



Paula Filomena Flores Ribeiro

Relatório de estágio e Monografia intitulada “Crenças na medicação — importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso”

Referentes à Unidade Curricular “Estágio”, Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira e da Dr^a Ana Isabel Morais Garrido apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Junho, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Paula Filomena Flores Ribeiro

Relatório de estágio e Monografia intitulada “Crenças na medicação — importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso”

Referentes à Unidade Curricular “Estágio”, Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira e da Dr^a Ana Isabel Morais Garrido apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Junho de 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Paula Filomena Flores Ribeiro, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2012109768, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Crenças na medicação – importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso” apresentadas à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular 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, 28 de junho de 2018

A handwritten signature in blue ink that reads "Paula Filomena Flores Ribeiro". The signature is written in a cursive style with a large initial 'P'.

Capa

Fonte: <http://envelhecieagora.com/propranolol-usos-beneficios-e-efeitos-colaterais/> [Acedido a 25/06/2018 às 11h30]

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais. Obrigada pela ajuda, pelo apoio incondicional e por toda a confiança que em mim depositaram.

À Rosa e ao Rui por me ajudarem nas horas de maior aperto e estarem sempre presentes.

À Helena, pelas conversas infindáveis acerca do curso, pelas dicas e truques.

Aos amigos, por me acompanharem neste percurso, ajudando-me sempre que precisei. Obrigada por compreenderem as minhas ausências e por me animarem quando mais precisava. Não há palavras suficientes para agradecer tudo o que fizeram por mim.

À Dr^a Ana Garrido e ao Sr. Garrido pela confiança e oportunidade. A toda a equipa da Farmácia Higiénica que tão bem me receberam e muito me ensinaram.

À Professora Doutora Isabel Vitória pela oportunidade e pela ajuda essencial à realização da monografia.

À Faculdade de Farmácia de Coimbra e a todos os seus docentes pela excelente formação dada nestes cinco anos.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

RESUMO

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) fornece, ao longo de cinco anos académicos, uma bagagem multidisciplinar onde conhecimentos teóricos e práticos são desenvolvidos e aprimorados. A sua etapa final é constituída pelo estágio e monografia enquadradas na Unidade Curricular “Estágio”.

No presente documento, é apresentado o Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária, que se realizou na Farmácia Higiénica, sob orientação da Dr^a Ana Isabel Morais Garrido. O estágio ocorreu num período de cinco meses, de 8 de janeiro a 31 de maio. Ao longo deste período de estágio foram identificados os pontos fortes bem como os pontos fracos quer do estágio quer da sua interligação com o MICF. Como pontos fortes do MICF salienta-se a sua qualidade científica, sendo que foram transmitidas excelentes ferramentas que nos tornam aptos e capazes de superar questões relacionadas com a farmacologia. Como fraquezas do MICF, foram identificadas questões que envolviam as áreas de Ortopedia, Ostomia, Dermocosmética e Puericultura. Quanto ao contexto da farmácia comunitária, é de realçar o papel do Farmacêutico na promoção da saúde, onde a luta contra a automedicação é diária.

A monografia, intitulada “Crenças na medicação – importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso”, foi realizada sob a orientação da Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo, e teve como objetivo a avaliação da influência das crenças numa amostra de hipertensos, em contexto de farmácia comunitária. A amostra revelou associação positiva entre as crenças e a adesão à terapêutica e entre a adesão e os comportamentos do hipertenso. Os resultados demonstram que a associação entre a elevada necessidade e a adesão é positiva mesmo quando a preocupação com a medicação é elevada. Os resultados reforçam a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde na promoção da adesão e no reforço dos conhecimentos do hipertenso acerca da medicação, de forma a minimizar as suas preocupações.

Palavras-Chave: MICF; Farmácia Comunitária; Hipertensão; Crenças; Adesão à terapêutica

ABSTRACT

The Master of Science (MSc) in Pharmaceutical Sciences (MICF) provides, during five academic years, multidisciplinary data where theoretical and practical knowledge is developed and improved. The final stage consists of the internship and the monography of the curricular unit "Estágio".

In this document, we have the internship report on a Community Pharmacy, held at the Farmácia Higiénica, under the guidance of Dr. Ana Isabel Morais Garrido. The internship took place over a period of five months, from January 8 to May 31. Throughout this internship, strengths and weaknesses of the internship and the MICF were identified. As MICF strengths, its scientific quality, and excellent tools transmitted that make us capable and able to overcome issues related to pharmacology, and beyond. As frailties, issues involving Orthopedics, Ostomy, Dermocosmetic and Childcare could be included in the programme. As for the context of the a Community Pharmacy, the role of the pharmacist in health promotion, where exists a daily struggle against self-medication.

The monography, entitled "Beliefs in medication - importance in adherence to the therapy of the hypertensive patient", under the guidance of Professor Isabel Vitória Pereira Figueiredo, the influence of beliefs on a sample of Portuguese hypertensive in Community harmacy context. The sample sample showed a positive association between beliefs and adherence to therapy and between adherence and hypertensive behaviors. The results demonstrate that the association between high need and adherence is positive even when the medication concern is high, results reinforce the need for health professionals to intervene in promoting adherence and strengthening the knowledge of hypertension over medication in order to minimize their concerns.

Keywords: MICF; Community Pharmacy; Hypertension; Beliefs; Adherence to therapy.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ARA - Antagonistas dos Receptores da Angiotensina

BB - Bloqueadores Adrenérgicos de tipo beta

BEC - Bloqueadores da Entrada de Cálcio

BMQ - *Brief Medication Questionnaire*

HKT - *Hypertension Knowledge Test*

HTA - Hipertensão Arterial

IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

MICF - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MUAH - *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
I. Preâmbulo.....	1
II. CAPÍTULO I: Relatório de Estágio	
INTRODUÇÃO	2
ANÁLISE SWOT (FORÇAS, FRAQUEZAS, AMEAÇAS E OPORTUNIDADES)	3
1. FORÇAS.....	3
1.1. LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	3
1.2. EQUIPA TÉCNICA	4
1.3. INSTALAÇÕES E MODERNIZAÇÃO.....	5
1.4. SISTEMA ORGANIZACIONAL KAIZEN	6
1.5. SIFARMA 2000®	6
1.6. FEIRA DA SAÚDE.....	8
1.7.. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO	8
1.8 VALORIZAÇÃO DO ACTO FARMACÊUTICO	9
2. FRAQUEZAS	10
2.1. INSEGURANÇA E MEDO DE ERRAR.....	10
2.2. OTC'S E MARKETING	10
2.3. MANIPULADOS	11
3. AMEAÇAS E OPORTUNIDADES.....	12
3.1. AMEAÇAS.....	12
3.2 OPORTUNIDADES.....	12
CASOS PRÁTICOS.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
III. CAPÍTULO II: “Crenças na Medicação – importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso”	
INTRODUÇÃO	17
1. ADESÃO E CRENÇAS	18
1.1. INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NA ADESÃO.....	19
1.2. INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NA TERAPÊUTICA	20
1.3. INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS NO CONTROLO DA DOENÇA.....	21
1.4. NECESSIDADE E PREOCUPAÇÃO	22

