mas também nas diversas funções que pode exercer na FC. É inegável os vários fatores que tornam esta profissão um desafio constante, não só pelo atendimento ao público, como pela concorrência e gestão da própria farmácia.

No concerne ao atendimento ao público, senti que era por vezes complicado explicar ao doente o nosso ponto de vista e aconselhá-lo mantendo a calma, mas por outro lado é recompensador quando determinados utentes conseguem alegrar o nosso dia e escolhem ser atendidos por mim, mostrando que no final do dia estás a fazer o que te compete de forma correta.

Não vou negar o enorme desafio que foi para mim este estágio, não só pela minha insegurança e medo de errar, mas também por nunca ter tido esta experiência como muitos colegas nos estágios de verão, tendo sido um grande choque. Felizmente tive a sorte de ter tido uma equipa capaz de me fazer ver a capacidade que tinha para desempenhar as tarefas e de me incentivar a melhorar a minha prestação todos os dias.

5. Bibliografia

1. Ordem dos Farmacêuticos – **A Farmácia Comunitária** (acedido a 10 de julho de 2018). Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
2. Dieta EasySlim – **Como funciona** (acedido a 10 de julho de 2018). Disponível na Internet: <https://www.dietaeasyslim.com/dieta-easyslim/>

Parte II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Hospital CUF Descobertas
janeiro - fevereiro de 2018

Índice de tabelas

Tabela I – Plano de estágio em farmácia hospitalar.....	17
--	----

Abreviaturas

AAM – Auxiliares de ação médica

DIDDU – Dispensa individual diária em dose unitária

FH – Farmácia hospitalar

HCD – Hospital CUF Descobertas

HCIS – Hospital CUF Infante Santo

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

RCM – Resumo das características do medicamento

SF – Serviços farmacêuticos

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TDT – Técnicos de diagnóstico e terapêutica

I. Introdução

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) dá a oportunidade de realizar estágio em farmácia hospitalar (FH), no âmbito do estágio curricular com vista a integração da Ordem dos Farmacêuticos. Considera-se FH o conjunto de atividades farmacêuticas exercidas em organismos hospitalares através dos serviços farmacêuticos (SF).¹

O meu estágio curricular em FH decorreu entre as datas de 8 de janeiro e 28 de fevereiro de 2018 no Hospital CUF Descobertas (HCD), em Lisboa, sob orientação da Dr.^a Ana Filipa Talhadas Cardoso. Durante este período surgiu também a oportunidade de conhecer a realidade do farmacêutico hospitalar no Hospital CUF Infante Santo (HCIS) na semana de 12 a 16 de fevereiro.

A organização do estágio foi definida pela orientadora, de modo a que cada semana ficasse alocada a uma área diferente dos SF, dando a oportunidade do estagiário passar pelas diferentes funções que o farmacêutico hospitalar desempenha.

Tabela 1 – Plano de estágio em farmácia hospitalar.

Data	08/01/2018 ^a 12/01/2018	15/01/2018 ^a 19/01/2018	22/01/2018 ^a 26/01/2018	29/01/2018 ^a 02/02/2018	05/02/2018 ^a 09/02/2018	12/02/2018 ^a 16/02/2018	19/02/2018 ^a 28/02/2018
Área dos serviços farmacêuticos	Gestão de qualidade Kaizen Gestão de risco AUE's Ensaio clínicos	Farmácia clínica Farmacocinética	Farmácia clínica Farmacocinética	Preparações galénicas estéreis e não estéreis	Distribuição Receção e armazenamento Estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados	HCIS	Oncologia

Este relatório tem por objetivo fazer uma análise SWOT, analisando os pontos fortes (*strengths*), os pontos fracos (*weaknesses*), as oportunidades (*opportunities*) e as ameaças (*threats*) que surgiram no desencadear das atividades realizadas ao longo do período de estágio.

2. Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Descobertas

O HCD é uma unidade de referência no sector da saúde privada em Portugal. Em 2001, este hospital integrou o grupo José de Mello Saúde, o qual é atualmente constituído por 1 instituto, 8 clínicas e 8 hospitais, entre os quais o HCD e o HCIS.

Esta unidade hospitalar mantém como objetivos a excelência técnica e científica nos vários serviços que a constituem, entre os quais se destacam os SF. Os SF dividem-se em diversas áreas e a equipa é constituída por 9 farmacêuticos, 1 técnico de farmácia e 6 auxiliares de ação médica (AAM), que trabalham em conjunto para “*promover a prestação de cuidados*

*farmacêuticos de modo a garantir uma terapêutica farmacológica segura e efetiva, para alcançar resultados em saúde e qualidade de vida”.*²

3. Análise SWOT

3.1. Pontos Fortes

3.1.1. Plano de estágio diversificado

Os SF do HCD estão organizados de forma a que cada farmacêutico seja responsável por tarefas específicas que resultam no bom funcionamento da equipa e melhor gestão das necessidades do doente e do hospital.

O plano de estágio foi definido no primeiro dia de modo a que cada estagiário tivesse a oportunidade de acompanhar um farmacêutico e uma área diferente todas as semanas, conferindo constante rotatividade, dinâmica e novas aprendizagens. O facto de cada farmacêutico estar responsável por apenas um estagiário na sua semana de orientação, proporcionou um melhor acompanhamento e uma ideia das funções que desempenha no sector do qual é responsável.

Durante o estágio tive a oportunidade de contactar, colaborar e aprender com todos os profissionais dos SF no desempenhar das diferentes funções, por vezes de forma independente (como a preparação de medicamentos manipulados não estéreis, o controlo de prazos de validade, a cedência controlada de psicotrópicos, verificação e calibração de máquinas de determinação de glicémia capilar, *despicking* e armazenamento).

3.1.2. Comunicação entre os profissionais de saúde

Durante o MICEF foi sempre salientada a importância da comunicação entre os diferentes profissionais de saúde para uma melhor prestação de cuidados de saúde e benefício do doente. Este aspeto refletiu-se ao longo de todo o estágio em FH, não só através da interação entre os diferentes profissionais que integram a equipa dos SF, mas também entre os farmacêuticos, médicos, enfermeiros, AAM e técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT).

Quando durante a validação há dúvidas ou discordâncias por parte do farmacêutico quanto ao fármaco prescrito ou à dose, é contactado o médico de modo a clarificar a escolha e alertá-lo. Também os médicos, enfermeiros e AAM, recorrem ao farmacêutico para esclarecer eventuais dúvidas sobre o medicamento, mas também de modo a encontrar alternativas terapêuticas para o doente.

Além do contacto diário, na sua maioria por telefone, em cada piso é realizada uma reunião clínica semanal, na qual tive a oportunidade de participar, acompanhando a Dr.^a Ana

Catarina Bota, responsável pelo piso 5. Nesta reunião participam médicos, enfermeiros e o farmacêutico responsável pelo piso, sendo discutidos e explicados os processos clínicos dos doentes, opiniões sobre a sua evolução, qual o próximo passo e se terá alta ou não.

Também no HCIS tive a oportunidade de contactar com esta realidade, desta vez no hospital de dia, em que o farmacêutico é residente e colabora com os enfermeiros e AAM durante o seu funcionamento. É deveras notório o espírito de equipa e entreadajuda entre os profissionais de modo a contribuir para a saúde de bem-estar do doente.

3.1.3. Kaizen® Institute

A filosofia por detrás do termo *Kaizen* foca-se na melhoria contínua.³ Esta filosofia encontra-se implementada no HCD e no HCIS. A organização dos medicamentos no interior da FH e as reuniões feitas diariamente nos SF, são exemplos concretos da sua aplicabilidade.

Na FH os medicamentos encontram-se organizados por ordem alfabética, e existe uma 'zona dourada' no centro da zona de arrumação, correspondendo aos medicamentos com maior rotatividade. É também visível na reposição de *stocks* através do cartão *Kanban*, o qual é colocado na zona de arrumação de acordo com o ponto de encomenda e contém informações como o código, quantidade a encomendar e posição do artigo.

As reuniões diárias entre a equipa dos SF, de modo a discutir ideias e definir prioridades ajuda a promover uma melhor gestão e organização da FH.

3.1.4. Cedência controlada de estupefacientes e psicotrópicos

Os estupefacientes e psicotrópicos são medicamentos sujeitos a uma legislação específica e restrita, sendo a sua cedência aos serviços registada e devidamente controlada. O circuito destes medicamentos segue as normas estabelecidas no decreto-lei nº 15/93, de 22 de janeiro; decreto-regulamentar nº61/94, de 12 de outubro e portaria nº981/98, de 8 de junho.

Quando estes medicamentos chegam à FH são comparados com a fatura ou nota de encomenda de modo a verificar se coincide. De seguida, é dada a entrada (compra) no Anexo IV, que corresponde ao registo de movimentos de entradas e saídas deste tipo de substâncias. Neste anexo coloca-se a data, número de código, fármaco, dose, forma farmacêutica, quantidade, serviço a que se destina ou fornecedor e quantidade remanescente no cofre.

Estes medicamentos encontram-se armazenados na FH num cofre de acesso restrito, ordenados por ordem alfabética e por dosagem. Por serem fármacos com características específicas e utilização restrita, todo o seu circuito se encontra documentado de modo a evitar

possíveis extravios. Assim, a reposição em cada serviço é feita pela necessidade de reposição de stock ou pela requisição para um doente específico. Esta requisição é feita por meio do Anexo X destacável, o qual contém o número sequencial atribuído, serviço, fármaco, forma farmacêutica, dose, código, quantidade fornecida até 10 unidades, nome do doente a quem foi administrado, data e assinatura do médico, farmacêutico e por quem foi entregue.

Todos os dias chegavam inúmeras requisições aos SF, atribuindo ao estagiário esta tarefa de grande responsabilidade era possível agilizar o processo, permitindo que o farmacêutico se focasse noutros trabalhos e, ao mesmo tempo, integrar o estagiário na equipa.

Antes de sair dos SF, as requisições eram verificadas pelo farmacêutico e corrigidas se necessário. Por ser um circuito fechado, ou seja, controlado desde o momento em que entra na FH até ao doente, é de extrema importância que quando fossem detetados erros, a sua origem fosse descoberta, sendo importante a contagem do cofre semanal.

Este processo permite uma utilização mais segura e controlada destes medicamentos.

3.1.5. Oncologia: validação de protocolos e preparação de citotóxicos

O HCD possui o serviço de oncologia, sendo os SF responsáveis pela validação e preparação de citotóxicos. No dia agendado, o doente dirige-se ao hospital para realizar análises e ter a consulta médica, posteriormente é feita a validação pelos SF e só depois é realizado o tratamento de quimioterapia, caso não exista contraindicações.

A validação de protocolos de quimioterapia é feita de acordo com o resumo das características do medicamento (RCM), com *guidelines* e artigos, sendo as principais fontes bibliográficas o NCCN e CDC cancer. Inicialmente é confrontado o diagnóstico com o protocolo prescrito, analisando a elegibilidade do doente para o tratamento e se existem contraindicações. Segue-se a avaliação do estado geral do doente através das análises clínicas realizadas (convencionalmente a série branca, as plaquetas e a hemoglobina) e a confirmação da dose do fármaco (na sua maioria em função da superfície corporal, em m²) comparando com a dose recomendada. Caso existam discrepâncias, quer a nível de dose ou análises clínicas, o médico é contactado antes da preparação do citotóxico.

Tive a oportunidade de acompanhar não só a validação e contactar com alguns dos protocolos que existem, mas também de assistir à preparação destes medicamentos.

A preparação de medicamentos citotóxicos é feita em sala de preparação apropriada com pressão negativa e câmara de fluxo laminar vertical, de modo a proteger o operador. Na antecâmara, é preparado todo o material necessário e ocorre uma dupla e uma tripla

verificação, para que não ocorram erros na formulação. No HCD não estão presentes dois farmacêuticos na preparação, pois existe uma dupla verificação que é realizada na antecâmara através da confirmação das doses, concentrações finais, soluções de diluição, sistemas a utilizar e se há necessidade de utilizar filtros na preparação. A ‘terceira verificação’ ocorre posteriormente à preparação, na qual se verifica se há precipitados e o volume dos frascos que retoma à antecâmara, por exemplo. Após a preparação, o sistema é embalado e identificado de forma apropriada ao fármaco que contém, seguindo para o local onde será feita a administração.

3.2. Pontos Fracos

3.2.1. Tempo de estágio reduzido

As Normas Orientadoras da Unidade Curricular “Estágio” do MICF estipulam apenas 2 meses de estágio em FH, o que considero que seja um período desadequado, tendo em conta a quantidade de sectores que constituem os SF. A equipa do HCD esforçou-se para que os estagiários adquirissem o máximo de conhecimento possível tendo em conta o curto espaço temporal. No entanto, uma semana em cada área permite apenas reter uma ligeira ideia do trabalho do farmacêutico hospitalar, visto que todas as semanas me deparava com novas aprendizagens, sendo complicado ganhar autonomia em tarefas mais complexas como a validação de prescrições, a qual foi meramente observacional.

3.2.2. Pouca adequação do MICF ao sector hospitalar

Durante os 5 anos de estudos, vamos retendo alguns conhecimentos que podem ser aplicados nesta área de atuação do farmacêutico, no entanto, apenas no último ano temos realmente uma disciplina direcionada para a FH, fornecendo uma ideia geral.

Várias foram as lacunas que tive de ir colmatando ao longo de todo o estágio, e por ser tão escasso o tempo, muitas ficaram por resolver, principalmente a nível da oncologia. Dada a complexidade desta área, considero que foi abordada muito superficialmente durante todo o curso. Tendo em conta a importância do farmacêutico na oncologia, é uma área de formação que deve ser reformulada e integrada no plano de estudos. Numa semana senti dificuldades em apreender novos termos com os quais não estava familiarizada, contactar com vários protocolos que também pouco ou nada sabia, qual a primeira linha de utilização, como eram validados e ao mesmo tempo conhecer os fármacos usados como adjuvantes neste tratamento e em que situações são utilizados, como é o caso dos antieméticos.

3.2.3. Falta de recursos e urgência em oncologia

A área da oncologia ficou repentinamente desfalcada com a alteração de funções do Dr. Miguel Freitas. Esta saída sem período de adaptação ressentiu-se na equipa, pela experiência e apoio que era dado por este profissional em oncologia. O HCD faz a preparação de tratamentos de quimioterapia para vários hospitais, sendo que a preparação de tratamentos tem horas definidas. A equipa responsável pela oncologia nos SF contava com apenas 3 farmacêuticos, em que um era responsável pela validação de prescrições, outro pela preparação do material e o terceiro pela preparação de citotóxicos. O facto de haver uma grande quantidade de tratamentos a preparar com urgência (para posterior administração) não só para hospital de dia do HCD, mas também para outros hospitais, originou entropia e stress entre os membros da equipa. Este stress e falta de tempo ressentiu-se na transmissão de conhecimentos e acompanhamento do estagiário alocado nesta área.

3.2.4. Serviço ambulatório do HCIS

A cedência de medicamentos em regime ambulatório é uma importante área de intervenção do farmacêutico, em que há a cedência de medicamentos de terapêuticas crónicas específicas e acompanhamento do doente.

Uma vez que o HCD não possui serviço ambulatório e, sendo este, uma realidade do farmacêutico hospitalar, passei uma semana no HCIS de modo a conhecer o trabalho neste serviço. A realidade é que o serviço de ambulatório é raro neste hospital, não tendo assistido a nenhuma cedência em ambulatório, considerando um dos maiores pontos negativos neste estágio pela sua importância.

3.3. Oportunidades

3.3.1. Autoaprendizagem e aquisição de novos conhecimentos

Durante todo o estágio fui incentivada, assim como os outros estagiários, a aproveitar cada minuto livre e cada tarefa para enriquecer o meu conhecimento e relembrar aprendizagens distantes. Assim, durante a organização de protocolos antigos na primeira semana em que me encontrava na área de gestão de qualidade fui prestando atenção a diversos protocolos associados a patologias específicas e na dúvida da utilização do fármaco, pesquisar no RCM ou noutras ferramentas online (UpToDate, Micromedex, NCCN e CDC cancer).

O primeiro dia em cada área era destinado à aquisição de novos conhecimentos. Foi-nos aconselhada a leitura de *guidelines*, normas, artigos e pesquisa para uma melhor aplicação

dos conhecimentos nas tarefas solicitadas. Desta forma, foi possível ter uma visão mais crítica e esclarecer dúvidas que iam surgindo.

3.3.2. Controlo e gestão de risco e prazos de validade

O controlo e gestão de risco do HCD é feito por meio do programa HER+ (*Health Event & Risk Management*). O farmacêutico responsável por esta área deve analisar cada evento gerado, os fatores contribuintes, quais as ações corretivas aplicadas e as evidências. Alguns dos problemas gerados estão relacionados com troca de medicamentos com embalagem primária e rótulo semelhante arrumados lado a lado, troca de medicamentos com indicação anterior diferente da atual sem aviso, entre outros.

Durante o estágio, foi delegado aos estagiários que em todos os pisos verificassem os prazos de validade dos carrinhos de medicamentos de emergência, de modo a substituir os medicamentos com validade a terminar e contribuir para o controlo e a gestão de risco.

Além disso, também a verificação de todos os glicosímetros existentes no HCD e a sua calibração foi atribuída aos estagiários. Esta verificação consistiu na utilização de controlos cedidos pelo fornecedor, conferindo se os valores obtidos estão dentro dos limites estabelecidos. No caso de conformidade, foi colada uma etiqueta com data e rúbrica da calibração. Também esta tarefa contribuiu para um melhor funcionamento do hospital.

Foi-me também delegada a tarefa de elaborar o protocolo de farmacovigilância para o anticorpo monoclonal olatumab. Estes protocolos de rápida consulta contêm várias informações importantes sobre diversas substâncias, principalmente a nível da oncologia. (Anexo B)

3.3.3. Casos clínicos e validação

O HCD é um hospital que abrange várias especialidades, deparando-nos com diversas situações clínicas, muitas delas comuns e outras mais invulgares (Doença de Kawasaki, *Legionella*). Tive oportunidade de conhecer os programas utilizados na validação (Glintt for healthcare e B-simple) e acompanhar casos de pediatria, ortopedia, medicina interna, cirurgia e cuidados intensivos polivalentes.

Mas a maior oportunidade surgiu na possibilidade de compreender a metodologia da validação, através da compreensão e interpretação dos dados que temos no computador associando-os aos medicamentos prescritos e verificando se as doses estão corretas para aquele doente específico.

Tanto por iniciativa própria, como por parte dos farmacêuticos, fui aplicando os conhecimentos adquiridos em farmacologia e adquirindo outros, como por exemplo, o porquê de usar um determinado antibiótico em profilaxia e não outro, aprender como é feita a monitorização do doente a fazer vancomicina, medicamentos comuns em vários tipos de cirurgia e porquê, utilização *off label* de alguns fármacos.

3.3.4. Preparações galénicas estéreis e não estéreis

Outra oportunidade que surgiu no decorrer do estágio foi a preparação de diferentes preparações galénicas individualizadas e adequadas a necessidades específicas (pediatria), o que não é considerada uma função do farmacêutico no sector público, mas sim do técnico de farmácia. Nestas preparações é sempre necessário uma dupla verificação, tal como em oncologia, mas aqui há a presença de dois farmacêuticos durante a preparação.

A nível de preparações não estéreis, houve total autonomia da minha parte no preenchimento das folhas de preparação, na manipulação e rotulagem, necessitando apenas de um farmacêutico para fazer a validação. Aqui foi possível aplicar os conhecimentos laboratoriais obtidos ao longo do MICF.

As preparações galénicas estéreis são realizadas em sala assética própria com câmara de fluxo laminar horizontal, de modo a proteger o produto. A nutrição parentérica, injeções oftálmicas de bevacizumab e alguns colírios de antibióticos, são as preparações mais frequentemente realizadas no HCD que acompanhei sob supervisão do farmacêutico.

3.3.5. Hospital de dia do HCIS

O HCD possui o hospital de dia, onde o doente oncológico permanece internado durante a administração do tratamento de quimioterapia e de medicamentos nos quais é necessária vigilância (ferro), no entanto o farmacêutico é apenas responsável pela preparação e validação de protocolos. Por outro lado, no HCIS o farmacêutico integra a equipa do hospital de dia, estando presente durante o seu funcionamento e contactando diretamente com o doente e com os enfermeiros.

A oportunidade de estar presente por um dia neste serviço fez-me perceber a importância da aproximação do farmacêutico ao doente no esclarecimento de dúvidas e na cedência de medicação de forma a aumentar a adesão à terapêutica, devendo a sua presença ser estendida a outros serviços.

3.4. Ameaças

3.4.1. Falta de farmacêuticos e técnicos de farmácia

O HCD apenas possui um técnico de farmácia, o qual é responsável por encomendas e pela dispensa individual diária em dose unitária (DIDDU). Já o HCIS, possui apenas AAM e farmacêuticos na equipa dos SF. Nestes dois hospitais a equipa é pequena e é evidente a sobrecarga tanto do farmacêutico, como dos AAM em tarefas que poderiam ser colmatadas pela existência de técnicos de farmácia.

O desajuste existente quanto ao número de farmacêuticos foi evidente principalmente em oncologia no HCD, devido à complexidade e dimensão do trabalho, de modo a dar resposta aos diferentes hospitais. Também a validação requer grande responsabilidade e tempo, sendo também aqui visível o desajuste de doentes a cargo de cada farmacêutico, a acrescer às outras tarefas que desempenham nos SF (DIDDU, preparações galénicas e citotóxicos, cedência de psicotrópicos).

Os técnicos de farmácia, podem constituir uma ameaça a áreas que eram de responsabilidade exclusiva do farmacêutico, mas ao mesmo tempo, podem ser uma mais valia a nível dos recursos humanos, libertando o foco do farmacêutico para a validação da prescrição e dos AAM para a receção de encomendas e *despicking*.

3.4.2. Distanciamento do doente

O farmacêutico hospitalar possui uma visibilidade nula na maioria dos hospitais, não contactando com o doente internado. No serviço de cedência em ambulatório é onde o farmacêutico acaba por ter um maior contacto com o doente, sendo este inexistente no HCD. O mesmo acontece no HCIS, no entanto, o facto do farmacêutico fazer parte da equipa do hospital de dia dá visibilidade a este profissional e a oportunidade de ajudar o doente esclarecendo as suas dúvidas e implementando a adesão (antineoplásicos orais cedidos por divisão de dias de tratamento).

O farmacêutico hospitalar, como parte da equipa de profissionais de saúde que acompanha o doente, deveria participar na visita médica e no aconselhamento no momento da alta. Nestas ocasiões o farmacêutico pode ser uma mais valia, ajudando os doentes a obter um melhor acompanhamento e esclarecimento de dúvidas sobre o seu regime terapêutico e, ao mesmo tempo, melhorar a adesão e ganhar a visibilidade que não possui atualmente.

4. Conclusão

O período de estágio no HCD, apesar de curto, permitiu o contacto com uma nova realidade até à data desconhecida. Possibilitou o contacto com diversos profissionais sempre prontos a ajudar e a esclarecer qualquer dúvida que surgisse, mais que isso, fomentaram e incentivaram-me no desenvolvimento de novos conhecimentos, métodos de trabalho e espírito crítico.

A colaboração e o empenho de toda a equipa dos SF foi uma mais valia para que pudesse ter uma noção da complexidade, responsabilidade e importância das tarefas desempenhadas pelo farmacêutico hospitalar nos diversos sectores farmacêuticos.

Este estágio demonstrou-se uma experiência positiva a nível profissional e pessoal, com vários pontos positivos e oportunidades. Pessoalmente, senti que o farmacêutico hospitalar acaba por não ser reconhecido junto do doente, podendo esta área ser potenciada, proporcionando ao farmacêutico um papel mais ativo na saúde e bem-estar do doente.

Foi evidente o meu crescimento pessoal, a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de métodos de trabalho e valores. Por ser uma área em que o desafio é constante, considero uma possibilidade na qual me vejo ingressar no futuro.

5. Bibliografia

1. INFARMED – **Regulamento geral da Farmácia Hospitalar, Decreto-Lei n.º 44 204, de 2 de fevereiro de 1962** (acedido a 20 de junho de 2018). Disponível na Internet: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/decreto_lei_44204-1962.pdf
2. Hospital CUF Descobertas – **Serviços Farmacêuticos** (acedido a 20 de junho de 2018). Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/centros/servicos-farmaceuticos>
3. Kaisen Institute – **Significado de Kaizen** (acedido a 21 de junho de 2018). Disponível na Internet: <https://pt.kaizen.com/home.html>

Parte III

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO À TERAPÊUTICA
ANTI-HIPERTENSORA**

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é uma das doenças crónicas que mais afeta a população portuguesa e cuja terapêutica acompanha o doente ao longo de toda a sua vida, desde o momento em que é diagnosticada. É uma doença que pode levar a complicações na saúde do doente se não for devidamente controlada, sendo a adesão um ponto fulcral para o sucesso desta terapêutica. Neste sentido, várias barreiras à adesão e estratégias para melhorá-la têm vindo a ser investigadas. **Objetivo:** Avaliar o grau de adesão à terapêutica numa amostra de doentes hipertensos através do questionário *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH), com vista à identificação dos principais aspetos a ter em consideração na promoção da adesão à terapêutica anti-hipertensora. **Metodologia:** O presente estudo foi realizado em 5 farmácias comunitárias portuguesas. Foram convidados a participar todos os doentes que apresentassem prescrição de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensor ou que fizessem terapêutica anti-hipertensora há mais de 3 meses. Na entrevista com o doente foram recolhidos dados sociodemográficos e relativos à terapêutica de cada doente e realizados os questionários *Hypertension Knowledge Test* (HKT), *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) e *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH). O controlo da doença foi avaliado por meio de duas medições da pressão arterial, no início e no fim da entrevista. O tratamento dos dados e a análise estatística foram realizados utilizando o programa SPSS. A aprovação para a realização do projeto foi concedida pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (024-CE-2018). **Resultados:** Participaram neste estudo 197 doentes, com uma média de idades de $65,82 \pm 12,15$ anos. A média da pontuação obtida no questionário MUAH foi de $127,84 \pm 17,44$, num total de 175 pontos. Cada dimensão do MUAH foi analisada individualmente, tendo sido a 'aversão à medicação' aquela que se destaca e que mais intervenção necessita, com uma média de $20,35 \pm 6,772$ num total de 35. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora e o sexo, a idade ou o controlo da doença, quer considerando a pontuação total quer cada uma das dimensões do MUAH. **Conclusão:** O estudo revela que há muito a fazer no campo da adesão, permitindo definir as áreas e estratégias necessárias para otimizar a adesão à terapêutica anti-hipertensora. O farmacêutico atua como um importante elo de ligação entre o doente, o medicamento, um melhor controlo da doença e uma vida mais saudável, podendo intervir tanto a nível comportamental como educacional.

Palavras-Chave: Adesão à terapêutica anti-hipertensora; Estratégias de adesão à terapêutica; Hipertensão; Questionário *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH).

Abstract

Background: Hypertension is one of the chronic diseases that affects most of the Portuguese population and whose therapy follows the patient throughout his life since the moment its diagnostic is made. If not properly controlled it can lead to serious complications in the patient's health, which is why adherence is the success key of this therapy. Thus, several barriers of adherence and strategies to improve it have been investigated. **Aims:** To evaluate the degree of adherence to therapy in a sample of hypertensive patients through the Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH) questionnaire, in order to identify the main barriers and optimize adherence to antihypertensive therapy. **Methodology:** The present study was carried out in 5 Portuguese community pharmacies. All patients who had a prescription for at least one antihypertensive drug or who had been taking antihypertensive therapy for more than 3 months were invited to participate. In the interview with the patient, sociodemographic and patient-specific data were collected and the Hypertension Knowledge Test (HKT), Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) and Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH) questionnaires were performed. The disease control was assessed using two blood pressure measurements at the beginning and at the end of the interview. The data treatment and statistical analysis was performed using the SPSS program. Approval for the project was given by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (024-CE-2018). **Results:** 197 patients take part in this study, with a mean age of $65,82 \pm 12,15$ years. The mean score obtained in the MUAH questionnaire was $127,84 \pm 17,44$, in a total of 175 points. Each MUAH dimension was individually analyzed, with 'aversion to medication' standing out as being the one where more intervention is required, with a mean score of $20,35 \pm 6,772$ points out of 35. Either in the total score or in each MUAH's dimensions, there were no statistically significant differences between the degree of adherence to antihypertensive therapy and sex, neither with age nor disease control. **Conclusion:** This study concludes that there are great improvements to be made in adherence. It is important to define the areas and strategies for intervention in order to improve adherence to antihypertensive therapy. The pharmacist acts as an important link between the patient, the drug, the better control of the disease and a healthier life, being able to intervene at both behavioral and educational levels.

Keywords: Adherence to antihypertensive therapy; Strategies of adherence to therapy; Hypertension; Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH) questionnaire.

Índice de figuras

Figura 1 – Comparação entre quatro estudos epidemiológicos portugueses sobre a HTA	33
Figura 2 – Respostas obtidas na dimensão D1 do questionário MUAH	55
Figura 3 – Respostas obtidas na dimensão D2 do questionário MUAH	55
Figura 4 – Respostas obtidas na dimensão D3 do questionário MUAH	56
Figura 5 – Respostas obtidas na dimensão D4 do questionário MUAH	56
Figura 6 – Gráfico de dispersão das pontuações do questionário MUAH em função da idade	57

Índice de tabelas

Tabela 1 – Comparação entre os estudos epidemiológicos de 2013 e 2015 sobre a hipertensão na população portuguesa	33
Tabela 2 – Questões da dimensão ‘Atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação’ (D1) do questionário MUAH	43
Tabela 3 – Questões da dimensão ‘Falta de disciplina’ (D2) do questionário MUAH	43
Tabela 4 – Questões da dimensão ‘Aversão à medicação’ (D3) do questionário MUAH	44
Tabela 5 – Questões da dimensão ‘Proatividade em relação aos problemas de saúde’ (D4) do questionário MUAH.....	44
Tabela 6 – Intervenções educacionais e comportamentais para melhoria da adesão à terapêutica.....	45
Tabela 7 – Pontuações obtidas no questionário MUAH em ambos os sexos	56
Tabela 8 – Pontuações obtidas no questionário MUAH nos grupos de doentes com HTA controlada e não controlada	57
Tabela 9 – Sugestão de estratégias intervencionais aplicadas a cada uma das dimensões do questionário MUAH	60

Abreviaturas

ARA – Antagonistas dos Recetores da Angiotensina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B β – Bloqueadores Beta Adrenérgicos

BEC – Bloqueadores da Entrada de Cálcio

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire*

D1 – Dimensão ‘Atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação’ do MUAH

D2 – Dimensão ‘Falta de disciplina’ do MUAH

D3 – Dimensão ‘Aversão à medicação’ do MUAH

D4 – Dimensão ‘Proatividade em relação aos problemas de saúde’ do MUAH

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

InECA – Inibidores da Enzima da Conversão da Angiotensina

HKT – *Hypertension Knowledge Test*

HTA – Hipertensão Arterial

MEMS – *Medication Event Monitoring System*

MUAH – *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

RCV – Risco Cardiovascular

I. Abordagem teórica

I. A hipertensão arterial: prevalência, conceito e controlo

Uma grande percentagem da morbilidade e mortalidade a nível mundial recai sobre as doenças cardiovasculares (DCV), para as quais a hipertensão arterial (HTA) é considerada um fator de risco de grande peso. A prevalência a nível global da HTA aumentou de 26% (2000) para 31% (2010) o correspondente a 1,4 biliões de pessoas que sofrem desta patologia, sendo que apenas 47% destes doentes estão conscientes que têm pressão arterial (PA) elevada.¹