1.5. IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	23
2. BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE	24
3. MAASTRICHT UTRECHT ADHERENCE IN HYPERTENSION.....	25
4.PROJETO CONHECIMENTOS/CRENÇAS/ADESÃO/CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL EM DOENTES HIPERTENSOS	26
5.1.RESULTADOS.....	27
5.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	27
5.1.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
5.1.3. RELAÇÃO BMQ/MUAH.....	31
6. DISCUSSÃO	32
7. CONCLUSÃO	34
IV.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Patologias concomitantes à HTA.....	27
Gráfico 2. Terapêutica Antihipertensora.....	28
Gráfico 3. Análise Necessidade BMQ.....	29
Gráfico 4. Análise Preocupações BMQ	29
Gráfico 5. Necessidade-Preocupações.....	30
Gráfico 6. Distribuição BMQ vs Género.....	30
Gráfico 7. Frequência Respostas MUAH.....	31

Prêambulo

A formação do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas contém cinco anos de formação teórica e prática. No final desta formação são tidos como requisitos, estágio em farmácia comunitária e/ou outra área do medicamento como Farmácia Hospitalar e a elaboração de uma monografia que se enquadre no âmbito do preceituado no Ato Farmacêutico. Este presente documento, apresentado à Universidade de Coimbra para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, é constituído por dois capítulos. No capítulo I temos, sob a forma de análise SWOT, o Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária, onde também são incluídos casos práticos observados na prática da frequência do estágio. Já no capítulo II podemos encontrar o trabalho “Crenças na medicação – importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso”, inserido no Projeto Conhecimentos/Crenças/Adesão/Controlo da Pressão Arterial em Doentes Hipertensos.

CAPÍTULO I

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTRODUÇÃO

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) é um curso extremamente completo. Durante cinco anos são transmitidos conhecimentos com elevada especificidade e diversidade, o que nos deixa preparados para sermos profissionais diferenciados, com uma bagagem multidisciplinar. Estes fatores são muito importantes especialmente num mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

O estágio curricular é o culminar do curso, é o momento pelo qual mais ansiamos pois é aqui que iremos verdadeiramente consolidar os nossos conhecimentos, perceber quais são as nossas capacidades e aptidões mas também identificar as nossas falhas.

Escolhi realizar estágio apenas em farmácia comunitária, isto porque com a realização de dois estágios de verão – 2016 e 2017 – percebi ser esse o caminho futuro que quero percorrer enquanto farmacêutica. Penso que a possibilidade de realizar estágio em comunitária num período compreendido entre os cinco/seis meses me permitirá vivenciar diferentes situações que, de certeza, me diferenciarão no futuro.

O estágio curricular ocorreu no período de 8 de janeiro a 30 de maio de 2018, na Farmácia Higiénica. Aqui também realizei o meu estágio de verão em 2017, o que me trouxe a grande vantagem de já conhecer a equipa, a sua forma de funcionamento e alguns dos utentes habituais.

Neste presente relatório apresento uma análise SWOT do meu local de estágio, onde faço uma análise dos pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) do estágio e da profissão farmacêutica numa dimensão mais pessoal e crítica interligando sempre que possível o ciclo de estudos do MICF. Apresento também casos práticos nos quais consegui aplicar conhecimentos teóricos inculcados nestes cinco anos académicos.

ANÁLISE SWOT (FORÇAS, FRAQUEZAS, AMEAÇAS E OPORTUNIDADES)

Primeiramente apresento uma análise interna onde abordo os pontos fortes assim como os pontos fracos (Tabela I). Sempre que for congruente com o MICF irei integrá-lo nesta mesma análise.



Tabela I. SWOT - Forças e Fraquezas.

I. FORÇAS

I.1. LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A Farmácia Higiénica encontra-se no centro da Vila de Fão, modesta vila de Esposende, concelho de Braga, com cerca de 11 000 habitantes. A sua localização é privilegiada, Centro de Saúde e Hospital da Santa Casa da Misericórdia a pouco mais de 500m. Possui estacionamento, o que só por si é uma grande vantagem (“no parking no business”). O seu horário de funcionamento é alargado - 9h00 às 22h - incluindo fins-de-semana e feriados.

Ao longo do estágio tive a possibilidade de realizar diferentes horários e consegui ter perceção da heterogeneidade de utentes ao longo do dia. Os mais idosos procuram a farmácia mais pela manhã e pelo início da tarde, tanto por situações crónicas quer por agudas; os mais jovens procuram a farmácia sobretudo ao final-do-dia. Já os fins-de-semana são compostos sobretudo por utentes de passagem que procuram ajuda para situações pontuais.

A população de Fão é sazonal. A sua localização geográfica – litoral norte – atrai muitas pessoas das cidades vizinhas, sobretudo ao fim-de-semana. A chegada do sol, trouxe um diferente fluxo de utentes e uma diferente procura de produtos, nomeadamente de dietéticos, produtos para queimaduras solares, protetores solares e também anti-histamínicos. A esta

sazonalidade esteve sempre associada a renovação de lineares e de gôndolas bem como a colocação estratégica de produtos nas zonas quentes da farmácia.

A farmácia localiza-se na rota portuguesa dos caminhos de Santiago de Compostela, rota que é feita não só por portugueses como por muitos estrangeiros. A proximidade da farmácia faz com que muitos peregrinos procurem ajuda no alívio da dor para que assim possam continuar a sua caminhada, como palmilhas de gel, produtos para as borbulhas e calos, mas também antigripais, analgésicos e anti-inflamatórios.

I.2 EQUIPA TÉCNICA

Uma forte componente técnico-científica revela-se sem dúvida uma mais valia em qualquer farmácia comunitária. Mas para que a equipa seja funcional e completa não é suficiente. É necessário haver comunicação e transparência para que o trabalho seja bem-sucedido.

Este é, sem dúvida, o reflexo da equipa da Farmácia Higiénica. Nesta farmácia os seus elementos trabalham em conjunto para o mesmo objetivo, um serviço de saúde com qualidade em que o foco é o utente. A boa comunicação faz com que haja rapidez e fluidez na resolução de situações mais complicadas, tanto no “*backoffice*” como no “*frontoffice*” e é por variadas vezes elogiada pelos utentes mais atentos.

Encontrar uma equipa forte foi muito importante, isto porque aprendi a ser organizada e comunicativa. Características importantíssimas quando o ambiente de trabalho é de elevada pressão devido à grande afluência de utentes e à chegada de grandes volumes de encomendas.

Para além disso, o bom ambiente entre colegas e com os utentes foi muito importante, fez com que me sentisse bem recebida e mais do isso fez com que me sentisse um membro da equipa. Estas são, sem dúvida, características muito importantes, são um despertar para as nossas capacidades que muitas vezes podem passar despercebidas por não as conseguirmos demonstrar.

I.3 INSTALAÇÕES E MODERNIZAÇÃO

A Farmácia Higiénica, fundada em 1919, é uma farmácia com história, mas com instalações bastante modernas. Possui área de atendimento com 4 balcões, sistema de pagamento de caixa fechada – *cashlogy* –, *pharmashop* (na zona exterior, onde é possível adquirir produtos como leites infantis, preservativos, chupetas sem a necessidade de deslocamento ao balcão e fora do horário de atendimento) e *robot*.

O *robot* revela-se essencial no dia-a-dia da Farmácia Higiénica. É muito rápido e efetivo, permite o armazenamento e dispensa de medicamentos como o controlo de stocks. É também útil na gestão das validades dos produtos armazenados pois aquando do seu armazenamento introduz-se sempre a sua data de validade.

Voltando à área de atendimento, esta possui ainda dois gabinetes onde se realizam serviços como a medição da tensão arterial (gratuito) e de parâmetros bioquímicos como glicémia, colesterol, triglicérideos e ácido úrico, mas onde também se faz um atendimento mais reservado. Às quintas-feiras realiza-se acompanhamento nutricional de utentes com a nutricionista Dr^a Filipa Santos e às sextas-feiras rastreios auditivos com o técnico da *Amplifon*, Dr. Bruno Gonçalves.

Esta farmácia tem também uma área destinada apenas à receção de encomendas, que se situa no piso superior. Esta localização, afastada da zona de atendimento, é bastante funcional, pois encontra-se na zona do armazém e do *robot* e porque não condiciona a zona mais movimentada - a do piso inferior - cuja fluidez é uma característica de extrema importância.

I.4. SISTEMA ORGANIZACIONAL KAIZEN

“Hoje melhor que ontem, amanhã melhor que hoje” esta é a filosofia *Kaizen* (Costa, Maria Jorge , 2016). Consiste num sistema organizacional que visa a eliminação do que não acrescenta valor à farmácia e aos seus utentes e a potenciação do que acrescenta valor (Costa, Maria Jorge , 2016).

Este sistema estava implementado desde que iniciei o estágio, e muito frequentemente consultores visitaram a farmácia com vista a melhoria contínua. Acompanhei processos de reorganização de prateleiras e de material de arquivo, mas também a técnicas de interação com os utentes.

Este sistema visa também uma comunicação mais eficaz e interativa da equipa onde, através de um quadro, cada membro está identificado e onde tarefas são delineadas segundo critérios PDCA (Plan, Do, Check, Act). Aqui há também um espaço para comunicação de campanhas em curso, de formações e de sugestões de melhorias.

A meu ver, o *Kaizen* possui imenso potencial tanto para análise intrínseca do potencial individual de cada elemento da equipa, mas também na integração da equipa como um todo, lutando por objetivos comuns tendo em vista a potenciação do valor da farmácia. Este sistema organizacional permite também a superação pessoal onde cada dia temos de reconhecer as nossas falhas e tentar superá-las.

I.5 SIFARMA 2000®

O *Sifarma 2000®* é um software de gestão e de atendimento muito poderoso. Desenvolvido pela *Glintt*, cerca de 90% das farmácias portuguesas são detentoras deste programa (Glintt, 2016). Consegue tornar o atendimento mais rápido e eficaz através de ferramentas operacionais úteis desde a criação e a receção de encomendas.

Deparei-me por diversas ocasiões que o utente se dirigia à farmácia sem ter mais referência do que o simples princípio ativo destacado na prescrição. Perante este tipo de situação precisamos de saber algo mais, quer seja dosagem, quer seja laboratório ou até quando não sabe qual o medicamento, mas conhece a sua ação - “*No ano passado levei um antigripal muito bom, queria levá-lo novamente mas não me lembro o nome*”. Aqui o *Sifarma 2000®* assume um papel crucial. Se o utente é fidelizado e o solicitou, conseguimos ter acesso aos produtos que já levou, o que por um lado aumenta a satisfação do utente - pois tivemos a atenção de lhe dar exatamente o que pretendia, mas também evita erros nomeadamente quando o utente pretende especificamente um laboratório.

As funcionalidades do sistema informático não ficam por aqui, permite não só a utilização de planos de participação como a associação de protocolos habituais à ficha do utente deste como por exemplo SAMS; permite consultar vendas e, em caso de necessidade, anular uma receita já dispensada, entre muitas outras.

Funciona também em sintonia com o Cartão das Farmácias Portuguesas, permitindo usufruir desde o início do atendimento das vantagens Saúde. Estas vantagens atraem também utentes, pois para além das campanhas mensais de descontos imediatos em vale, por cada euro gasto em MNSRM e em OTC'S o utente soma 1 ponto. Mais tarde pode trocá-los quer por vales de desconto quer pelos produtos disponíveis no catálogo de pontos Saúde.

Para além do acima referido, o *Sifarma 2000*[®] possui informação científica de acesso rápido, como por exemplo classificação farmacológica, posologia, interações, reações adversas e precauções. Esta ferramenta é uma grande ajuda, porque permite um aconselhamento assegurando tanto a eficácia como a segurança do medicamento para um utente específico.

Para mim foi um grande apoio, até porque numa fase inicial do atendimento o medo de errar era muito grande e deu-me segurança por saber que de uma forma rápida conseguia responder a alguma questão que fosse levantada pelo utente.

Tanto pelas imensas funcionalidades e pelo seu *design* não ser o mais atrativo, o contacto inicial com o *Sifarma 2000*[®] não foi fácil. Ao início como não conhecia as várias opções operativas demorava muito mais tempo a identificá-las o que tornava o atendimento mais lento. Mais tarde consegui dispensar o cursor e acabar por me adaptar ao teclado tornando o atendimento não só mais rápido como mais estético. Este é um ponto fraco no ciclo de estudos do MICEF da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, tivemos apenas uma mini-formação na ANF de Coimbra, onde apenas aprendemos a fazer acompanhamento Farmacoterapêutico.

Considero importante que sejam exploradas mais funcionalidades, ao longo do curso, das ferramentas operacionais usadas em farmácia comunitária pois saber trabalhar com elas com eficácia e rapidez é um processo que demora o seu tempo e o seu conhecimento atempado fará que sejamos mais eficientes no estágio.

I.6 FEIRA DA SAÚDE

No fim de semana 12 e 13 de maio decorreu, em Esposende, a 4ª edição da Feira da Saúde. Nesta feira estiveram representadas diversas entidades do concelho relacionadas com saúde, tal como Associação de Dadores de Sangue, Cruz Vermelha Portuguesa, mas também identidades privadas como clínicas de fisioterapia, de aquacultura e farmácias, que procuraram divulgar os seus serviços e promover a saúde.

A Farmácia Higiénica não poderia deixar de estar presente nesta feira. Procuramos, nestes dois dias, alertar para o papel ativo que o utente deve ter na sua própria saúde e realizamos de forma gratuita rastreios de diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial e rastreio auditivo. Os mais pequenos não foram esquecidos, e para eles foram elaborados dois contos, um sobre a importância da escovagem dos dentes e o outro sobre a alimentação saudável. A adesão foi elevada, especialmente pelas senhoras, para as quais foi proporcionado um workshop de maquilhagem corretiva.

Este evento visou não só a divulgação dos serviços e de produtos que a Farmácia Higiénica dispõe, mas também uma dimensão mais social. Foi, para mim, muito importante a dinâmica que se desenvolveu com os visitantes que por lá passaram, não só os que já eram utentes da farmácia, mas como aqueles que a desconheciam e ficaram muito curiosos por a conhecer.

I.7 PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

Iniciei o meu estágio com atividades de “*backoffice*”- receção de encomendas, armazenamento de produtos no armazém e no robot, remodelação de lineares e verificação de prazos de validade. Estas tarefas embora pareçam simples são de elevada importância e não devem ser desvalorizadas pois revelam-se importantíssimas quando se realiza atendimento ao público. Permitem o contato direto com as embalagens, conhecer a localização do produto, conhecer melhor as suas aplicações terapêuticas e variações que possam existir, sejam elas de dosagem, tamanho e/ou composição.

Uma semana depois do estágio, comecei aos poucos e poucos a fazer alguns atendimentos por dia. Sempre que surgiam situações específicas, como receitas manuais com regimes/portarias específicas, chamavam-me para que me familiarizasse. Este processo fez também que os utentes me fossem conhecendo.

Aos poucos comecei a fazer mais atendimentos e a deixar o “*backoffice*”. Sempre com alguém da equipa atento ao meu trabalho para que me pudessem ajudar.

Este cronograma foi muito importante para mim, isto porque permitiu que a minha evolução fosse gradual. E, numa análise retrospectiva, consigo ver o que era e o que sou agora numa fase final do estágio, o quanto melhorei e o que ainda espero continuar a melhorar.