A HTA contribui para cerca de 45% das mortes que ocorrem por doenças cardíacas e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC).² No entanto, dados da Direção Geral de Saúde (DGS) mostram que o número de mortes devido a doenças circulatorias nas quais se incluem as DCV tem vindo a diminuir significativamente nos últimos anos, apesar de continuar a ser a principal causa de morte em Portugal.³

Foram realizados vários estudos sobre a prevalência da HTA em Portugal, obtendo-se resultados variados, dado que os dados estatísticos dependem não só da amostra em questão, mas também da metodologia utilizada, podendo haver discrepâncias (Figura 1) (Tabela 1).^{2,4} Os dois últimos estudos mostram que a diminuição da prevalência e o aumento do controlo da PA se encontram concordantes com os dados obtidos pela DGS no decréscimo da mortalidade das DCV. É também evidenciado o aumento da prevalência da doença com o avançar da idade, com 70% das pessoas com idade superior a 65 anos a sofrer de HTA.^{2,4}

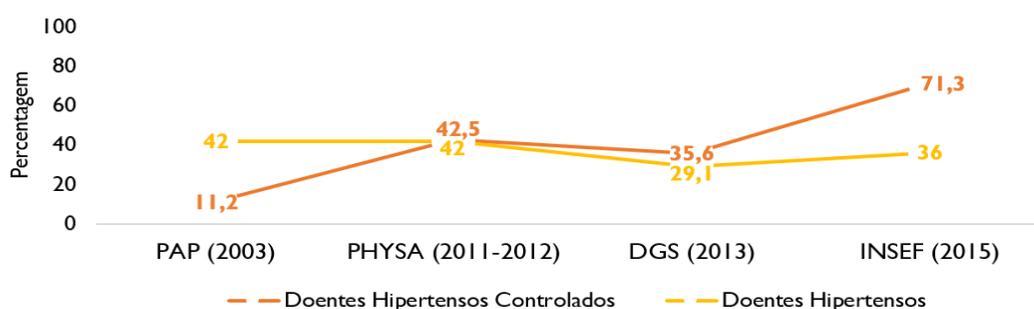


Figura 1 – Comparação entre quatro estudos epidemiológicos portugueses sobre a HTA – Doentes Hipertensos versus Doentes Hipertensos Controlados.^{2,4}

Tabela 1 – Comparação entre os estudos epidemiológicos de 2013 e 2015 sobre a hipertensão na população portuguesa.^{2,4}

	Amostra (n)	Hipertensos	Homens	Mulheres	Hipertensos controlados
DGS (2013)	2 639 570 (≥ 18 anos)	29,1 %	26,9%	29,5%	35,6%
INSEF (2015)	4911 (25-74 anos)	36%	39,6%	32,7%	71,3%

A monitorização da prevalência da HTA e do grau de controlo da doença são essenciais para definir e avaliar estratégias de controlo desta doença e identificar os grupos de risco.

A HTA é uma doença crónica em que há a constante elevação da PA, ou seja, da força que o sangue circulante exerce na parede das artérias, e é definida por dois valores: a pressão arterial sistólica (PAS), que corresponde ao momento em que o coração se encontra na fase de contração de modo a bombear o sangue para os vasos sanguíneos; e pressão arterial diastólica (PAD), que corresponde ao momento em que o músculo cardíaco relaxa e há o enchimento dos ventrículos com sangue para posterior ejeção.

Segundo a Sociedade Europeia de Hipertensão considera-se que o indivíduo sofre de hipertensão arterial quando a PAS é superior a 140 mmHg e a PAD é superior a 90 mmHg (85 mmHg se diabético) ou quando se encontra a fazer terapêutica anti-hipertensora.⁵

A grande maioria dos doentes com HTA não experiencia qualquer tipo de sintomas que associem a esta doença, sendo por isso tão difícil a sua deteção e diagnóstico. Deste modo é aconselhada a medição regular da PA não só em ambiente clínico como também em casa, para que seja obtido um maior rigor no diagnóstico e controlo da doença.^{5,6}

Existem diversos fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de HTA, muitos deles decorrentes do processo metabólico e de envelhecimento, outros que fazem parte do estilo de vida e de comportamentos adotados, estando todos estes fatores intimamente relacionados. O excesso de peso e a obesidade, a Diabetes *mellitus*, a dislipidemia e a ingestão de gorduras em elevada quantidade, a ingestão excessiva de sódio (sal), álcool e tabaco, assim como o *stress* constante aumentam a PA.^{5,7,8,9}

A relação entre a HTA e as DCV encontra-se extensamente descrita, não só por ser considerada um fator de risco cardiovascular (RCV), mas também pelos órgãos que pode comprometer, como é o caso do coração, cérebro, olho e rim.^{5,6,10,11}

Tendo em conta o doente e o tipo de situação existem dois tipos de medidas de controlo da HTA, sendo recomendado a sua utilização simultânea.

– Abordagem não farmacológica: modificação e adoção de comportamentos e de uma alimentação mais saudáveis, com vista a diminuir os fatores de risco da HTA e controlar a PA.⁶

Esta abordagem consegue prevenir a HTA, evitar o tratamento farmacológico em doentes hipertensos e, naqueles a fazer medicação anti-hipertensora, consegue melhorar os resultados com possível diminuição da dose. No entanto, tem como maior desvantagem a necessidade de adesão para melhorar o controlo da PA, requerendo disciplina e persistência.⁵

As mudanças nos hábitos alimentares passam pela restrição de sal para 5 a 6 g ao dia; adotar uma dieta rica em legumes, frutas frescas, laticínios de baixo teor em gordura, fibras e menos gorduras saturadas e colesterol; e moderar consumo de álcool ou mesmo evitá-lo.⁵

A cessação tabágica; o exercício físico regular (aeróbio dinâmico) pelo menos 30min, 5 vezes por semana; e a manutenção do peso ideal (IMC entre 18,5 e 25 kg/m²) são mudanças comportamentais que devem ser feitas de modo a reduzir a PA.^{5,12}

– Abordagem farmacológica: instituir terapêutica anti-hipertensora. Muitas vezes as mudanças no estilo de vida não são suficientes para controlar a PA e é necessária intervenção farmacológica. Segundo a DGS, a terapêutica anti-hipertensora deve contrariar a progressão da doença e a sua repercussão nos órgãos-alvo e, a longo prazo, reduzir a morbimortalidade associada a esta doença.¹²

A escolha da terapêutica deve ter em conta a implementação de medidas não farmacológicas, a idade, lesões nos órgãos-alvo, fatores de RCV, doenças associadas, reações adversas e contraindicações a algum fármaco, condicionantes da adesão à terapêutica e fatores económicos. Para isto, devem ser usados sempre que possível os medicamentos de toma única diária e procurar manter a terapêutica quando o doente se encontra controlado.¹²

Existem vários fármacos anti-hipertensores, que se agrupam em diferentes classes farmacoterapêuticas de acordo com o seu mecanismo de ação: Bloqueadores Beta Adrenérgicos (B β); Bloqueadores da Entrada de Cálcio (BEC); Inibidores da Enzima da Conversão da Angiotensina (InECA); Antagonistas dos Recetores da Angiotensina (ARA); Diuréticos Tiazídicos e Análogos; Diuréticos da Ansa; Diuréticos Pouparadores de Potássio; entre outros anti-hipertensores. As *guidelines* orientam para a utilização destes fármacos no início e na manutenção do tratamento da HTA, tanto em monoterapia como em associação

2. A adesão à terapêutica anti-hipertensora

2.1. Adesão: conceito multidimensional

Vários estudos demonstram que existe uma elevada percentagem de doentes que não adquire os medicamentos prescritos pelo médico e, aqueles que o fazem, até metade não cumpre o esquema terapêutico.¹³ A falta de adesão é, pois, uma preocupação mundial, visto ser um fator crucial para o sucesso da terapêutica instituída e para a saúde do doente.

É importante diferenciar *compliance* (cumprimento) de adesão (concordância) que muitas vezes são confundidas. A adesão vai para além da toma da medicação prescrita, requer a concordância do doente e também inclui comportamentos relacionados com a saúde, sendo definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a extensão em que o comportamento da pessoa – tomar a medicação, cumprir a dieta e/ou a alteração do estilo de vida, corresponde às recomendações fornecidas por um profissional de saúde”.¹⁴

Neste ponto de vista, o doente concorda em seguir as indicações médicas e percebe o porquê da importância de as seguir sendo ativo perante a sua saúde. A adesão é um comportamento voluntário e não uma obrigação. O doente é incluído no processo clínico e partilha a sua responsabilidade com os profissionais de saúde, trabalhando em conjunto de modo a alcançar os objetivos terapêuticos estabelecidos.^{13,14}

Para definir corretamente o termo “adesão” é necessário ter em consideração todas as dimensões que a afetam. Assim, a OMS assume cinco dimensões que interagem entre si e que são determinantes na adesão ou não do doente.¹⁴

2.1.1. Fatores socioeconómicos

Nesta dimensão a pobreza e o baixo estado socioeconómico, o analfabetismo e o baixo nível de escolaridade, o desemprego, o difícil acesso aos cuidados de saúde, o elevado custo de transporte e da medicação, a cultura e crenças, entre outros, são situações com um impacto negativo na adesão e que em muitos doentes com HTA os obrigam a escolher entre as suas prioridades. Por outro lado, o suporte familiar é um fator incentivador na adesão.^{14,15}

A idade, o sexo e a etnia têm sido considerados determinantes da adesão. No entanto, a OMS afirma que a adesão deve ser avaliada caso a caso, dependendo da patologia que se refere. Nas crianças e idosos está maioritariamente relacionada com a capacidade dos pais ou cuidadores terem a aptidão necessária de seguir as indicações terapêuticas. Já nos adolescentes, apesar da sua autonomia, as influências do meio social, problemas de imagem e autoestima diminuem a adesão. Os idosos, mais afetados por múltiplas doenças crónicas, são os maiores consumidores de medicamentos nos países desenvolvidos, requerendo maior adesão e, muitas vezes, constituem o grupo etário que mais falha, pela degradação da função cognitiva e motora.^{14,15}

2.1.2. Fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde

A boa relação entre o doente e o médico é o pilar desta dimensão, e é de extrema importância que o doente confie no profissional de saúde e que se sinta à vontade para tirar

qualquer dúvida que tenha sobre a doença e medicação.¹⁶

Isto não acontece quando os sistemas e profissionais de saúde são desajustados à gestão das doenças crónicas, o sistema de distribuição de medicação é insuficiente, as consultas são breves e há incapacidade de acompanhamento do doente, a relação entre o doente e o profissional de saúde não é adequada e há falhas na implementação de intervenções educativas, tendo um impacto negativo na adesão.¹⁷

2.1.3. Fatores relacionados com a doença

Fatores relacionados com a doença e o conhecimento que o doente tem da mesma afetam negativamente a adesão, entre os quais o fraco conhecimento que o doente tem sobre a patologia e os seus sintomas, principalmente se a doença for assintomática como acontece com a HTA. As co-morbilidades e a duração da doença (carácter agudo ou crónico) apresentam-se como determinantes negativos.^{13,15}

Um maior conhecimento e educação sobre a doença ajuda na adesão, uma vez que o doente compreende a importância da mesma.

2.1.4. Fatores relacionados com a terapêutica

Quanto mais complexos forem os regimes terapêuticos, mais difícil será o doente aderir por requerer disciplina e persistência. Doses frequentes, tratamentos de longa duração, não ter informações claras de como tomar a medicação, trocas de esquema terapêutico frequentes e o facto de muitas das vezes os efeitos não serem imediatos afeta negativamente a adesão. O mesmo acontece quando o doente sofre reações adversas.^{16,17}

Assim sendo, uma boa adesão pode ser conseguida recorrendo à monoterapia, a um esquema terapêutico simples com tomas pouco frequentes e com menos comprimidos por dia, poucas alterações na medicação e uma informação clara sobre como tomar a medicação e gerir o tratamento.^{14,16}

2.1.5. Fatores relacionados com o doente

Os fatores intrínsecos ao doente que podem influenciar negativamente a sua adesão incluem o conhecimento e as crenças sobre a doença, a motivação no seu controlo, a capacidade de gerir os sintomas e o tratamento, as suas expectativas perante o resultado, a ansiedade inerente aos possíveis efeitos secundários e a ausência de perceção da necessidade do tratamento. O esquecimento das tomas por incompreensão do esquema ou da doença voltam aqui a ser abortados como fatores negativos.^{13,15}

A percepção por parte do doente dos riscos que a doença pode trazer para a sua saúde e a importância da participação ativa na monitorização e gestão da doença, assim como a crença e motivação no tratamento são fatores que beneficiam a adesão.

2.2. Classificação da não adesão

A adesão é considerada a chave do sucesso da terapêutica, sendo fundamental perceber quais as causas que levam os doentes à não adesão, uma vez que contribui para o fraco controlo da PA com conseqüente aumento do RCV e aumento dos custos na saúde.

As estatísticas mostram que nos países desenvolvidos metade da população é considerada não aderente às terapêuticas crónicas, aumentando esta percentagem nos países subdesenvolvidos. Em Portugal continental não se obtêm valores superiores a 50% de adesão na HTA.¹⁵

A adesão à terapêutica é um conceito dinâmico e que varia não só de pessoa para pessoa, mas também na mesma pessoa ao longo do tempo e com os tratamentos.^{18,19}

A não adesão à terapêutica pode classificar-se como:

– Primária, em que o doente nem sequer adquire os seus medicamentos. Neste aspeto é necessária uma abordagem mais socioeconómica muitas vezes devido à sua falta ou escassos rendimentos. Com a implementação da prescrição eletrónica passou a ter maior destaque.²⁰

– Secundária, em que o doente adquire os medicamentos, mas não age de acordo com as recomendações acordadas com o profissional de saúde.²⁰

Outra classificação da não adesão:

– Voluntária, em que o doente escolhe não seguir o que acordou com o profissional de saúde. Está muito relacionado com as crenças no tratamento e com a percepção que o doente tem da doença, acontecendo principalmente nas doenças assintomáticas, uma vez que o doente acha que está bem e que não necessita da medicação.^{19,21}

– Involuntária, na qual o doente não toma a medicação ou não segue as recomendações de forma não intencional. Encontra-se relacionado com as capacidades e recursos do doente, acontecendo por não ter recursos para adquirir a medicação, por esquecimento, por incapacidade de conseguir tomar, por não ter compreendido as indicações dadas, tomando a medicação de forma incorreta.^{19,21}

2.3. Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensora

A medida da adesão dá indicação aos médicos se o doente faz a medicação como prescrito e se continua a tomá-la. A existência de métodos capazes de avaliar a adesão à terapêutica é particularmente importante nas doenças crónicas, cuja medicação irá acompanhar o doente ao longo da sua vida e, especificamente na HTA, o facto de não sentir sintomas leva muitas vezes à não adesão ou descontinuação da terapêutica, facilitando o agravamento da doença e o aparecimento de patologias associadas.

Antes de cada revisão de medicação a adesão deveria ser avaliada, uma vez que varia ao longo do tempo. Na medição da adesão é aconselhada a utilização de vários métodos em concomitância, de modo a obter dados válidos e de confiança. Os diferentes métodos podem ser classificados como métodos diretos e indiretos.²²

2.3.1. Métodos diretos

Este tipo de ferramentas tem a capacidade de avaliar se o doente realmente toma a medicação, sendo mais objetivos e exatos. Por outro lado, não avaliam o padrão comportamental do doente, são dispendiosos e considerados impraticáveis na vida real.²³

A observação direta da toma da medicação é um método não invasivo, que exige a presença constante de um profissional de saúde, não sendo prático na rotina e não tendo a capacidade de avaliar a não adesão voluntária. Este método tem sido criticado porque os doentes recebem a dose e o medicamento correto naquele momento, mas por vezes podem escondê-lo na boca e posteriormente eliminá-lo.²⁴

No caso da quantificação do fármaco e/ou metabolitos no organismo, assim como a quantificação de marcadores biológicos, são ambos processos invasivos com uma elevada sensibilidade e especificidade. No entanto, ambos são dispendiosos, estão sujeitos a variações farmacocinéticas entre indivíduos e não estão disponíveis para todos os fármacos, como acontece naqueles que têm um curto tempo de semivida.²⁴

2.3.2. Métodos indiretos

Na prática clínica diária, os métodos indiretos são os mais utilizados por serem simples, não invasivos e económicos. Apesar de avaliarem a adesão, é considerada apenas uma aproximação. Tendo como desvantagem o facto de não serem objetivos e exatos, com tendência a sobrestimar a adesão ao tratamento.²³

A contagem de formas farmacêuticas sólidas é uma ferramenta simples e objetiva. O número de comprimidos na embalagem é comparado com o número de comprimidos da prescrição, considerando-se uma boa adesão quando o doente consumiu 80 a 100% da quantidade prescrita. Este método tende a sobrestimar a adesão: por um lado, porque o doente sabendo que está a ser controlado tem tendência a aumentar a sua adesão; e por outro, porque não reflete que há realmente a toma do medicamento, por exemplo, quando o medicamento é consumido por outro membro do agregado familiar ou quando é deitado para o lixo.²³

Os sistemas de monitorização eletrónica (*Medication Event Monitoring System - MEMS*) têm sido considerados o *gold standard* na medição da adesão. Estes sistemas de fácil e prática utilização têm um *microchip* que deteta a abertura da tampa, registando informaticamente a hora e dia da abertura do dispositivo. Isto permite fazer um registo contínuo e definir um padrão de toma de medicação. Tal como o método anterior, não deteta efetivamente a toma do medicamento. A utilização de MEMS é mais frequente em ensaios clínicos, devido ao seu custo elevado.^{24,25}

Outro método indireto é o registo de dispensa dos medicamentos pelos serviços farmacêuticos, no qual a adesão é calculada tendo em conta a quantidade de unidades dispensada, as tomas de acordo com o regime terapêutico instituído e a quantidade prescrita para determinado período. Os registos incluem o nome do medicamento prescrito, a dosagem e a quantidade dispensada em cada ida à farmácia. É considerado um método não dispendioso de controlo da adesão nas doenças crónicas, contudo as suas limitações devem-se ao facto do doente ter de ir sempre à mesma farmácia e, mais uma vez, não garante a toma segundo o esquema.²²

Os autorrelatos de adesão, como é o caso das entrevistas, questionários ou diários, são os métodos preferidos por serem práticos, simples e não dispendiosos. Contudo, estes podem ser manipulados pelo doente, apresentando uma sensibilidade menor. Os questionários permitem uma rápida recolha de informação, não só quanto às atitudes, às crenças e receios dos doentes, mas também são capazes de distinguir a não adesão voluntária da involuntária dependendo do tipo de perguntas que o constituem.^{22,25,26}

De entre os questionários, salientam-se:

– o *Medication Adherence Questionnaire*, considerado o mais curto e com maior facilidade na pontuação; no entanto, apesar de identificar algumas barreiras à adesão, não é capaz de avaliar a autoeficácia (capacidade do doente resolver o problema de saúde).^{24,25}

– o *Brief Medication Questionnaire*, um instrumento que se divide em 3 domínios que identificam as barreiras da adesão quanto ao regime terapêutico durante a última semana, às crenças e à recordação.^{25,26}

– o *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)*,²⁷ que será abordado de forma particular nesta monografia.

2.3.2.1. Questionário MUAH como ferramenta

O questionário *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)* foi desenvolvido na Holanda em 2006 como sendo uma ferramenta capaz não só de medir indiretamente a adesão à terapêutica anti-hipertensora, mas também identificar as suas possíveis barreiras.

Numa fase inicial procederam-se a entrevistas semiestruturadas em doentes hipertensos, onde foram discutidos aspetos relativos ao conhecimento da doença, atitudes perante a medicação e execução do regime terapêutico atual. As entrevistas gravadas foram analisadas por dois investigadores resultando em 44 itens de acordo com os tópicos mais relevantes.

Após várias análises estatísticas, foram eliminados os itens com baixa variação de resposta e os 25 restantes foram agrupados em 4 fatores relacionados com a adesão: atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação (D1), falta de disciplina (D2), aversão à medicação (D3) e proatividade em relação aos problemas de saúde (D4). A fiabilidade do questionário foi avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, verificando-se uma boa consistência interna em cada dimensão (0,75; 0,80; 0,63 e 0,76).

O MUAH é um questionário orientado para o doente, com uma escala de Likert em que podem ser atribuídos níveis de 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente) em cada uma das 25 afirmações.

De modo a verificar se cumpria o seu propósito, foi aplicado em duas cidades na Holanda, Maastricht e Utrecht, as quais dão o nome ao questionário. Na primeira, os participantes foram recrutados pelo médico e eram elegíveis se tivessem HTA há pelo menos um ano e PA não controlada (PAS \geq 160 mmHg e PAD \geq 95 mmHg); em Utrecht, os participantes foram selecionados pelo farmacêutico no ato da dispensa de medicamentos anti-hipertensores e se diagnosticados com HTA há um ano.

Os resultados do questionário foram comparados com outros métodos indiretos de medição da adesão: o *Brief Medication Questionnaire*, a monitorização das prescrições dispensadas em farmácia e a monitorização eletrónica. Estas três ferramentas foram escolhidas

por já terem sido utilizadas em estudos de hipertensão e também por fornecerem dados importantes na adesão. A associação das duas ferramentas que medem a adesão sob a forma de questionário ocorreu entre as componentes do *Brief Medication Questionnaire* e apenas duas do MUAH, visto compreender um amplo leque de possíveis barreiras à adesão.

A atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação está relacionado com o domínio das crenças do *Brief Medication Questionnaire*, significando que quanto maior for a pontuação nesta área do MUAH, menor será nas crenças negativas do questionário comparador (-0,11; $p < 0,05$). Já a falta de disciplina relaciona-se com os domínios do regime e da recordação, ou seja, quanto maior a pontuação nesta área do MUAH, maior será a probabilidade de ter maior pontuação nos dois domínios do *Brief Medication Questionnaire* (0,12 e 0,11; $p < 0,05$). Além disso, a falta de disciplina tem também uma forte associação com a monitorização eletrónica da adesão, demonstrando que quando maior for a pontuação no MUAH menor será na monitorização (-0,34; $p < 0,05$). Estes doentes são bons candidatos a melhorar a disciplina.

Não foi demonstrada qualquer associação entre as 4 dimensões do MUAH e a monitorização da dispensa de medicação em farmácia comunitária, o que aconteceu possivelmente devido a cada método apreender uma informação diferente, não se correlacionando muitas das vezes entre si.²²

É perceptível que o questionário MUAH tem a capacidade de avaliar os diferentes motivos que levam à não adesão através das 4 dimensões em que se divide. Mais detalhadamente:

– Atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação (D1): Explora a crença dos doentes na possibilidade de melhorar a sua saúde, respeitando o aconselhamento médico. A primeira área compreende 8 questões através das quais o doente avalia as suas crenças perante o tratamento e os seus benefícios no controlo da PA (3,5,7,34,35,43) e a informação que lhe foi cedida pelo profissional de saúde (32,33) (Tabela 2). Por conseguinte, são abrangidos vários níveis da não adesão voluntária relacionados com o sistema e profissionais de saúde (relação e comunicação doente – profissional; educação do doente), com a doença (conhecimento da doença – saber o porquê de tomar aquele medicamento), com a terapêutica (instruções sobre a medicação) e com o doente (perceção e aceitação da doença, motivação, crenças e compreensão da medicação).

Tabela 2 – Questões da dimensão ‘Atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação’ (D1) do questionário MUAH.²⁷

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais que as desvantagens
32	A informação que o médico de família me deu sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória
33	A informação que na farmácia me deram sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória
34	Não me preocupo muito com a minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias
35	Penso que contribuo para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias
43	Quando me preocupo muito com a minha saúde, tento encontrar outra coisa em que pensar

– Falta de disciplina (D2): Avalia a capacidade que o doente tem de tomar a medicação regularmente e como prescrito. As 6 questões que fazem parte desta dimensão encontram-se particularmente relacionadas com a não adesão involuntária, ou seja, com o esquecimento não intencional e a falta de disciplina (23,24,25,26). No entanto, abrange também fatores socioeconómicos (18 - suporte familiar e social) e fatores relacionados com a terapêutica (36 - complexidade do regime terapêutico). A questão 25 além de referenciar a falta de disciplina, sugere também a não perceção da doença, uma vez que a HTA é maioritariamente assintomática (fatores relacionados com a doença e com o doente) (Tabela 3).

Tabela 3 – Questões da dimensão ‘Falta de disciplina’ (D2) do questionário MUAH.²⁷

18	Tenho pessoas à minha volta que me ajudam a tomar a minha medicação
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos
24	Tenho uma vida agitada é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação
25	Tendo a esquecer-me da minha medicação porque não estou consciente de que tenho a pressão arterial alta
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação

– Aversão à medicação (D3): Aborda questões relacionados com a relutância à toma de medicação, devido às suas crenças e preferências, assim como ao medo dos efeitos secundários. Nas 5 afirmações que se seguem volta a ser evidente a não adesão voluntária, tanto por fatores relacionados com o doente, como por fatores relacionados com a doença, sendo crucial atuar por meio dos profissionais de saúde de modo a instruir o doente, para que este compreenda e aceite a sua doença (Tabela 4). Em todas as afirmações é evidente a presença dos fatores associados à doença, estando presente a não aceitação e o fraco

conhecimento acerca da doença e do tratamento. Além disso, os fatores relacionados com o doente também são evidentes em todas as perguntas deste grupo, como é o caso da não percepção e aceitação da doença, as crenças sobre a medicação (16) e efeitos secundários, demonstrando preferências alternativas (11) ou relutância aos medicamentos (9,13). A questão 14 encontra-se ainda relacionada com a terapêutica e com as reações adversas que dela podem surgir.

Tabela 4 – Questões da dimensão ‘Aversão à medicação’ (D3) do questionário MUAH.²⁷

9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos
11	Prefiro remédios naturais para baixar a minha pressão arterial
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias
14	Tenho medo dos efeitos secundários
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias

– Proatividade em relação aos problemas de saúde (D4): Refere-se aos comportamentos que o doente adota de modo a melhorar a sua saúde e controlar a doença. A quarta e última área do questionário MUAH é composta por 6 perguntas que demonstram o empenho do doente, não só através das mudanças de estilo de vida e alimentação (20,21,22,37), mas também na procura de respostas, aumentando o seu conhecimento da doença (39,40) (Tabela 5). A literacia em saúde (fatores socioeconómicos) abrange todas as questões da D4, sendo fundamental o investimento na educação do doente (fatores relacionados com o sistema de saúde), pelo que ambas são aqui avaliadas implicitamente. Mais explicitamente são avaliadas a motivação e aceitação da doença pelo doente (fatores relacionados com o doente).

As questões 39 e 40 também podem ser vistas na perspetiva dos fatores relacionados com a doença incluindo-se no conhecimento que o doente tem sobre a HTA.

Tabela 5 – Questões da dimensão ‘Proatividade em relação aos problemas de saúde’ (D4) do questionário MUAH.²⁷

20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício físico suficiente para reduzir o risco de sofrer doenças cardiovasculares
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares
37	Quando quero ter uma vida saudável, quase sempre o consigo
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde
40	Para resolver os meus problemas de saúde baseio-me nos meus valores, por exemplo na pressão arterial

A forma como é realizada a pontuação no questionário MUAH é algo complexa. Valores de pontuação mais elevados na primeira e na quarta área estão relacionados com uma maior adesão à terapêutica, por outro lado, na segunda e na terceira dimensão as pontuações mais baixas estão relacionadas com maior probabilidade de adesão. Assim, é necessário inverter as pontuações obtidas em D2 e D3, ou seja, quando a resposta nestas duas dimensões for 1 – discordo totalmente, devem-se considerar 7 pontos. Desta forma, uma maior pontuação total no questionário MUAH estará diretamente relacionada com uma maior adesão por parte do doente.²⁸

2.4. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Tal como referido anteriormente a adesão é um conceito multifatorial, e o importante não é classificar o doente como aderente ou não aderente, mas sim perceber qual das cinco dimensões está a prejudicar a adesão para que se possa intervir aí.

Visto que a HTA é uma doença de natureza crónica e assintomática, estes são dois dos maiores fatores que contribuem para a não adesão, assim como educação, relação com profissional e sistema de saúde e com o tratamento.¹⁴

O principal objetivo é ajudar os doentes a melhorar a adesão ao esquema terapêutico. Neste sentido, têm vindo a ser desenvolvidas várias estratégias mais centradas no doente para aumentar a motivação e a adesão, ajudando-o a melhorar o seu estilo de vida e tirar um melhor partido da terapêutica. No entanto, nem todas as abordagens são efetivas.

A OMS divide as estratégias por dimensões da adesão. No entanto, estas são muitas vezes sobreponíveis. Já Bugalho e Carneiro (2004) dividem as intervenções para melhorar a adesão terapêutica em intervenções educacionais e comportamentais: as primeiras promovem o conhecimento sobre a HTA e a terapêutica através de material didático e interativo, já as últimas tendem a introduzir e alterar comportamentos no dia-a-dia, facilitando e melhorando a adesão terapêutica (Tabela 6).^{13,14,29}

Tabela 6 – Intervenções educacionais e comportamentais para melhoria da adesão à terapêutica. Adaptada de 'Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas'.¹³

Intervenções educacionais	Intervenções comportamentais
Informação oral, escrita e audiovisual / informática	Aumento da comunicação e aconselhamento
	Envolvimento do doente no tratamento
Programas educacionais	Simplificação do esquema terapêutico
	Memorandos
	Recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos

Além destas, faz todo o sentido acrescentar as intervenções socioeconómicas que acabam por também ser uma estratégia de adesão

2.4.1. Intervenções educacionais

A literacia em saúde é definida pela OMS como o conjunto das “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade dos indivíduos de obter, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (1998). É, pois, muito mais que ler e ouvir a informação fornecida pelos profissionais de saúde, mas apreender e utilizar essa informação no dia-a-dia.³⁰

Estudos anteriores demonstram que a literacia que o doente possui sobre este tema está diretamente relacionada com a adesão à terapêutica e com a utilização dos cuidados de saúde. Em 2012 foi realizado um estudo que abrangeu portugueses com idades desde os 16 aos 79 anos. Neste estudo foi demonstrado que não só 30% dos portugueses não sabiam identificar uma causa da HTA, como 26% consideravam 95/60 mmHg um valor normal de PA. A maioria reconhece o enfarte do miocárdio e o AVC como consequências da doença, no entanto a percentagem é menor para as outras complicações que a HTA pode causar. A falta de literacia por parte do doente sobre uma das principais doenças que afeta o país é evidente.³¹

As estratégias educacionais refletem-se em vários estudos com melhoria dos conhecimentos sobre a doença e melhor compreensão e cumprimento do regime terapêutico.