I.8 VALORIZAÇÃO DO ACTO FARMACÊUTICO

Ser farmacêutico comunitário não se baseia apenas na dispensa de medicamentos, é interpretar e avaliar prescrições médicas assegurando sempre que o utente leva consigo todas as ferramentas necessárias para que o uso do medicamento seja seguro e que não fiquem dúvidas quanto à posologia/indicação terapêutica. Somos, por muitas vezes, o último agente de saúde com que o utente contacta e daí a importância de esclarecermos todas as dúvidas.

Se por um lado se observa que há automedicação de uma forma imprudente do uso de medicamentos, por outro lado há pessoas que estão muito preocupadas com a sua saúde e procuram os profissionais de saúde para obter as melhores e as mais seguras soluções.

Na farmácia comunitária, encontrei a verdadeira valorização do farmacêutico comunitário e é de facto prazeroso dar indicações terapêuticas, explicar posologias e também alertar para efeitos secundários. É necessário estarmos atentos não só ao que o doente nos descreve, mas também, aos sinais que apresenta, estar atento aos pormenores e fazer perguntas pertinentes - porque muitas vezes não nos dizem tudo. Estas ferramentas permitem tornar o atendimento mais personalizado onde a saúde e o bem-estar do utente é essencial, e este demonstra-se também muito agradecido pela atenção que lhe foi dada para além da valorização que nos dá a nós enquanto profissionais e especialistas do medicamento.

2.FRAQUEZAS

Ao longo do estágio existiram situações que embora tenha conseguido superar, foram sem dúvida desafiantes. Foram consideradas obstáculos a superar e, por isso mesmo, foram situações motivadoras.

2.1. INSEGURANÇA E MEDO DE ERRAR

Bem cedo percebi mesmo antes de fazer atendimento ao público, nas atividades de “backoffice”, que o ciclo de estudos do MICF era bastante completo e que me forneceu ferramentas essenciais e diferenciadoras. Aqui, desde o 4ºano, lidamos com casos práticos e considero uma mais valia as simulações que realizamos na unidade curricular de Intervenção Farmacêutica e Autocuidados de Saúde.

Obviamente que, o atendimento ao público era o que mais me deixava nervosa, não pelo medo de lidar com pessoas, mas sim pela responsabilidade - o atendimento deve ser consciencioso e atencioso onde toda a informação deve ser prestada quer verbalmente quer por escrito. Tudo isto deve ser realizado com uma linguagem objetiva e clara, adequada a cada utente.

Tive a sorte de toda a equipa me apoiar e dar segurança, reforçando ou corrigindo, sempre que verificavam que estava mais insegura. Deram-me valiosos conselhos sobre o atendimento, aconselharam-me a agir com naturalidade e ajudaram-me a perceber que errar é humano, que “*só não erra quem não trabalha*”. Foi, para mim, um importante incentivo para que estivesse mais à vontade e com uma postura mais natural quer ao balcão quer nas tarefas de “backoffice”.

2.2. OTC’S E MARKETING

A Farmácia Higiénica possui uma vasta linha de linhares de dermocosmética, produtos de ortopedia e de puericultura. Aqui, inicialmente, senti alguma dificuldade e necessitei sempre da ajuda de um colega de forma a assegurar um aconselhamento de qualidade.

Em dermocosmética, dentro da mesma marca e para o mesmo tipo de pele há diferentes produtos e o fato de desconhecer as gamas dificultou. No entanto, acho que a unidade curricular de Dermofarmácia e Cosmética do MICF foi completa ao nível de conhecimentos da formulação, mas no momento do aconselhamento não é prático nem estético ler a formulação e é importante dirigirmo-nos diretamente ao produto que o utente solicita.

Outra dificuldade sentida, à qual não houve apoio no MICF, foi na área de ortopedia. Aqui, sem dúvida, é uma área onde falta conhecimento, tanto teórico como prático, pois existe

uma grande variabilidade e é necessário conhecimento das especificações, como o caso das meias de compressão que possuem diferentes níveis e densidades.

Como sabemos, a sobrevivência das farmácias em Portugal é uma questão delicada. Por isso mesmo estratégias de marketing e de *cross-selling* são fulcrais para a sustentabilidade das mesmas. E esse, sem dúvida, foi o meu maior desafio. Aqui, toda a equipa me ajudou explicando quais os produtos/marcas/laboratórios devia indicar, como as vantagens e desvantagens entre produtos para a mesma indicação.

Juntamente com muito trabalho de casa, onde diariamente procurava saber mais, preparei-me de forma a otimizar o meu aconselhamento. Não foi fácil conciliar este estudo adicional com a elaboração do relatório de estágio e da monografia que já absorviam 90% do meu tempo-livre.

Considero este um ponto fraco do ciclo de estudos do MICE, o facto de não nos preparar para esta componente mais comercial, para a promoção dos diferentes produtos de saúde e de bem-estar, mesmo sendo algo que a prática o trará e o aperfeiçoará. Sem esquecer que a nível de dispositivos médicos não temos qualquer apoio - leites, chupetas, biberões, ortopedia, produtos de ostomia- a não ser que a unidade curricular de Dispositivos Médicos tenha sido a nossa opcional.

2.3. MANIPULADOS

A Farmácia Higiénica tem, sem sombra de dúvida, um laboratório com condições excelentes. Contudo, não produz manipulados com regularidade, tanto pelos custos das matérias-primas quer pelos pedidos serem cada vez menos comuns.

Estas fórmulas magistrais/preparados officinais, personalizados para um utente específico, normalmente quando surgem são direcionadas para a Farmácia dos Clérigos do Porto. Já as formulações mais comuns, como o caso de pomadas de vaselina, são realizadas na Farmácia Higiénica. Tive a oportunidade de ajudar na preparação de quatro pomadas de enxofre para tratar uma família com sarna e de uma solução saturada de ácido bórico para uso auricular.

Esta realidade, não pertence apenas à Farmácia Higiénica, mas à maioria das farmácias comunitárias do país. É um ponto fraco, pouco explorado uma vez que o Farmacêutico é um profissional dotado de elevada capacidade não só científica como também laboratorial.

3.AMEAÇAS E OPORTUNIDADES

3.1. AMEAÇAS

O Farmacêutico tem um papel essencial na sociedade. Somos agentes de saúde e faz parte do nosso código deontológico educar a comunidade visando a promoção da saúde.

Num mundo cada vez mais tecnológico onde a informação está à distância de um clique, deparei-me com utentes cada vez mais preocupados com a sua saúde, mas também com utentes que se autodiagnosticaram e se automedicavam de forma errada. Notei que há também falta de consciencialização do perigo das resistências aos antibióticos sendo que as pessoas pedem-nos sem qualquer receita médica. Aqui, por até ser política da farmácia não aceder a estes pedidos, tive um papel ativo, alertando sempre para os perigos associados.

A facilidade de acesso à informação faz também que as pessoas se dirijam ao profissional de saúde para obter o medicamento que encontraram na internet que é usado para um determinado fim. Por vezes pedem-nos a opinião, mas por outras até a desvalorizam com comentários como “*sim, eu sei. Li na internet*”. É bom, de facto, as pessoas estarem cada vez mais informadas, mas por vezes esta autoaprendizagem, por vezes errónea, faz com que desacreditem o papel do profissional que está do outro lado do balcão. Esta é, sem dúvida, uma ameaça ao papel importante e ativo que desempenhamos na nossa sociedade.