– Informação oral, escrita e audiovisual/informática: A informação dada por via oral é a intervenção mais frequente, tanto a nível da consulta médica, como com o enfermeiro ou farmacêutico, podendo ser complementada com informação escrita.¹³

O acesso a materiais informativos na imprensa e espaços de saúde pode exercer efeito a nível informativo e motivacional principalmente nos doentes mais céticos, não estando, no entanto, associados a um maior controlo da PA.^{15,23,32}

Os meios audiovisuais e informáticos revelam-se igualmente eficazes na captação de informação e aprendizagem do doente.^{13,29}

Em 2018 o Sistema Nacional de Saúde apresentou um novo instrumento: a Biblioteca de Literacia em Saúde (www.biblioteca.sns.gov.pt). Esta ferramenta possui vários livros digitais e o “Diário da Minha Saúde” onde o doente pode colocar as suas consultas, o seu histórico, eventos futuros e reflexões. A apresentação de conteúdos em vídeo e de curta duração podem ser apontados como aspetos positivos. No entanto, requer que o doente esteja familiarizado com as novas tecnologias e quando se escreve “hipertensão” na área de pesquisa apenas

aparece um conteúdo relativamente ao sal ingerido por dia, requerendo melhorias. Não deixa, contudo, de ser uma ferramenta educacional interessante no autocontrolo da doença.

– Programas educacionais: Este tipo de programas deve ser aplicado quer aos doentes e às suas famílias, quer aos profissionais de saúde.

Poucos doentes com HTA alteram os seus comportamentos a longo prazo, quer por o próprio não estar disposto a mudar, quer por ter aconselhamento inadequado.^{1,23}

Leituras didáticas e workshops educacionais direcionados para o doente e para a sua família mostraram ter impacto no controlo da PA. Aqui há espaço para abordar questões relacionadas com a terapêutica e controlo da doença, mas também com os hábitos de vida saudáveis. É de extrema importância que o doente perceba a importância do controlo da doença, quais os resultados esperados e como identificar os efeitos secundários dos medicamentos.^{14,15,33}

Neste tipo de intervenção a linguagem deve ser objetiva e adaptada ao doente, permitindo a memorização facilmente.³³

No caso dos profissionais de saúde, é importante que estes consigam detetar a não adesão e ajudar a melhorar este aspeto. Neste sentido, a intervenção feita por outro profissional especializado e a utilização de materiais científicos permitem reduzir a alteração terapêutica desnecessária, com possível redução da adesão por parte do doente.¹³

2.4.2. Intervenções comportamentais

– Aumento da comunicação e aconselhamento: Neste campo existem evidências científicas do aumento da adesão ao tratamento, podendo ser utilizadas diversos meios diretos (consulta com profissional de saúde e contacto telefónico) ou indiretos (mensagens automáticas telefónicas ou eletrónicas) para implementar esta estratégia.^{29,32}

Todos os momentos devem ser aproveitados para dar aconselhamento ao doente. Quando o encontro com o profissional de saúde (médico, farmacêutico ou enfermeiro) é presencial a abordagem deve centrar-se no doente, não o culpabilizando da não adesão, mas ajudando-o a mudar essa atitude.¹ Importa ouvir o doente e entender o nível de conhecimento que tem sobre a HTA e as expectativas no tratamento, assim como questionar sobre a adesão e decodificar as barreiras a esta. Numa linguagem adaptada ao doente, devem ser esclarecidas as suas dúvidas, alterar ideias preconcebidas e reforçar os benefícios do controlo da doença e de adquirir hábitos de vida saudáveis, garantindo que o doente assume a responsabilidade de

melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Se necessário reforçar por escrito as informações dadas.^{6,23,34}

O acompanhamento do doente através de chamadas telefónicas permite de forma mais cómoda a discussão, o esclarecimento de dúvidas e o aconselhamento com o profissional de saúde, melhorando também a relação doente-profissional. Assim, este tipo de intervenções pode ser bastante efetivo no aumento da adesão e controlo da HTA, devido ao seu dinamismo. Em contrapartida, requer disponibilidade por parte do profissional, a qual muitas vezes é incompatível. É importante reforçar que não substitui a consulta médica.^{32,35,36}

A conversa deve ser centrada no doente e não meramente expositiva. Deve ser pedido um *feedback* de modo a abordar assuntos mais relevantes para o doente. A dieta, o exercício físico, a literacia em saúde, a medicação e, os efeitos secundários, entre outros aspetos devem ser abordados e adaptados a cada chamada.^{16,37}

Cada vez é mais frequente a utilização de tecnologias, gerando um novo leque de estratégias a utilizar. As mensagens telefónicas automáticas ou informáticas mostram evidência na melhoria da adesão e controlo da doença, além de que requerem menos tempo que as intervenções anteriores. As mensagens de telefónicas parecem ter mais impacto na alteração de comportamentos, no entanto vários doentes preferem a chamada de voz.³⁷

Neste tipo de mensagens o doente recebe várias instruções e conselhos sobre nutrição, atividade física e hábitos de vida saudáveis, assim como outras informações relativas à sua condição. Trata-se de mensagens detalhadas e não simples memorandos.³⁷

Num doente que seja recentemente diagnosticado esta estratégia pode não ser a mais eficaz, pois é necessário um maior acompanhamento.³⁵

A incorporação familiar e de grupos de suporte social também mostra aumentar a adesão terapêutica. A perceção de solidão pelo doente leva a uma redução de atividade física, à adoção de maus hábitos alimentares e à não adesão. Assim, a educação das pessoas próximas ao doente ajuda-o a seguir as recomendações mais consistentemente e os grupos de suporte social através de encontros e reuniões capacitam o doente e o motivam à adesão.^{13,23,29}

– Envolvimento do doente no tratamento: A monitorização da PA em ambulatório é realizada pelo doente em casa ou numa farmácia comunitária. É importante que haja a preparação necessária para a realizar a medição e para interpretar os resultados obtidos.^{14,38}

Esta intervenção auxilia o médico na decisão clínica do tratamento, aumenta a adesão terapêutica e a adoção de comportamentos mais saudáveis, assim como o melhor controlo da doença e procura de apoio profissional quando necessário. Este último aspeto é especialmente

importante para quem possui acesso limitado aos cuidados de saúde por razões geográficas, físicas ou económicas.^{6,39,40}

– Simplificação do esquema terapêutico: A complexidade do regime terapêutico é um dos problemas que mais afeta os doentes e que os leva muitas vezes à não adesão, principalmente aqueles que são portadores de patologias concomitantes que também requerem medicação.^{14,41}

A principal estratégia a este nível tem sido a associação de dois ou mais fármacos anti-hipertensores num só comprimido, que cada vez mais têm vindo a ser desenvolvido pela indústria farmacêutica. Já existem inclusive associações triplas de anti-hipertensores disponíveis em Portugal, como é o caso do ExforgeHCT[®], mas também associações com outras classes farmacológicas, como é o caso do Trinomia[®], que associa um antidiabético, um anti-hipertensor e um antiagregante plaquetar.^{41,42,43}

Estas associações farmacológicas permitem a simplificação do regime terapêutico com redução do número de comprimidos e das tomas diárias, sem efeitos acrescidos aos de cada fármaco que o constitui. Vários estudos têm demonstrado que esta estratégia aumenta a adesão à terapêutica em doentes com HTA, no entanto o facto de constituírem doses fixas impossibilita o ajuste de dose e limita a sua utilização clínica.^{1,41,43}

– Memorandos: Os doentes e os serviços de saúde devem envolver-se ativamente no controlo da HTA utilizando ferramentas que não facilitem a ocorrência de esquecimentos, com conseqüente não adesão. Os memorandos ou lembretes podem ajudar o doente a não se esquecer das consultas ou a aderir ao tratamento.^{15,16}

As embalagens especiais, como é o caso das eletrónicas, são muito variadas e têm em comum o registo da abertura, gravando os registos da adesão que são úteis aos profissionais de saúde. Apesar dos estudos realizados serem de curta duração, estes aparelhos estão associados ao aumento da adesão, principalmente os que possuem um visor digital (mostram o tempo decorrido desde a última abertura) e os audiovisuais (alarme audível ou luzes que relembram a toma). No entanto, podem trazer efeitos menos benéficos e originar confusão a quem já tem uma rotina definida, sendo mais proveitosos e eficazes em doentes sem rotina medicamentosa definida.⁴⁴

As caixas multicompartimentais são outro tipo de armazenamento de formas sólidas e podem conter compartimentos com horários para um dia ou para uma semana. Esta estratégia pode ser útil em doentes polimedicados, mais comum nos mais idosos, e em doentes motivados a aderir à medicação, mas que têm dificuldades.^{45,46}

Na preparação é necessário o descondicionamento da embalagem original e colocar individualmente cada medicamento no compartimento, aumentando o espaço de erros. Além disso, nos idosos está associado à falta de conhecimento dos medicamentos que toma, não os reconhecendo. É importante que antes de iniciar esta estratégia haja o devido aconselhamento, o que muitas vezes não acontece porque o doente não procura a ajuda do profissional.^{46,47}

Outra estratégia que ajuda muitos doentes é a informação visual sobre a toma da medicação, a qual deve ser colocada em locais estratégicos para ajudar a lembrar de como é feita a toma. Horários de toma de medicação diária ilustrados são ferramentas de fácil utilização e que têm demonstrado aumentar a compreensão, adesão e segurança do medicamento. Contêm informação sobre o nome e dose do medicamento, frequência e altura da toma, para que serve e outras informações sobre o regime do doente. Inicialmente é importante uma breve orientação e revisão da medicação recorrendo a esta ferramenta, de modo a que o doente compreenda a sua utilização.^{48,49,50}

Os alertas de consultas médicas e aquisição de receituário (carta, oral, telefónico, informático) são medidas que podem aumentar a adesão, não sendo isto totalmente garantido. As mensagens telefónicas são lembretes simples e mais usuais que avisam o doente sobre consultas marcadas ou para tomar a medicação. As chamadas telefónicas são também eficazes na mudança de comportamento, no entanto se recebidas durante o horário de trabalho podem não ser atendidas, perdendo efeito. Outro fator que precisa de ser otimizado é o facto das bases de dados muitas vezes estarem desatualizadas.^{35,36,51}

– Recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos: Quando a adesão do doente é evidente, Bugalho e Carneiro (2004) afirmam que deve haver um incentivo para que continuem com estes resultados, motivando-o. Os incentivos monetários (maior participação), a redução da frequência das consultas médicas e a maior facilidade na aquisição de bens para o controlo da doença são as estratégias mencionadas.¹³

2.4.3. Intervenções socioeconómicas

– Disponibilidade do medicamento prescrito: Em farmácia comunitária é perceptível que os doentes têm preferência em manter a marca ou laboratório no caso dos genéricos. Isto porque o fator imagem é bastante importante, já conhecendo o medicamento pela embalagem. O facto do médico prescrever um medicamento que não está disponível, causa alguma insegurança na escolha de outro fornecedor, podendo levar à não adesão. Assim, é importante que quando o médico prescreve tenha acesso aos medicamentos disponíveis e que o

farmacêutico explique o porquê da alteração de fornecedor, assegurando a segurança do medicamento e que o doente percebe a qual corresponde e para que serve.⁵²

– Utilização de genéricos: Está descrito que o custo associado aos medicamentos prescritos influencia a não adesão nos doentes com HTA, sendo um fator preponderante para aqueles cujos rendimentos são baixos. O elevado custo dos medicamentos pode levar o doente a omitir doses ou mesmo a descontinuá-lo. Além disso, pode ainda causar o aumento de dose e prescrição de medicamentos desnecessários por parte do médico.^{23,33}

Vários estudos, cujos participantes possuem baixos rendimentos, demonstram que há um aumento da adesão na toma de genéricos comparativamente aos medicamentos originais. Assim, deve ser avaliado cada doente individualmente, o médico deve prescrever a dose mínima necessária e informar da existência de genéricos mais em conta e com igual eficácia. Quanto ao farmacêutico, quando abordado pelo doente deve informar da existência de medicamentos mais baratos com igual valor terapêutico e aconselhá-los quando possível.^{23,29,52}

– Programa ‘Abem:’: A associação portuguesa Dignidade criou um programa de solidariedade social que tem como missão “garantir que todos os portugueses têm acesso aos medicamentos que precisam”, garantindo assim uma melhor qualidade de vida dos doentes mais carenciados.

O programa funciona através de donativos que podem ser feitos em campanha ou através do website (www.abem.dignidade.org). Aos doentes ‘abem:’ é atribuído um cartão de beneficiário que lhes permite aceder aos medicamentos da prescrição médica na farmácia.

2.4.4. Intervenções combinadas

Uma vez que a não adesão é multifatorial, a conjugação de várias estratégias é recomendada e tem-se mostrado mais eficaz do que quando é utilizada apenas uma. São vários os estudos que mostram que há efetivamente um aumento da adesão quando implementadas de acordo com as necessidades e especificidades do doente.^{1,6}

As estratégias que se têm demonstrado mais eficazes são: simplificação do regime terapêutico, memorandos, automonitorização e cuidados farmacêuticos. Estes profissionais de saúde pela maior proximidade com o doente são mais eficazes na implementação de muitas destas estratégias.⁶

II. Projeto de Investigação: Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos

O presente projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (024-CE-2018). (Anexo C)

I. Objetivo

Avaliar o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora numa amostra de doentes hipertensos de modo a conhecer os fatores que mais influenciam a adesão através da aplicação do questionário MUAH, percebendo onde se pode intervir de modo a otimizar a adesão, com consequente melhoria dos resultados clínicos.

2. Material e métodos

2.1. Amostra

O presente estudo abrangeu o norte e centro de Portugal, tendo sido realizado em 5 farmácias comunitárias no período decorrido entre março e junho de 2018. Foram convidados a participar no estudo todos os doentes que tivessem idade superior a 18 anos e que apresentassem prescrição de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensor e que fizessem terapêutica anti-hipertensora há mais de 3 meses. Doentes com dificuldades cognitivas e grávidas foram excluídos do estudo.

2.2. Questionários

O estudo consistiu na realização de 3 questionários por ordem predefinida sob o formato de entrevista presencial (Anexo E).

O *Hypertension Knowledge Test* (HKT) avalia o conhecimento que o doente tem sobre a HTA (etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção). É composto por duas partes que avaliam o conhecimento do doente sobre a HTA: a primeira em que há 12 questões de resposta verdadeiro/falso e a segunda constituída por 9 perguntas com resposta de escolha múltipla, em que apenas uma é a correta.⁵³

O *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) avalia as crenças comuns que o doente tem na medicação. Este questionário é composto duas secções: BMQ-Geral e BMQ-Específico. A primeira avalia crenças mais gerais sobre a medicação, enquanto a segunda avalia crenças acerca dos medicamentos do doente. Foi utilizado o BMQ-Específico, no qual o doente atribui os graus de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente) a cada uma das 11 afirmações acerca das crenças e preocupações na medicação que lhe é prescrita.⁵⁴

Por último, o MUAH é constituído por 25 afirmações em que o doente tem de atribuir níveis de 1 a 7 consoante discorda ou concorda totalmente. Este questionário avalia fatores cognitivos e comportamentais da não adesão, encontrando-se dividido em 4 dimensões: D1 (3, 5, 7, 32, 33, 34, 35, 43); D2 (18, 23, 24, 25, 26, 36); D3 (9, 11, 13, 14, 16); D4 (20, 21, 22, 37, 39, 40).²⁷

2.3. Procedimento

Após o recrutamento dos participantes, estes foram acompanhados individualmente a um gabinete próprio no qual foi realizado todo o estudo. Inicialmente foram prestadas todas as informações sobre a realização do estudo e o âmbito deste, de modo a que fosse assinado o consentimento informado em duplicado pelo entrevistador e pelo participante (Anexo D). De seguida, foram recolhidos os dados sociodemográficos e os dados relativos à terapêutica habitual de cada doente. De forma a avaliar o controlo da doença a PAS, PAD e pulso foram medidos duas vezes, a primeira antes de realização dos questionários e a segunda após a sua conclusão. Os doentes foram considerados ‘controlados’ se PA <140/90 (85 se diabéticos) mmHg.⁵ Os questionários foram realizados sob a forma de entrevista, sem acrescentar qualquer palavra ao guião e as respostas do participante foram assinaladas de acordo com o pedido em cada questionário. A ordem da sua realização foi a seguinte: HKT, BMQ e MUAH.

2.4. Análise dos dados

Os dados reunidos foram transcritos segundo uma chave e de acordo com as respostas dadas pelos doentes para o programa Excel. Posteriormente, o tratamento dos dados e a análise estatística foi realizado utilizando o programa SPSS.

3. Resultados

3.1. Características sociodemográficas da amostra

No presente estudo participaram 197 doentes com HTA, entre os quais 121 (61,4%) pertenciam ao sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 65,82±12,15 anos, sem diferenças significativas entre os sexos.

Aos 197 participantes foi questionada a ocorrência de antecedentes pessoais: 30 (15,2%) doentes referiram história de doença do coração, 4 (2%) doentes referiram pelo menos um AVC e 20 mulheres em 121 (16,5%) referiram HTA durante a gravidez.

A existência de patologias concomitantes também foi investigada, assim como o respetivo controlo auto-reportado. Foram identificados 57 (28,9%) participantes com

Diabetes mellitus, dos quais 52 (26,4%) encontravam-se controlados; 110 (55,8%) doentes com dislipidemia, dos quais 83 (42,1%) encontravam-se controlados; 51 (25,9%) obesos; e 19 (9,6%) doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

3.2. Terapêutica e controlo da HTA na amostra

Foi observada uma variação no período entre o diagnóstico da HTA e o momento da entrevista, variando entre 1 e 50 anos, tendo sido o tempo médio de $13,44 \pm 10,08$ anos.

Quanto ao controlo da PA, a média de PAS foi $133,98 \pm 16,36$ mmHg, a PAD média foi $78,85 \pm 10,82$ mmHg e as pulsações médias $72,01 \pm 10,58$ batimentos/min, resultando em pouco mais de metade dos doentes (54,8%) com HTA controlada.

Os participantes tomavam entre 1 a 13 medicamentos diferentes para todas as suas patologias, sendo a média de $4,30 \pm 2,52$ medicamentos. De entre todos os doentes, 137 (69,5%) tomavam 2 ou mais anti-hipertensores.

A terapêutica anti-hipertensora instituída nos 197 doentes era variada: ARA (51,3%); Diuréticos Tiazídicos (41,1%); InECA (36,5%); B β (28,4%); BEC (28,4%); Diuréticos da Ansa (11,7%); outros diuréticos (6,6%); Antagonistas da Renina (0,5%); Antagonistas α 2-centrais (0,5%).

3.3. Questionário MUAH

A média da pontuação obtida no total das respostas ao questionário MUAH foi $127,84 \pm 17,44$, num total de 175 pontos. A pontuação dos participantes variou entre 72 e 174 pontos, localizando-se mais frequentemente entre os 125 e 130 pontos.

As figuras 2, 3, 4 e 5 mostram as respostas dadas pelos doentes em cada uma das dimensões do questionário MUAH.

Em DI obteve-se uma pontuação média de $45,29 \pm 5,74$ num máximo de 56, havendo um participante a pontuar apenas 11. Em DI, a maioria dos doentes obteve 31 ou 32 pontos, concordando com a maioria das questões.

Verificou-se um desvio no padrão das respostas às questões 34 e 43: a primeira com 28% dos doentes a responder na região 'discordo' e a segunda com 54,3% a responder na região 'concordo'.

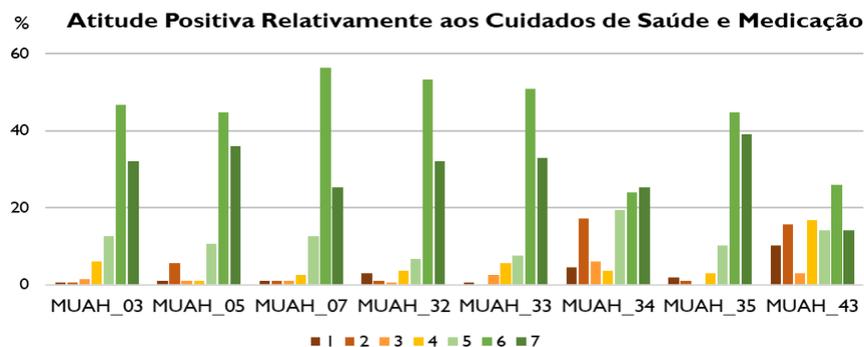


Figura 2 – Respostas obtidas na dimensão D1 do questionário MUAH.

Em D2, tal como em D3, a pontuação foi invertida para obter uma pontuação final de adesão e afirmar que, quanto maior a pontuação obtida, maior a adesão. Assim, nestas duas dimensões, aos doentes que responderam às questões com 1 – discordo totalmente foram atribuídos 7 pontos.

Em D2 obteve-se uma pontuação média de $15,05 \pm 7,20$ em 42 pontos e com a pontuação 6 como sendo a mais frequente. No entanto, também houve pontuações de 33 a 35. De entre as questões, sobressaiu a 23 com mais respostas positivas (43,1%).

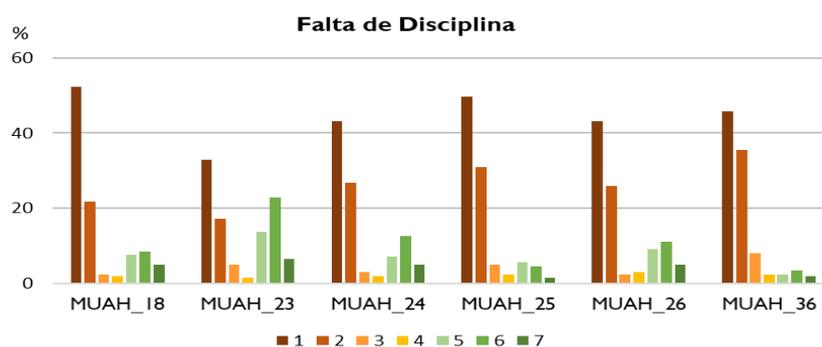


Figura 3 – Respostas obtidas na dimensão D2 do questionário MUAH.

A dimensão D3 foi aquela cujas respostas na mesma questão foram mais heterogéneas. A pontuação média foi $20,35 \pm 6,77$ num total de 35 pontos. As pontuações variaram entre os 5 e os 34, com os 22 e os 26 pontos a serem mais frequentes.

A pergunta 9 revelou que 42,2% dos doentes quando tem a PA controlada na consulta médica espera tomar menos medicamentos. A questão que obteve maior taxa de incerteza (23,9%) neste grupo foi relativa aos ‘remédios naturais’ (MUAH_11). De acordo com a questão 13, mais de metade dos doentes (55,8%) não gosta de tomar medicamentos todos os dias. O medo dos efeitos secundários dos medicamentos foi assumido por 40,1% dos participantes (MUAH_14). Já a última pergunta desta dimensão (MUAH_16) demonstrou que 26,9% não considera os anti-hipertensores como sendo prejudiciais ao organismo.

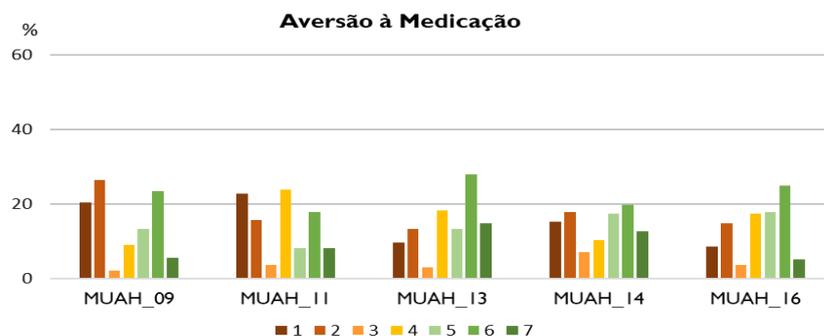


Figura 4 – Respostas obtidas na dimensão D3 do questionário MUAH.

A pontuação na dimensão D4 variou entre 6 a 42, com uma média de $29,94 \pm 6,31$ num total de 42 pontos. Houve uma frequência crescente da pontuação com o pico no intervalo 35-36 pontos.

Destacou-se a pergunta 20 como sendo aquela que obteve respostas mais diversificadas, com percentagem de respostas negativas (45,7%) quase equiparáveis às respostas positivas (46,2%).

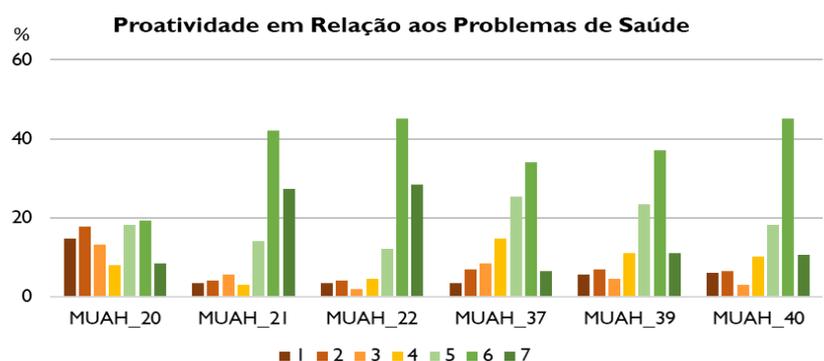


Figura 5 – Respostas obtidas na dimensão D4 do questionário MUAH.

3.4. Influência dos fatores sociodemográficos no grau de adesão

Dos 197 participantes, 121(61,4%) eram mulheres. Por meio do teste t-student analisou-se que há igualdade de médias de pontuações entre os sexos, não havendo diferenças estatisticamente significativas no grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora (Tabela 7). A mesma análise foi feita tendo em consideração cada dimensão do MUAH e também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Pontuações obtidas no questionário MUAH em ambos os sexos.

Pontuação obtida no MUAH por sexo		
	Masculino	Feminino
N	76	121
Média	127,39	128,12
Desvio padrão	16,95	17,80

Relativamente à variação entre o grau de adesão à terapêutica avaliado pelo MUAH e a idade dos doentes, não houve diferenças estatisticamente significativas. (Figura 6)

A mesma análise foi realizada para cada uma das dimensões espelhando a mesma conclusão, ou seja, que não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre as diferentes dimensões do MUAH e a idade dos doentes.

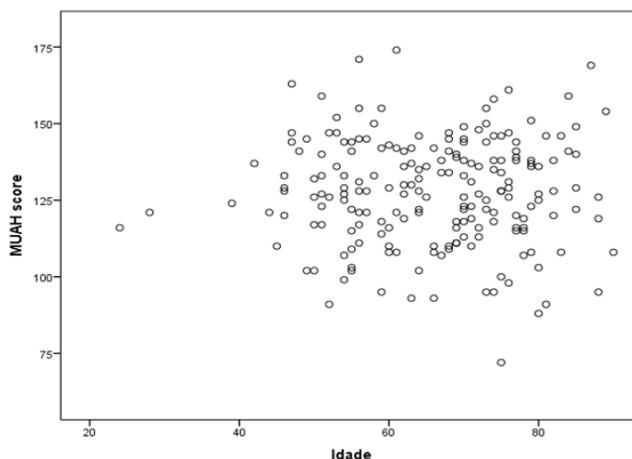


Figura 6 – Gráfico de dispersão das pontuações do questionário MUAH em função da idade.

3.5. Influência do grau de adesão no controlo da doença

A média da pontuação do MUAH obtida no grupo de hipertensos controlados foi maior do que a obtida no grupo de hipertensos com pressão arterial descontrolada (Tabela 8). Para avaliar a possível correlação entre estas duas variáveis foi realizado um teste *t-student*, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o controlo dos doentes hipertensos e o grau de adesão que apresentavam. Igual conclusão foi obtida quando realizado este teste para analisar a correlação entre as dimensões do MUAH e o grau de controlo da PA, não tendo sido encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Pontuações obtidas no questionário MUAH nos grupos de doentes com HTA controlada e não controlada.

Pontuação obtida no MUAH no grupo de doentes com HTA controlada e não controlada		
	PA não controlada	PA controlada
N	76	108
Média	124,55	129,56
Desvio padrão	18,07	15,99

4. Discussão

O questionário MUAH tem por objetivo ser uma de ferramenta que identifique não só o grau de adesão, mas também as causas da não adesão. O facto de ter duas dimensões que têm influência positiva (D1 e D4) na pontuação e duas que têm influência negativa (D2 e D3) torna complexa a classificação dos doentes como aderentes ou não aderentes. A pontuação é então feita pela inversão das respostas dadas em D2 e D3, de modo a que, quanto maior for a pontuação obtida, maior será a adesão à terapêutica por parte do doente.

As dimensões com influência positiva são 'atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação' (D1) e 'proatividade em relação aos problemas de saúde'(D4) num total de 14 perguntas, cujo objetivo é que a resposta seja "concordo totalmente", originando um total de 98 pontos. Já as dimensões com influência negativa na pontuação total são 'falta de disciplina'(D2) e 'aversão à medicação'(D3) somando 11 perguntas, nas quais o objetivo é exatamente o contrário, ou seja, somar 11 pontos no total ("discordo totalmente"), os quais invertendo a pontuação correspondem a 77 pontos.

Segundo esta lógica de ideias, o resultado ideal será tanto melhor quanto mais próximo de 175 pontos se encontrar a soma das respostas do MUAH. A média da pontuação MUAH foi $127,84 \pm 17,44$, podendo considerar-se a amostra como 'moderadamente aderente'. Na soma das duas dimensões positivas (D1 e D4) obtiveram-se cerca de 75 pontos de média, mostrando que são necessárias melhorias, assim como nas dimensões negativas (D2 e D3) que obtiveram cerca de 35 pontos, em 77. Isto demonstra existir uma grande margem para melhorar a adesão à terapêutica em todas as dimensões.

A pontuação total por ser tão complexa acaba por não ser o mais relevante, interessando principalmente os valores obtidos em cada dimensão.

4.1. Dimensão D1

Na dimensão 'atitude positiva relativamente aos cuidados de saúde e medicação' (D1) a pontuação média obtida demonstrou que as crenças no tratamento e a informação dada pelos profissionais não foi a principal causa de não adesão na maioria dos doentes. No entanto, 28% dos participantes mostraram não confiar plenamente nos seus medicamentos (MUAH_34), os quais beneficiariam de intervenções educacionais e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde. Além disso, apenas cerca de metade dos doentes demonstrou não apresentar constantemente pensamentos negativos relativos à sua medicação (MUAH_43), beneficiando a outra metade de intervenções tanto educacionais e do esclarecimento das suas

dúvidas junto dos profissionais de saúde. Uma vez que também se incluem questões acerca da perceção das instruções dadas sobre o regime terapêutico, os memorandos podem ser úteis para doentes com dificuldade na compreensão, sendo importante esclarecer as dúvidas existentes, nomeadamente junto do farmacêutico.

4.2. Dimensão D2

A segunda dimensão ‘falta de disciplina’ (D2) é a primeira dimensão com influência negativa no resultado do MUAH e cuja pontuação deve ser invertida. Em D2 é abordada a capacidade do doente seguir o seu regime terapêutico, sendo evidente que a maioria das respostas são negativas. A pontuação total mais frequente foi 6, que invertendo resulta na pontuação máxima que se pode obter nesta dimensão, demonstrando que tal como a DI não é a principal causa de não adesão nesta amostra.

De entre as questões de D2 sobressai a 23 com mais respostas positivas (43,1%), mostrando que uma fração apreciável dos doentes por vezes não tem a certeza se tomou a medicação. Isto pode ser visto de duas formas: como esquecimento ou como um hábito rotineiro automatizado. Outro fator a ser considerado é o apoio das pessoas que rodeiam o doente na toma da medicação (MUAH_18), refletindo que estamos perante uma amostra maioritariamente independente neste aspeto.