A juntar a isto, há também a luta pela sobrevivência entre farmácias. Chegaram a mim utentes que asseguravam que em determinada farmácia lhes eram facultadas benzodiazepinas e antibióticos sem qualquer receita médica. Verdade ou não, esta é uma ameaça dos dias futuros não só por colocar em causa a saúde pública mas, também, a desacreditação do nosso papel como agentes e promotores de saúde. Devemos colocar a saúde e o bem-estar à frente de qualquer interesse económico e este é, infelizmente, um valor que se tem vindo a perder.

3.2 OPORTUNIDADES

O contacto com a realidade profissional é sem dúvida a grande aprendizagem do estágio. Aprendemos e partilhamos conhecimentos, mas também desenvolvemos capacidades que até ao momento não tinham sido exploradas. Este contacto com a vida profissional permite aprender com os erros e a encarar a nossa profissão com a devida responsabilidade e exigência, seguindo e cumprindo as boas práticas farmacêuticas.

O estágio permitiu perceber quais os meus pontos fracos e estimulou-me a procurar saber mais para que assim se revertissem em pontos fortes. Fez-me perceber no que estava mais à vontade e melhorar, para que se tornassem numa ferramenta de distinção.

Outra das grandes oportunidades deste estágio, é o poder discutir com os colegas o que acham de determinado produto, quais os seus resultados e quais os efeitos secundários que os utentes mais se queixam. Este diálogo permite que estejamos mais atentos no aconselhamento, mas também preparados a responder a questões específicas.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a algumas formações em que as marcas se deslocavam à farmácia, entre as quais acerca de suplementos alimentares como MentalAction[®]; Colilen[®], Neobionacid[®], Libramed[®], Fisioven[®], Vibrocil[®] Fenistil[®] e Corega[®]. Assisti também à formação do funcionamento de um novo nebulizador da Omron[®]. A farmácia é visitada por delegados de determinadas marcas que numa visita relâmpago relembram as vantagens dos seus produtos relativamente aos demais do mercado. Tive ainda a oportunidade de assistir a duas formações, que ocorreram em locais externos à farmácia, nomeadamente acerca de pilulas contraceptivas e da insuficiência venosa. Ocasionalmente, são feitas também formações internas pelos colaboradores. Estas formações são, sem dúvida, uma excelente oportunidade de consolidação de conhecimentos, mas também de exposição de dúvidas.

Outra atividade, que pude realizar ao longo do estágio, foi a realização de inquéritos acerca das crenças, conhecimentos e adesão à terapêutica anti-hipertensora. Estes inquéritos desenvolveram-se no decurso da monografia e ocorreram no gabinete do utente da farmácia. Permitiram não só criar empatia com os utentes, mas também perceber um pouco da sua história clínica, por muitas vezes complicada, e ainda esclarecer dúvidas. Foi, sem dúvida, uma excelente oportunidade não só pela componente científica como pela componente social que também nos cabe enquanto profissionais de saúde

CASOS PRÁTICOS

CASO 1

Chega à farmácia um senhor com cerca de 60 anos. Ao balcão solicita Dolviran[®] supositórios. Pergunto se possui receita médica, responde que não. Tento saber um pouco mais, o porquê da medicação. Diz que tem um neto de 2 anos em casa com febre, 37,9°C. Questiono se a criança estava a fazer/já tinha feito por indicação médica e responde novamente que não, era um medicamento que estava na farmácia doméstica. Perante isto, dada a formulação deste medicamento (400mg ácido acetilsalicílico + 7,5mg codeína + 50mg de cafeína) expliquei os perigos associados aos salicilatos em menores de 12 anos, como da codeína e da cafeína presentes na formulação.

Aproveitei para alertar do perigo da automedicação salientando que crianças são grupos particulares que requeem aconselhamento médico e/ou farmacêutico. O senhor ficou bastante preocupado e procurou então outra opção para a febre com a mesma forma farmacêutica. Uma vez que só apresentava febre, aconselhei paracetamol e a intercalar com ibuprofeno caso não fosse suficiente. Como a criança tinha febre há um dia, aconselhei a ida ao médico se os sintomas continuassem/agravessem. Aproveitei ainda para explicar a forma correta de aplicação do supositório. Não só neste caso, mas em muitos os utentes relatavam que colocavam ao contrário e que de facto havia expulsão do mesmo.

CASO 2

Senhora, entre os 35-40 anos, chega à farmácia e solicita Baciginal[®] pois estava com desconforto vaginal. Perguntei quais os sintomas e à quanto tempo os apresentava. Respondeu que há um dia e que era habitual usar este produto nestas situações. Pediu algo mais para alívio do prurido. Questionei se tinha corrimento e cheiro, respondeu que sim ao corrimento. Disse-me que era de S.Miguel e que se encontrava na zona de passagem, em trabalho, e queria portanto algo eficaz e prático. Aconselhei então Gyno-Pevaryl Combipack[®] (creme e óvulos) para aplicar à noite durante 3 dias consecutivos. Aconselhei também uma solução de lavagem íntima.

CASO 3

Durante este estágio deparei-me com diversos utentes a queixarem-se de hemorroidas. Questionados acerca do tipo, a maioria não sabe responder, e os que nunca foram ao médico dizem que já têm há algum tempo, mas que agora procuram a farmácia porque torna-se muito constrangedor e doloroso. Nestes casos, aconselhei sempre a aplicação de uma pomada rectal com propriedades anestésicas e vasoconstritoras, realcei a importância do uso de venotrópicos que podem ser utilizados por curtos períodos neste tipo de situação. Questionava também se sofriam de obstipação e em caso positivo informei das medidas farmacológicas e não farmacológicas que deveriam fazer, uma vez que o esforço defecatório seria a causa das hemorroidas. Alertei ainda para a importância da higiene rectal antes da aplicação da pomada nomeadamente antissépticos na lavagem que antecede da aplicação da pomada 2 vezes por dia.

Caso 4

Para além dos casos acima ditados e dos casos mais comuns que o inverno e o início da primavera trazem, como tosse, gripe e constipações, atendi várias pessoas com distúrbios gastrointestinais, nomeadamente diarreias. Aqui a primeira questão é a duração da diarreia e o tipo, se aquosa ou não, se há sangue, febre e se há outros elementos da família com os mesmos sintomas.

Certo dia, um senhor com cerca de 30 anos queixa-se de diarreia, que já dura há dois dias. Responde prontamente às minhas questões e diz que há 3-4 dias a filha pequena tinha tido os mesmos sintomas. Não tinha febre, as fezes não era muito aquosas e realça até que estava melhor do que o dia anterior, mas que não tinha conseguido comer ao longo do dia. Perante isto, aconselhei um probiótico e um soro de rehidratação e dei instruções acerca da dieta que deveria fazer. Alertei ainda que seria, provavelmente, uma diarreia de origem viral e transmiti cuidados a ter para diminuição da transmissão e que em caso de febre deveria de ir imediatamente ao médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular é sem dúvida alguma uma excelente oportunidade onde podemos não só aplicar, mas também complementar e consolidar conhecimentos adquiridos ao longo dos cinco anos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Sem dúvida que esta etapa, prepara-nos para o mercado de trabalho, não só a nível de competências técnico-científicas como a nível ético e social.

Esta foi uma experiência extremamente enriquecedora, que permitiu não só perceber o quão bem preparados somos pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra como perceber os pontos fracos desta nossa formação.

Temos a sorte de ter à nossa espera um mercado de oportunidades multidisciplinar devido às capacidades que nos foram dadas, pois permitem uma fácil e rápida adaptação.

Espero que seja fácil, tanto para mim como para os meus colegas de curso, encontrar rumo profissional onde haja concretização e satisfação pessoal e onde estejam sempre presentes as boas práticas farmacêuticas e o código ético e deontológico, sendo essa a nossa educação de base pela *Mui Nobre* e Honrosa Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, instituição que nos acolheu e formou.