O facto de existirem respostas bastante longe do valor pretendido demonstra a existência de doentes para quem o regime terapêutico é um desafio. Nestes doentes seria importante implementar intervenções educativas, memorandos, mas também a simplificação do regime terapêutico, uma vez que os níveis de adesão são mais elevados quando o regime terapêutico é simples e fácil de entender. O apoio da família ou pessoas que rodeiam o doente é importante para o ajudar, apesar da amostra ser maioritariamente independente nas suas tomas.

4.3. Dimensão D3

As respostas foram mais dispersas na dimensão relativa à relutância à toma da medicação (D3). A pergunta 9 demonstra que uma grande percentagem dos doentes revela que, apesar do objetivo terapêutico estar a ser cumprido, o fator ‘medicamento’ e a quantidade destes é preponderante, mostrando a importância na sua diminuição ou suspensão. Na questão 13, mais de metade dos doentes não gosta de tomar medicamentos todos os dias, mais preocupante ainda foi que no surgir desta pergunta vários comentaram ‘não gosto, mas tem de ser’ com um sentido de obrigação e não de cooperação. Também os ‘remédios

naturais' (MUAH_11), os efeitos secundários (MUAH_14) e os efeitos dos anti-hipertensores no organismo (MUAH_16) são questões que necessitam de esclarecimento perto dos doentes.

Esta dimensão D3 é a que se apresenta com maior necessidade de atenção e intervenção. A intervenção nesta área será no sentido de educar o doente, instruindo-o sobre a necessidade da medicação e do controlo da doença, quais os possíveis efeitos secundários e como lidar com eles, a importância das medidas não farmacológicas e que o seu controlo e segurança são o objetivo do doente e não 'tomar menos medicamentos'.

4.4. Dimensão D4

A última dimensão do questionário (D4) é relativa aos comportamentos que o doente adota para melhorar a sua saúde, apresentando um bom desempenho, uma vez que a grande maioria dos doentes reconheceu a importância das medidas não farmacológicas aplicando-as, principalmente a alimentação cuidada. Por outro lado, o exercício físico é descuidado, com quase metade dos doentes assumindo-o. Workshops principalmente sobre atividade física, mas também sobre alimentação seriam bem aplicados nesta área, motivando os doentes.

4.5. Estratégias

Após a interpretação dos resultados obtidos e sendo o questionário MUAH a principal ferramenta deste estudo, foram divididas e sintetizadas na tabela 9 as várias estratégias abordadas que podem ser implementadas pelo farmacêutico.

Tabela 9 – Sugestão de estratégias intervencionais aplicadas a cada uma das dimensões do questionário MUAH.

	Educativas		Comportamentais				
	Informação Adicional	Programas educativos	Aumento da comunicação e aconselhamento	Envolvimento do doente no tratamento	Simplificação do esquema terapêutico	Memorandos	Recompensa pelas melhorias
D1	X	X	X	X		X	X
D2		X		X	X	X	X
D3	X	X	X	X			X
D4	X	X		X			X

Estratégias educativas, autocontrolo da PA e recompensas pelo esforço são estratégias que podem ser aplicadas em todas as dimensões de modo a obter maiores níveis de adesão. As intervenções educativas permitem um melhor conhecimento da doença e como lidar com esta, esclarecendo e informando ao máximo não só o doente, mas também as pessoas que o rodeiam.¹³ Workshops que ensinem os doentes a implementar comportamentos e hábitos mais saudáveis são também bastante importantes no controlo da

HTA.^{14,15} Aliadas às estratégias anteriores, o autocontrolo da PA é importantíssimo para que o doente conheça a sua condição e veja com os seus olhos os resultados, devendo ser aplicado a todos os doentes, visto que nesta amostra apenas 54,8% se encontram controlados. As recompensas acabam por ser uma estratégia hipotética que é referenciada como sendo importante, estimulando o doente à adesão com objetivo a longo prazo (controlo da PA e da doença) e a curto prazo ('prémio').^{38,39,40}

Os memorandos, como é o caso da caixa multicompartimental e regimes terapêuticos ilustrados, podem ser benéficos e ajudar à adesão quando precedidos de orientação do seu uso, uma vez que os doentes tomam em média 4 medicamentos diferentes e mais de metade fazem politerapia anti-hipertensora. Também são eficazes em novos regimes terapêuticos.⁴⁵⁻⁵⁰

A nível dos fatores sociodemográficos é visível uma percentagem significativa de doentes com outras patologias associadas, como é o caso da dislipidémia, diabetes e obesidade. Nestes doentes, cujo RCV é maior, é importante a aplicação de estratégias educativas. A idade e o sexo não demonstraram ter influência na pontuação do MUAH (grau de adesão), pois a adesão varia de pessoa para pessoa e na mesma pessoa ao longo do tempo, não dependendo destes dois fatores. O mesmo aconteceu no controlo da PA, mostrando não estar relacionado com o grau de adesão dos participantes.

As diversas intervenções associadas entre si têm-se mostrado promissoras.^{1,6} No entanto, muitas das intervenções apresentadas são complexas e requerem meios económicos e tempo do profissional de modo a serem implementadas, os quais muitas vezes não existem.

5. Conclusão

A não adesão continua a ser um problema atual, refletindo-se na hipertensão, a qual aumenta o risco de DCV. São objetivos na abordagem da hipertensão o controlo da PA, sendo imperativo educar o doente e implementar medidas que o motivem a mudar o seu estilo de vida e aderir de forma persistente ao tratamento.

É necessário que haja cooperação entre os profissionais de saúde de modo a descodificar o motivo da não adesão do doente não controlado, não esquecendo que a adesão é um conceito multidimensional influenciada por vários fatores. Os resultados obtidos demonstraram que o sexo e a idade não estão associados à adesão, tal como a OMS descreve.

Os questionários por serem simples e de fácil aplicação, permitem avaliar a adesão à terapêutica, comparando-os com os resultados da PA e possibilitam tecer um juízo do porquê

dos resultados terapêuticos estarem a ser ou não os esperados. Em particular o MUAH que, apesar da sua complexa pontuação, demonstrou ser importante na descodificação das barreiras à adesão terapêutica, permitindo encontrar quais as intervenções a ser utilizadas. No entanto, não deve ser esquecida que a abordagem *standard* não existe, devendo a intervenção ser ajustada a cada doente.

Pelo seu lugar privilegiado junto do doente e dos restantes profissionais, o farmacêutico torna-se fulcral na implementação de intervenções para melhorar a adesão. A educação do doente, o aconselhamento, o esclarecimento de dúvidas, instruir estratégias evitando o esquecimento, incentivar ao controlo da PA e o registo dos seus valores, assim como todas as estratégias abordadas são meios de atuação do farmacêutico que provam melhorar a adesão.

III. Bibliografia

1. Spiering, W.; van Kleef, M. – **Hypertension: Overly importante but under-controlled**. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24 (2017) 36-43.
2. Rodrigues, A. et al – **Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015)**. *Boletim Epidemiológico*, número especial 9 (2017).
3. Ferreira, R. et al – **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017**. Direção-Geral da Saúde, pp 5-9.
4. Ferreira, R.; Macedo, M. – **A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013**. *Revista Fatores de Risco*, 36 (2015) 47-56.
5. Mancia, G. et al – **2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)**. *Journal of Hypertension*, 31 (2013) 1281-1357.
6. World Health Organization – **A global brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis**. World Health Organization 2013.
7. Bakris, G.; Sorrentino, M. - **HYPERTENSION: A Companion to Braunwald's Heart Disease**. 3ª edição, Elsevier, pp 4-6; 341-351.
8. Jiang, S. – **Obesity and hypertension (Review)**. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 12 (2016) 2395-2399.
9. Spruill, T. – **Chronic Psychosocial Stress and Hypertension**. *Curr Hypertens Rep*, 12 (2010) 10-16.
10. Konstantinidis, L.; Guex-Crosier, Y. – **Hypertension and the eye**. *Curr Opin Ophthalmol*, 27 (2016) 514-521.
11. Hart, P.; Bakris, G. – **Hypertensive nephropathy: prevention and treatment recommendations**. *Expert Opin, Pharmacother*, 11(2010) 2675-2686.
12. Direção Geral de Saúde – **Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial**. Norma da Direção Geral de Saúde nº 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013.
13. Bugalho, A.; Carneiro, A. – **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas**, CEMBE (2004), pp.9-29; 83-87.
14. World Health Organization – **Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**. Geneva, Switzerland: WHO press (2003), pp.3-9; 27-36; 107-113;164-169.

15. Cabral, M.; Silva, P. – **A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos.** ICS (2010), pp.23-30.
16. Roldan, P.; Ho, G.; Ho, P. – **Updates to Adherence to Hypertension Medications.** *Current Hypertension Reports*, 20 (2018) 34.
17. AlGhurair, S. et al – **A Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model.** *The Journal of Clinical Hypertension* 14 (2012) 877-86.
18. Coelho, A. et al – **Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito.** *Rev Port Med Geral Fam*, 33 (2017) 262-76.
19. Horne, R. et al – **Concordance, adherence and compliance in medicine taking.** NCCSDO (2005), pp.167-168.
20. Costa, F. et al – **Primary non-adherence in Portugal: findings and implications.** *Int J Clin Pharm*, 37 (2015) 626-635.
21. Mentz, R. et al – **Intentional and unintentional medication non-adherence in African Americans: Insights from the Jackson Heart Study.** *American Heart Journal*, 200 (2018) 51-59.
22. Lehmann, A. et al – **Assessing medication adherence: options to consider.** *Int J Clin Pharm*, 36 (2014) 55-69.
23. Villalva, C. et al - **Adherence to Treatment in Hypertension.** *Adv Exp Med Biol - Advances in Internal Medicine*, 2 (2016) 129-147.
24. Erdine, S.; Arslan, E. – **Monitoring Treatment Adherence in Hypertension.** *Curr Hypertens Rep*, 15 (2013) 269-272.
25. Lam, W.; Fresco, P. – **Medication Adherence Measures: An Overview.** *Biomed Res Int.* (2015) 217047.
26. Svarstad, B. et al – **The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence.** *Patient Education and Counseling*, 37(1999)113-124.
27. Wetzels, G. et al – **Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire”.** *Patient Education and Counseling*, 64 (2006) 151-158.
28. Cabral, A. et al – **Developing an adherence in hypertension questionnaire short version: MUAH-16.** *J Clin Hypertens*, (2017) 1-7.

29. Peacock, E.; Krousel-Wood, M. – **Adherence to Antihypertensive Therapy.** *Med Clin N Am*, 101 (2017) 229-245.
30. World Health Organization – **Health Promotion Glossary.** *World Health Organization* 1998.
31. Alves, E. et al – **Health-related knowledge on hypertension among the Portuguese population: results from a population-based survey.** *Blood Press*, 27 (2018) 194-199.
32. Cutrona, S. et al – **Modes of Delivery for Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence.** *Am J Manag Care*, 16(2010) 929-942.
33. Zullig, L.; Peterson, E.; Bosworth, H. – **Ingredients of Successful Interventions to Improve Medication Adherence.** *JAMA*, 310 (2013) 2611-2612.
34. Whitei, S.; Clyne, W.; Mshelia, C. – **An educational framework for managing and supporting medication adherence in Europe.** *Pharmacy Education*, 13 (2013) 118-120.
35. Klasnja, P.; Pratt, W. – **Healthcare in the Pocket: Mapping the Space of Mobile-Phone Health Interventions.** *J Biomed Inform.* 45 (2012) 184-198.
36. Bosworth, H. et al – **Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention.** *Patient Education and Counseling*, 57 (2005) 5-14.
37. Yasmin, F. et al – **Positive influence of short message service and voice call interventions on adherence and health outcomes in case of chronic disease care: a systematic review.** *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16 (2016) 46.
38. Stergiou, G.; Bliziotis, I. – **Home blood pressure monitoring in the diagnosis and treatment of hypertension: a systematic review.** *Am J Hypertens*, 24 (2011)123-34.
39. Fletcher, B. et al – **The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *American Journal of Hypertension*, 28 (2010)1209-1221.
40. Stergiou, G. et al – **Home blood pressure monitoring: primary role in hypertension management.** *Curr Hypertens Rep*, 16 (2014) 462.
41. Cimmaruta, D. et al – **Polypill, hypertension and medication adherence: The solution strategy?** *International Journal of Cardiology*, 252 (2018) 181-186.
42. Roy, A.; Naik, N.; Reddy, K. – **Strengths and Limitations of Using the Polypill in Cardiovascular Prevention.** *Curr Cardiol Rep*, 19 (2017) 45.

43. Rosenthal, M. – **Can a polypill one single tablet combat different cardiovascular risk factors?** *Journal of the American Society of Hypertension*, 12(5) (2018) 335-339.
44. Checchi, K. *et al* – **Electronic Medication Packaging Devices and Medication Adherence A Systematic Review.** *JAMA*, 312(2014)1237-1247.
45. Mosca, C. *et al* – **Assessing the impact of multi-compartment compliance aids on clinical outcomes in the elderly: a pilot study.** *Int J Clin Pharm*, 36 (2014) 98-104.
46. Ordem dos Farmacêuticos – **Preparação Individualizada da Medicação (PIM).** Norma Geral da Ordem dos Farmacêuticos nº 30-NGE-00-010-00 de 18-06-2018.
47. Stewart, D. *et al* – **The behaviors and experiences of the community pharmacy team on the provision of multi-compartment compliance aids.** *Res Social Adm Pharm*, 14 (2018) 347-355.
48. Martin, D.; Kripalani, S.; DuPapau, V. – **Improving Medication Management among At-risk Older Adults.** *J Gerontol Nurs*, 38 (2012) 24-37.
49. Mohan, A. *et al* – **PictureRx: Illustrated medication instructions for patients with limited health literacy.** *Am Pharm Assoc*, 52 (2012) e122-e129.
50. Al-Rashed, S. *et al* – **The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge.** *Br J Clin Pharmacol*, 54 (2002) 657-664.
51. McLean, S. *et al* – **Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles.** *Patient Preference and Adherence*, 10 (2016) 479-499.
52. Colombo, G. *et al* – **Impact of substitution among generic drugs on persistence and adherence: A retrospective claims data study from 2 Local Healthcare Units in the Lombardy Region of Italy.** *Atherosclerosis Supplements*, 10 (2016) 1-8.
53. Cabral, A. *et al* – **Cross-cultural adaptation of Hypertension Knowledge Test into European Portuguese.** *Braz J Pharm Sci*, 53 (2017) e00245.
54. Salgado, T. *et al* – **Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese.** *Sao Paulo Med J*, 131(2013) 88-94.

Parte IV

ANEXOS

A. Plano de avaliação de desempenho



SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

PLANO INDIVIDUAL DE DESEMPENHO

Nome PAD: PAD Estagiário 1 DI 20180501 DF 20180531_20180430 174942

De: 01-05-2018 a 31-05-2018 Avaliador: Ana Gabriela Pires Mota Fale

Avaliado: Estagiário 1

AVALIAÇÃO Final

Período: 01-05-2018 a 31-05-2018 (31 dias)

Comentário Avaliador

Comentário Avaliado



Categoria	Objectivo	Peso	Meta	Esperado	Medição	Nota	Qualif. Nota	
Clientes	(57,93%) TAXA DE IDENTIFICAÇÃO							
	Kpi: % Nº Atend. com Utente Ident. / Nº Atendimentos	7,00%	100	100	90,34	90,34%		
	Absoluta Direta						(90% a 100%)	
	FARMÁCIAS PORTUGUESAS SALDO	9,00%	-1	-1	46,8	0,00%		
	Kpi: Saldo Saúda							
	Absoluta Inversa						(0% a 90%)	
	FARMÁCIAS PORTUGUESAS PARTICIPAÇÃO	7,00%	50	50	61,43	100,00%		
	Kpi: Taxa de Participação							
	Absoluta Direta						(100% a 100%)	
Vendas	(95,7%) TEVA							
	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	695	695	796,77	100,00%		
	Absoluta Direta						(100% a 100%)	
	SANDOZ	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	320	320	270,32	84,48%	
		Absoluta Direta						(0% a 90%)
	QUOTA DE GENÉRICOS	Kpi: Quota de Genéricos	6,00%	50	50	45,95	91,90%	
		Absoluta Direta						(90% a 100%)
	PRODUTOS SEM CONSUMO	Kpi: Nº Unid. Vendidas	6,00%	20	20	31	100,00%	
		Absoluta Direta						(100% a 100%)
	MYLAN	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	166	166	173,65	100,00%	
		Absoluta Direta						(100% a 100%)
	MARGEM BRUTA	Kpi: % Valor da Margem Bruta	9,00%	29	29	31,09	100,00%	
		Absoluta Direta						(100% a 100%)
	KRKA	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	160	160	436,29	100,00%	
		Absoluta Direta						(100% a 100%)
	FARMOZ	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	500	500	580,68	100,00%	
		Absoluta Direta						(100% a 100%)
	AUROVITAS/AUROBINDO	Kpi: Valor Bruto com Iva	8,00%	260	260	208,61	80,23%	
		Absoluta Direta						(0% a 90%)
AH360	Kpi: Nº Unid. Vendidas	8,00%	60	60	164	100,00%		
	Absoluta Direta						(100% a 100%)	

B. Protocolo de farmacovigilância do Olaratumab

Identificação do doente	
Nome do Medicamento (Nome Comercial e DCI)	Lartruvo (Olaratumab)
Grupo Farmacoterapêutico	Imunomoduladores (Medicamento Órfão)
CHNM	Olaratumab 10 mg/ml – Concentrado para solução para perfusão
ATC	L01XC Monoclonal antibodies
Esquema do Ciclo Terapêutico	<p>Dose de 15mg/kg administrada por perfusão intravenosa nos dias 1 e 8 de cada ciclo de 3 semanas até à progressão da doença ou até à ocorrência de um nível inaceitável de toxicidade.</p> <p>O Olaratumab é administrado em combinação com Doxorrubicina 75 mg/m² até 8 ciclos de tratamento, seguido por Olaratumab em monoterapia nos doentes cuja doença não progrediu.</p> <p>A Doxorrubicina é administrada no dia 1 de cada ciclo, após a perfusão do Olaratumab.</p> <p>Este medicamento é administrado por perfusão numa veia pelo sistema gota-a-gota. O tempo de perfusão é de cerca de 60 minutos.</p>
Médico e Farmacêutico	
Observações	<p>Durante a perfusão os doentes devem ser monitorizados para detecção de sinais e sintomas de reacções adversas relacionadas com a perfusão, devendo ser assegurada a disponibilidade de pessoal com formação e equipamentos para ressuscitação de emergência.</p> <p>A contagem de neutrófilos e plaquetas deve ser verificada antes da administração nos dias 1 e 8 de cada ciclo, e monitorizada durante todo o tratamento.</p> <p>Os parâmetros de coagulação devem ser monitorizados em doentes com predisposição para hemorragia.</p> <p>A doxorrubicina pode causar toxicidade cardíaca.</p> <p>Mulheres em idade fértil devem utilizar métodos de contraceção eficazes até 3 meses após a última dose do tratamento. Não é aconselhado durante a gravidez e a amamentação até 3 meses depois do fim do tratamento.</p> <p>Este medicamento contém 22 mg de sódio por cada frasco de 19 ml e 57 mg de sódio por cada frasco de 50 ml, devendo ser considerado em doentes com uma dieta com restrição de sódio.</p>
PVP por Dia	

Risco identificado	Actividades de Farmacovigilância		Actividades de Minimização de Risco
	Indicador Clínico	Data	
Reações Relacionadas com a Perfusão Rubor facial Dispneia Broncoespamo Febre/arrepios Hipotensão Grave Reações Anafiláticas Choque Anafilático Paragem Cardíaca	Grau 1 e 2		Parar a perfusão. Administrar paracetamol, antagonista H1 e dexametasona, conforme necessário (ver pré-medicação). Quando a reação tiver desaparecido, retomar a perfusão a uma taxa de perfusão inferior em 50%. Recomenda-se a utilização de uma taxa de perfusão menor em todas as perfusões subsequentes, não devendo ultrapassar 2 horas de perfusão. Vigiar o doente relativamente ao agravamento da situação. Nas perfusões subsequentes consultar a secção sobre pré-medicação.
	Grau 3 e 4		Descontinuar imediata e permanentemente o tratamento com Olaratumab
Doenças do Sangue e do Sistema Linfático	Neutropenia febril/infeção ou Neuropenia de Grau 4 (por mais de 1 semana)		Interromper temporariamente a administração de Olaratumab até que a contagem absoluta de neutrófilos seja de $\geq 1.000/\mu\text{l}$, devendo depois ser reduzida numa dose de 12 mg/kg. Se houver recorrência durante mais de 1 semana apesar da redução da dose, a dose deve ser novamente reduzida para 10 mg/kg. Considerar adicionar antibióticos ou G-CSF de acordo com as orientações clínicas
	Linfopenia		
Outras toxicidades não-hematológicas Gastrointestinais (diarreia, mucosite, náuseas, vômitos) Cefaleias Dores Músculo-esqueléticas (dores dorso-lombares, ósseas, nos flancos, na virilha, torácica, no pescoço e nas extremidades; artralgia; mialgia)	Grau ≥ 3		Suspender Olaratumab até que a toxicidade seja \leq Grau 1 ou tenha voltado ao valor basal antes do tratamento. Nas perfusões subsequentes, a dose deve ser reduzida para 12 mg/kg caso ocorram toxicidades graves de Grau 3 e para 10 mg/kg caso ocorram toxicidades de Grau 4. Se houver uma recorrência de toxicidade de Grau 3 apesar da redução da dose, a dose deve ser novamente reduzida para 10 mg/kg. Em caso de recorrência de toxicidade de Grau 4, o tratamento com Olaratumab deve ser permanentemente descontinuado.

- **Interações medicamentosas:**

A administração de vacinas vivas ou vacinas vivas atenuadas deve ser evitada.

Não foram observadas interações farmacocinéticas entre olaratumab e doxorrubicina.

Não foram efetuados outros estudos formais DDI com Olaratumab e medicamentos vulgarmente utilizados em doentes com cancro, incluindo doentes com Sarcomas dos tecidos moles (por exemplo, antieméticos, analgésicos, antidiarreicos, contraceptivos orais, etc.).

Dado que os anticorpos monoclonais não são metabolizados pelas enzimas do citocromo P450 (CYP) nem por outras enzimas metabolizadoras, não é previsível que a inibição ou indução destas enzimas por medicamentos administrados concomitantemente afete a farmacocinética de Olaratumab.

Não é previsível que Olaratumab afete a farmacocinética de medicamentos administrados concomitantemente.

- **Pré-Medicação:**

Recomenda-se a pré-medicação com um antagonista H1 (por exemplo, difenidramina) e dexametasona (ou medicamento equivalente), por via intravenosa, 30 a 60 minutos antes da administração de Olaratumab nos dias 1 e 8 do Ciclo 1 a todos os doentes. Nos ciclos seguintes, recomenda-se a pré-medicação com um antagonista H1 (por exemplo, difenidramina), por via intravenosa, 30 a 60 minutos antes da administração de olaratumab.

Nos doentes em que ocorra reações relacionadas com a perfusão de Grau 1 ou 2, a perfusão deve ser interrompida e administrados, de acordo com a sintomatologia, paracetamol, um antagonista H1 e dexametasona (ou medicamentos equivalentes). Nas perfusões subsequentes, recomenda-se a pré-medicação com os seguintes medicamentos (ou equivalentes): cloridrato de difenidramina (por via intravenosa), paracetamol e dexametasona.

Caso não seja possível a administração intravenosa de um antagonista H1, deve administrar-se pré-medicação alternativa equivalente (por exemplo, cloridrato de difenidramina oral, pelo menos 90 minutos antes da perfusão).

- **Ajustes da dose de Olaratumab :**

Para as recomendações de ajuste da dose relacionadas com a Doxorrubicina, consultar o folheto informativo da Doxorrubicina.

C. Parecer Comissão de Ética



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **024-CE-2018**

Data 26/2 /2018

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-024/2018).

Investigador(a) Principal: Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira

Co-Investigador(es): Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, Fernando Fernández-Llimos e Ana Cristina Gaspar Cabral

Título do Projeto: "Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

D. Formulário consentimento informado



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CENTRO DE ESTUDO: Laboratório de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC
Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra / 239 488400

NOME DO UTENTE: _____

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em diversas farmácias comunitárias com o objetivo de avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste num encontro único do utente com o farmacêutico-investigador, com a duração de cerca de 15 (quinze) minutos e com os seguintes procedimentos:

Procedimento nº 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento nº 2: recolha dos dados sociodemográficos e da terapêutica habitual do utente.

Procedimento nº 3: medição da pressão arterial.

Procedimento nº 4: preenchimento do questionário para avaliar os conhecimentos sobre a hipertensão.

Procedimento nº 5: preenchimento do questionário para avaliar as crenças sobre a medicação.

Procedimento nº 6: preenchimento do questionário para avaliar o grau de adesão à terapêutica.

Procedimento nº 7: nova medição da pressão arterial.



3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O UTENTE

O único inconveniente para o utente será o da medição da pressão arterial e o tempo dispendido a preencher os questionários.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS PARA O UTENTE

O doente ficará a conhecer o grau de controlo da sua hipertensão, bem como o nível de conhecimentos que tem acerca da sua doença e o grau de adesão à terapêutica.

5. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707 / e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo / Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Azinhaga de Santa Comba – 3000-548 Coimbra / Telefone: 239 488 400/ e-mail: isabel.vitoria@netcabo.pt



CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo intitulado *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*.

1. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo (Prof.^a Doutora Isabel Vitória Figueiredo). O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
3. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
4. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

E. Questionários

QUESTIONÁRIO – ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSORA E GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO DE DOENTES HIPERTENSOS TRATADOS

Data ___/___/___ Farmácia: _____

Entrevistador: _____

PERFIL DO DOENTE:

1. Iniciais do doente: _____

2. Data de nascimento: ___/___/___

3. Sexo: M₍₁₎ ___ F₍₂₎ ___

4. Há quanto tempo é hipertenso? _____ anos

5. Antecedentes pessoais:

	Sim ₍₁₎	Não ₍₀₎
a) Doença do coração		
b) HTA durante a gravidez		
c) AVC		

6. Patologias concomitantes:

a) Diabetes S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

b) Dislipidemia S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

c) Doenças respiratórias (DPOC) S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

d) Obesidade S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___

7. Pressão arterial

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Pulsações (bat/min)
1ª medição			
2ª medição			

8. Número total de medicamentos tomados: _____

9. Terapêutica anti-hipertensora instituída: _____

Questionário HKT

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente e faça uma cruz na resposta que traduz a sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

Q1	Se a sua mãe ou pai tiverem hipertensão o seu risco de tornar-se hipertenso é maior	VERDADEIRO	FALSO
Q2	Jovens adultos não têm hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q3	A hipertensão tem sempre sintomas	VERDADEIRO	FALSO
Q4	A hipertensão não põe a vida em risco	VERDADEIRO	FALSO
Q5	A pressão arterial é alta quando é igual ou superior a 140/90mmHg	VERDADEIRO	FALSO
Q6	Se tiver peso a mais tem um risco 2 a 6 vezes maior de desenvolver hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q7	Exercício físico regular pode ajudar a reduzir a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q8	Os portugueses consomem 2 a 3 vezes mais sal ou sódio do que necessitam	VERDADEIRO	FALSO
Q9	Beber bebidas alcólicas reduz a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q10	A hipertensão é um problema apenas dos homens	VERDADEIRO	FALSO
Q11	Hipertensão na gravidez é um problema temporário e não necessita de acompanhamento após o parto	VERDADEIRO	FALSO
Q12	A pressão arterial diminui com o tempo frio	VERDADEIRO	FALSO

Seleccione a resposta correcta às seguintes questões:

Q13	A hipertensão prejudica o seu organismo ao longo do tempo por:	Fazer com que tenha diabetes
		Fazer com que ganhe peso
		Danificar os seus vasos sanguíneos
		Deixá-lo nervoso
Q14	Porque é que a Hipertensão é chamada um "assasino silencioso"?	Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		O risco de morrer de hipertensão é baixo
		Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		Pode não ter sintomas e pode por a vida em risco
Q15	Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão se tiver	Muitas dores de cabeça, que persistem há mais de 6 meses
		Um familiar com hipertensão
		stress e pressão constantes
		Pressão arterial elevada em 3 ocasiões diferentes
Q16	Uma boa pressão arterial é:	Menos de 90/50mmHg
		Menos que 140/90mmHg
		145/110mmHg
		180/100mmHg
Q17	Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Há muitos tipos de medicamentos para a hipertensão
		Deve ser tomada uma medicação adicional quando a pressão arterial está alta
		Os medicamentos não devem ser tomados se se beber álcool
		Todos os medicamentos causam impotência sexual

Q18	Qual das seguintes afirmações é FALSA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Tomar os medicamentos para a hipertensão durante muito tempo pode prejudicar os seu organismo
		A partir do momento em que começa a tomar medicação tem de continuar a tomá-la a vida toda
		Mesmo que se sintam bem tem de tomar a medicação como o prescrito
		Quando sente que a dose dos medicamentos deve ser alterada, deve falar primeiro com o seu médico
Q19	Todos os seguintes problemas de saúde podem ser provocados pela hipertensão, excepto:	Ataque cardíaco
		Artrite
		AVC
		Insuficiência renal
Q20	Todas as seguintes afirmações são alterações que pode fazer na sua dieta para reduzir a sua pressão arterial, excepto:	Comer frango assado em vez de frito
		Parar de comer batatas fritas
		Evitar adicionar sal de mesa à comida
		Comer fast-food ou fritos
Q21	Todas as seguintes alterações do estilo de vida podem ajudar a baixar a sua pressão arterial, excepto:	Levantar 50 Kg
		Andar vigorosamente durante 30 minutos 3 vezes por semana
		Beber menos do que 2 bebidas alcoólicas por dia
		Parar de fumar

Questionário BMQ

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas às suas crenças sobre a medicação. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de resposta:

- 1 - Discordo completamente
- 2 - Discordo
- 3 - Não tenho a certeza
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo completamente

BMQ - Questionário acerca das crenças específicas sobre o medicamento						
	Opinião sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	discordo completamente	discordo	não tenho a certeza	concordo	concordo completamente
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
C2	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
C5	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	1	2	3	4	5
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5

Questionário MUAH

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 - Discordo totalmente | 5 - Concordo ligeiramente |
| 2 - Discordo moderadamente | 6 - Concordo moderadamente |
| 3 - Discordo ligeiramente | 7 - Concordo totalmente |
| 4 - Não discordo nem concordo | |

Questionário MUAH

Discordo totalmente \longrightarrow Concordo totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
11	Prefiro remédios naturais para baixar a minha pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
18	Tenho pessoas à minha volta que me ajudam a tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício suficiente para reduzir o risco de sofrer de doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
25	Tendo a esquecer-me da minha medicação porque não estou consciente de que tenho a pressão arterial alta	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
32	A informação que o médico de família me deu sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Discordo totalmente → Concordo totalmente

33	A informação que na farmácia me deram sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7
34	Não me preocupo muito com a minha pressão arterial se tomar a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
37	Quando quero ter uma vida saudável, quase sempre o consigo	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7
40	Para resolver os meus problemas de saúde baseio-me nos meus valores, por exemplo na pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
43	Quando me preocupo muito com a minha saúde, tento encontrar outra coisa em que pensar	1	2	3	4	5	6	7