É com grande satisfação académica, mas também pessoal que termino o meu estágio. Aqui aprendi, desenvolvi e adquiri características que irão ser uma mais-valia para o meu futuro.

A toda a equipa da Farmácia Higiénica, o meu muito obrigada por me terem recebido tão bem e pelo leque de conhecimentos que me forneceram. Irei, sem dúvida alguma, honrar todos os ensinamentos que me foram transmitidos.

CAPÍTULO II

“Crenças na Medicação –
importância na adesão à terapêutica
do doente hipertenso”

Resumo

A falta de adesão à terapêutica antihipertensora é um problema de elevada magnitude e acontece não só por ser uma doença crónica e silenciosa, mas também pela existência de crenças relativas à doença e à medicação. O hipertenso deve ter uma participação ativa e consciente na terapêutica. A existência de crenças influenciam, não só o grau de envolvimento, como a adesão e o controlo da doença. Deve-se, por isso, tentar entender quais as barreiras responsáveis pela não adesão à terapêutica para que esta possa ser melhorada.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo perceber de que forma as crenças que os doentes têm em relação aos cuidados de saúde e aos medicamentos se refletem na adesão à terapêutica antihipertensora numa amostra de doentes portugueses.

Metodologia

Este estudo foi realizado em cinco farmácias comunitárias do país. Aquando da aquisição de terapêutica antihipertensora e/ou na solicitação de medição da tensão arterial os doentes foram convidados a participar. Foram dadas todas as informações acerca do estudo e os consentimentos informados foram assinados.

O inquérito, em forma de entrevista, é constituído por três questionários, nomeadamente para avaliar os conhecimentos (*Hypertension Knowledge Test*), as crenças (*Brief Medication Questionnaire*) e o grau de adesão à terapêutica (*Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*).

Resultados

Verificou-se que cerca 54,8% da nossa amostra apresentava valores de tensão arterial controlados. O BMQ revelou uma pontuação de necessidade de $19,85 \pm 3,085$ e de preocupação de $16,32 \pm 4,768$. O diferencial encontrado entre estas duas escalas foi de $3,53 \pm 5,508$. Foram encontradas correlações significativas entre as dimensões do MUAH e as necessidade e as preocupações dos hipertensos.

Conclusão

Os resultados mostram uma associação positiva entre as crenças positivas e a adesão. E conclui que tanto hipertensos com elevada necessidade e baixa preocupação, quer com elevada necessidade e elevada preocupação são os mais aderentes. A perceção da necessidade da medicação é um fator relevante na adesão e reforça o papel importante e ativo dos profissionais de saúde na educação da saúde e na desmistificação de medos e aversões relativas à medicação.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Crenças; Adesão terapêutica; BMQ; MUAH.

Abstract

The poor adherence to antihypertensive therapy is a problem of high magnitude and occurs not only because it is a chronic and silent disease but also because of beliefs about the disease and medication. The hypertensive patients must have an active and conscious participation in the therapy. The existence of beliefs influence not only the degree of involvement, but also the adherence and control of the disease. We must therefore try to understand what barriers are responsible for nonadherence to drug therapy so that it can be improved.

Objectives

This study aims to understand how beliefs are reflected in adherence to antihypertensive therapy in a sample of Portuguese patients.

Methodology

This study was carried out in five community pharmacies in the country. At the time of acquisition of antihypertensive therapy and/or blood pressure measurement request patients were invited to participate. All information about the study was given and informed consent was signed.

The survey, in the form of an interview, consists of three questionnaires, namely to assess knowledge (*Hypertension Knowledge Test*), beliefs (*Brief Medication Questionnaire*) and degree of adherence to therapy (*Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*).

Conclusion

The results show a positive association between positive beliefs and adherence. And he concludes that both hypertensives with high need and low concern, and with high need and high concern are the most adherent. The perception of the need for medication is a relevant factor in adherence and reinforces the important and active role of health professionals in health education and the demystification of fears and aversions related to medication.

Keywords: Hypertension; Beliefs; Medicines; Therapeutic adhesion; BMQ; MUAH.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença de elevada prevalência e de elevada mortalidade associada ao aumento de risco cardiovascular (Morisky *et al.*, 2008) Horne *et al.*, 2013). É uma doença que deve ser encarada como um problema de saúde pública (Morisky *et al.*, 2008) (Morgado, Rolo e Castelo-Branco, 2011).

Afeta cerca de 3 milhões de portugueses (Macedo *et al.*, 2010) (Morgado, Rolo e Castelo-Branco, 2011). Estudos indicam que cerca de 42,2% da população portuguesa é hipertensa (Polonia *et al.*, 2014) (Kjeldsen, 2017) a grande maioria toma medicação anti-hipertensora, mas apenas 42,6% apresentam valores terapêuticos desejados (Polonia *et al.*, 2014 in Cabral, 2017a).

A adesão à terapêutica tem um grande impacto no controlo da doença. Fatores como o conhecimento, preocupações e crenças são determinantes (Horne, Weinman e Hankins, 1999) (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Salgado *et al.*, 2013) (Park *et al.*, 2018) e oferecem grande previsibilidade no que será a adesão, mais até do que qualquer outro fator clínico ou sociodemográfico (Park *et al.*, 2018).

Uma boa adesão à terapêutica implica não só a adoção, mas também, a manutenção dos comportamentos relacionados com a terapêutica. O facto, desta ser uma doença assintomática leva a uma perceção errada do seu controlo o que, em conjunto com crenças relativas à doença e à terapêutica, resulta numa má adesão e, consequentemente, leva ao insucesso da terapêutica.

Desta forma, torna-se fundamental identificar e compreender os fatores responsáveis pela não adesão (Morisky *et al.*, 2008), uma vez que esta é dos principais responsáveis pelo descontrolo da doença (Salgado *et al.*, 2013).

I. ADESÃO E CRENÇAS

Podemos definir a adesão à medicação como o “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de vida) corresponde às indicações transmitidas por um profissional de saúde” (WHO, 2003). Portanto, a adesão à terapêutica não se restringe somente à toma da medicação prescrita mas, também à sua compreensão, aceitação e a uma intervenção ativa e voluntária do hipertenso (Dias *et al.*, 2014).

Podemos dividir a não-adesão como intencional ou não intencional. Esta última ocorre quando o doente não tem capacidades nem recursos (Gadkari e McHorney, 2012) (Horne *et al.*, 2013), já a primeira relaciona-se com a motivação e as crenças (Horne *et al.*, 2013). Clifford e colaboradores, 2006, defendem ainda que o mesmo doente poderá apresentar comportamentos de não adesão intencional e não intencional, simultaneamente, tanto para medicação diferente como para a mesma em alturas diferentes.

São dezenas de estudos que nestas duas décadas procuraram explicar a razão da não adesão à terapêutica (Ross, Walker e MacLeod, 2004)(Morisky *et al.*, 2008) (Gadkari e McHorney, 2012) (Granados-Gómez *et al.*, 2015) (Park *et al.*, 2018), vários encontraram relação com a idade e o género. Quanto à idade, observa-se que doentes mais jovens tendem a ter uma adesão inferior relativamente aos mais velhos (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Walker e MacLeod, 2004) (Morisky *et al.*, 2008)(Gadkari e McHorney, 2012) e os homens são menos aderentes que as mulheres (Marentette *et al.*, 2002 *in* Morisky *et al.*, 2008).

I.1. INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NA ADESÃO

Segundo a WHO, 2003, são vários os fatores responsáveis pela não adesão à terapêutica, como a natureza assintomática e cronicidade da doença. Existem outros fatores, como as questões demográficas (idade e nível educacional), situação socioeconómica, analfabetismo e desemprego que poderão levar a uma diminuição da adesão (Bone LR *et al*, 2000; Saounatsou M *et al*, 2001 in WHO, 2003).

A adesão parece depender principalmente das crenças acerca dos benefícios do tratamento e da medicação prescrita (Clifford, Barber e Horne, 2008; Gadkari e McHorney, 2012), mas também do desejo de controlar a doença (Ross, Walker e MacLeod, 2004). Fatores como qualidade de vida, efeitos secundários, complexidade do esquema terapêutico e falta de conhecimento influenciam a adesão (Morisky *et al.*, 2008)(Gadkari e McHorney, 2012;) assim como o decurso e sucesso do tratamento (Ross, Walker e MacLeod, 2004).

De facto, não restam dúvidas quanto à influência que as crenças têm na adesão (Pereira, Pedras e Machado, 2013), tanto as crenças relativas à doença como à medicação (WHO, 2003) (Morgado, Rolo e Castelo-Branco, 2011)(Gadkari e McHorney, 2012) (Park *et al.*, 2018). Mas, é necessário dar cada vez mais importância ao hipertenso, nomeadamente ao papel ativo e determinante que desempenha no controlo da doença, isto porque é muito importante que esteja informado e que aceite colaborar ativamente (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Pereira, Pedras e Machado, 2013) (Granados-Gómez *et al.*, 2015). Para isso, é necessário que compreenda e aceite a doença, tenha perceção dos riscos associados e conheça quer os custos quer os benefícios do tratamento. A conformidade é considerada uma estratégia específica para enfrentar o problema da não adesão; o hipertenso avalia se o tratamento proposto está de acordo com o que acredita e decide se quer cumprir e colaborar (Ross, Walker e MacLeod, 2004).

I.2. INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NA TERAPÊUTICA

A não adesão à terapêutica afeta cerca dos 50% dos países desenvolvidos (WHO, 2003) (Salgado *et al.*, 2013). Esta grande falta de adesão, relaciona-se com os conhecimentos, atitudes e crenças, mas também com as percepções e expectativas relativas à medicação (Gadkari e McHorney, 2012) (Horne *et al.*, 2013) (Salgado *et al.*, 2013).

Portanto, a existência de crenças acerca dos medicamentos influenciam o envolvimento do hipertenso quer na adesão quer no controlo da doença (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Gadkari e McHorney, 2012) (Horne *et al.*, 2013), pois as preocupações com a medicação podem traduzir-se numa reação emocional - medo e ansiedade - provocando uma diminuição da adesão ou influenciando a escolha do medicamento (Horne, 2003 *in* Pereira, Pedras e Machado, 2013). Normalmente, o medo da toma de medicamentos relaciona-se com os efeitos secundários (Clifford, Barber e Horne, 2008), à ideia de perigo associada à origem sintética e química dos medicamentos, e à preferência por tratamentos mais naturais e seguros (Horne, Weinman e Hankins, 1999) (Pereira, Pedras e Machado, 2013).

As crenças relativas à medicação podem ser um preditor mais poderoso do que o género experiência educacional, número de medicamentos tomados e fatores sociodemográficos (Park *et al.*, 2018). A sua origem e persistência ao longo do tempo ainda não é suficientemente explorada (Granados-Gómez *et al.*, 2015). Estudos longitudinais demonstram que 71% dos hipertensos no início do tratamento já possuem crenças acerca dos sintomas e que, com o tempo de tratamento estas aumentam para 92% (Granados-Gómez *et al.*, 2015).

Em 2013, Horne e colaboradores, numa revisão de estudos publicados entre 1999 a 2013, concluíram que quando há uma maior perceção da doença e das suas consequências a adesão é maior. Salientam ainda que, em patologias crónicas, metade da medicação não é tomada como o indicado, o que resulta não só na perda de saúde como no aumento da morbimortalidade e no aumento de custos dos serviços de saúde (Clifford, Barber e Horne, 2008) (Horne *et al.*, 2013) (Dias *et al.*, 2014) .

I.3. INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS NO CONTROLO DA DOENÇA

O controlo da HTA ocupa uma posição central na prevenção de eventos cardiovasculares (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Mittal, 2010 *in* Cabral *et al.*, 2011) (Morgado, Rolo and Castelo-Branco, 2011) (Santiago *et al.*, 2014). O seu controlo depende da adesão à terapêutica (WHO, 2003) e, indiscutivelmente, do papel ativo do hipertenso.

A adesão à terapêutica tem um grande impacto na melhoria do hipertenso, nos resultados da terapêutica e nos custos envolvidos (WHO, 2003) (Clifford, Barber e Horne, 2008). Apenas 25% dos hipertensos, que tomam antihipertensores, possuem valores de tensão arterial dentro do normal (WHO, 2003). Apesar dos esforços, as taxas de controlo da HTA são baixas, variando entre 13% e 50% (Mittal, Singh, 2010) (Wolf-Maier *et al.*, 2003; Erdine, Aran, 2004; Kearney *et al.*, 2005; Pereira *et al.*, 2009 *in* Cabral *et al.*, 2017a). Estes valores associam-se não só à resistência aos medicamentos mas, também à difícil mudança de hábitos de vida, assim como na consulta médica que muitas vezes só ocorre perante valores elevados de pressão arterial (Kinight *et al.*, 2001; Alexander *et al.*, 2003; Atallah *et al.*, 2011; *in* Cabral, 2017a).

A baixa adesão é responsável pela falha do controlo da hipertensão em mais de 2/3 dos hipertensos (WHO, 2003). A existência de crenças relativamente aos sintomas faz com que os hipertensos tomem as suas próprias decisões relativas à continuidade do tratamento, pois baseiam-se nos seus valores de HTA como forma de autorregulação da doença (Horne *et al.*, 2013) (Granados-Gómez *et al.*, 2015). A falsa ideia de controlo da doença acaba por se refletir na adesão (Granados-Gómez *et al.*, 2015).

Há, portanto, a necessidade de intervenções preventivas que visem evitar a formação de crenças e de preocupações impedindo que estes sejam motivos de não-adesão (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Park *et al.*, 2018).

I.4. NECESSIDADE E PREOCUPAÇÃO

As crenças podem basear-se na necessidade da toma de medicação e nas preocupações em tomá-la. Estas crenças, a forma como o hipertenso lida com elas e a relação entre preocupações *versus* necessidade determinam a adesão (Clifford, Barber e Horne, 2008).

A relação necessidade-preocupação postula que a adesão é influenciada por julgamentos implícitos da necessidade pessoal sobre o tratamento (crenças de necessidade) e das preocupações - que se baseiam nas potenciais consequências adversas da toma de medicamentos (Horne *et al.*, 2013). Consiste numa avaliação pessoal que avalia os custos, benefícios, prós e contras do tratamento (Horne *et al.*, 2013) (Pereira, Pedras e Machado, 2013).

Observa-se que a adesão é superior quando há elevada necessidade e baixa preocupação mesmo quando há elevada necessidade e elevada preocupação (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Gadkari e McHorney, 2012) (Park *et al.*, 2018). Há uma relação entre necessidade e crenças positivas assim como uma relação significativa entre adesão e as preocupações (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Clifford, Barber e Horne, 2008) (Horne *et al.*, 2013) . Portanto, a adesão é maior quando há uma forte perceção da necessidade (Ross, Walker e MacLeod, 2004) (Gadkari e McHorney, 2012) (Horne *et al.*, 2013).

É necessário ter em conta as crenças e as preocupações de necessidade dos hipertensos (Horne *et al.*, 2013) para a adoção de medidas que visem o aumento da adesão e, consequentemente, o sucesso do tratamento.

I.5. IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Segundo a Norma nº026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 da Direção Geral de Saúde, no momento da escolha da terapêutica antihipertensiva, o prescriptor deve ter em conta vários fatores como a idade, fatores de risco concomitantes, condicionalismos à terapêutica e ainda, entre outros, a situação económica. Esta mesma norma enumera princípios gerais na prescrição, como a utilização de medicamentos de baixo custo, desde que apropriados, e a preferência por medicamentos de toma única.

Contudo, para a promoção da adesão à terapêutica a relação entre o hipertenso e o profissional de saúde é muito importante. É fulcral, que estes profissionais consigam não só identificar o grau de conhecimento acerca da doença, como a existência de crenças que possam levar à não adesão como também saibam lidar com as preocupações do hipertenso (Macedo *et al.*, 2010) (Pereira, Pedras e Machado, 2013) (Park *et al.*, 2018).

É importante educar e alertar para os riscos da pressão arterial elevada, realçando a importância do controlo regular dos seus valores e dos benefícios da terapêutica antihipertensiva. É importante não só aumentar a consciencialização e o conhecimento acerca da doença como também estar atento aos efeitos secundários, pois estes são uma das principais causas da não adesão (Mancia *et al.*, 2007 *in* Macedo *et al.*, 2010).

A transmissão de conhecimentos deve ser clara de forma a que se consiga desmistificar as crenças. Para tal a linguagem deve ser adaptada, de acordo com o nível de compreensão de cada doente. A atitude, do profissional de saúde, deve ser empática e livre de julgamentos (Schafheutle El *et al.*, 2002 *in* WHO, 2003).

Este envolvimento/interação do profissional de saúde com o hipertenso irá aumentar não só a qualidade do tratamento mas, como também reforçar os comportamentos positivos de adesão, o que, conseqüentemente, irão aumentar tanto a eficácia como a qualidade e segurança do tratamento (Park *et al.*, 2018). É, ainda importante, que a responsabilidade pelo insucesso da terapêutica seja partilhada tanto pelo hipertenso, pelos profissionais de saúde como pelo contexto social (WHO, 2003) (Dias *et al.*, 2014).

2. BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE

O *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), desenvolvido em 1999 por Horne, Weinman and Hankins, avalia a natureza das crenças sobre medicação e interpreta a forma como estas se relacionam quer com a doença, quer com o comportamento de adesão.

Este questionário foi desenvolvido com base em crenças identificadas na literatura como comuns a uma série de doenças crónicas, através de entrevistas realizadas a doentes que faziam medicação (Horne, Weinman e Hankins, 1999). A sua versão final divide-se em duas secções, a secção geral, que avalia crenças e preocupações gerais, e a secção específica, que avalia crenças sobre medicação específica e compreende duas subescalas – necessidade e preocupações (Horne, Weinman e Hankins, 1999). É um instrumento flexível que pode ser adaptado para avaliar crenças sobre todos os medicamentos para uma condição particular ou para componentes individuais do regime (Horne, Weinman e Hankins, 1999).

A adaptação transcultural do BMQ para português foi realizada, em hospitais públicos e clínicas ambulatoriais, em doentes gerais da Covilhã e de Guarda, tendo sido demonstrado boa consistência (Salgado *et al.*, 2013).

O BMQ-específico é composto por 11 itens (Horne, Weinman e Hankins, 1999) a escala da necessidade, que avalia as crenças sobre a necessidade da medicação, possui 5 itens e a escala de preocupações, que avalia as crenças sobre a dependência, toxicidade e efeitos secundários da medicação, e é constituída por 6 itens (Horne, Weinman e Hankins, 1999). Cada item é marcado numa escala de Likert de cinco pontos (1 = discorda forte, 2 = discorda, 3 = incerto, 4 = concorda e 5 = concorda forte). Quanto maior for a pontuação maior é a crença (Clifford, 2008). O diferencial Preocupação-Necessidade pode também ser calculado e quanto maior for, maior é a probabilidade de adesão à terapêutica (Clifford, 2008).

3. MAASTRICHT UTRECHT ADHERENCE IN HYPERTENSION

O questionário *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH) (ANEXO V) é um inquérito de autorrelato que fornece informações valiosas sobre os motivos da baixa adesão de um doente (Wetzels *et al.*, 2006).

A versão original, desenvolvida em 2006, constituída por 25 questões foi validada para português em 2017, por Cabral e colaboradores, que desenvolveram uma versão mais curta de 16 itens (MUAH-16) com as mesmas dimensões de adesão, mas com uma melhoria da sua aplicabilidade, apresentando, contrariamente à versão original, uma pontuação global de adesão.

Este questionário mede quatro dimensões relacionadas com a adesão, nomeadamente, atitude positiva em relação a cuidados de saúde e medicamentos, falta de disciplina, aversão aos medicamentos e gestão ativa dos problemas de saúde (*active coping*) (Wetzels *et al.*, 2006).

Cada uma das suas questões é marcada numa escala de Likert de 7 pontos (1 = discordo forte, 2 = discordo moderadamente, 3 = nem discordo nem concordo, 4 = concordo ligeiramente, 5 = concordo moderadamente, 6 = concordo fortemente).

4. PROJETO CONHECIMENTOS/CRENÇAS/ADESÃO/CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL EM DOENTES HIPERTENSOS

Objetivo: este estudo tem como objetivos avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, em ambulatório, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, às crenças na medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão.

Método de investigação

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – parecer ref^a CE-024/2018 (ANEXO I). Os participantes são doentes de cinco farmácias comunitárias de diferentes zonas do país (Braga, Coimbra, Pombal e Lisboa), que se deslocaram à farmácia quer para adquirir medicação antihipertensora, quer para medicação da tensão arterial. A estes foram dadas todas as informações acerca do estudo e foram assinados os consentimentos informados (ANEXO II). Antes da entrevista foram recolhidos dados demográficos (idade e género) e clínicos (doenças concomitantes e o seu nível de controlo); o número total de medicamentos e a terapêutica antihipertensora (ANEXO II).

Este estudo excluí grávidas, menores de 18 anos e terapêutica antihipertensora inferior a três meses. Foram também excluídos doentes sem capacidades cognitivas.

Análise das crenças na medicação

Tendo em conta os objetivos do projeto conhecimentos/crenças/adesão/controlo da pressão arterial em doentes hipertensos, procedeu-se à análise das crenças de necessidade e preocupações do hipertenso e a forma se relaciona com a adesão à terapêutica, utilizando os dados recolhidos pelo preenchimento do BMQ-específico e pelo MUAH.

5.1.RESULTADOS

5.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistados um total de 197 hipertensos, maioritariamente do género feminino (61,4%). Quanto à idade não se observou diferença entre géneros, apresentando-se com uma média de idades de $65,8 \pm 12,2$ anos.

Relativamente ao tempo de diagnóstico, observa-se que a maioria é hipertenso há 10 - 20 anos, sendo a média de $13,4 \pm 10,1$ anos.

Constatou-se que 15,2% (n=30) dos entrevistados tinham história de doença do coração; 2% (n=4) história de AVC e das 121 mulheres entrevistadas, 16,5% (n=20) tiveram HTA na gravidez.

Foram registados treze hipertensos que recusaram participar no estudo, onze por falta de tempo e dois por falta de interesse

Na entrevista, todas as doenças à exceção da HTA foram autoreportadas. No Gráfico I podemos observar a sua frequência e o seu grau de controlo.

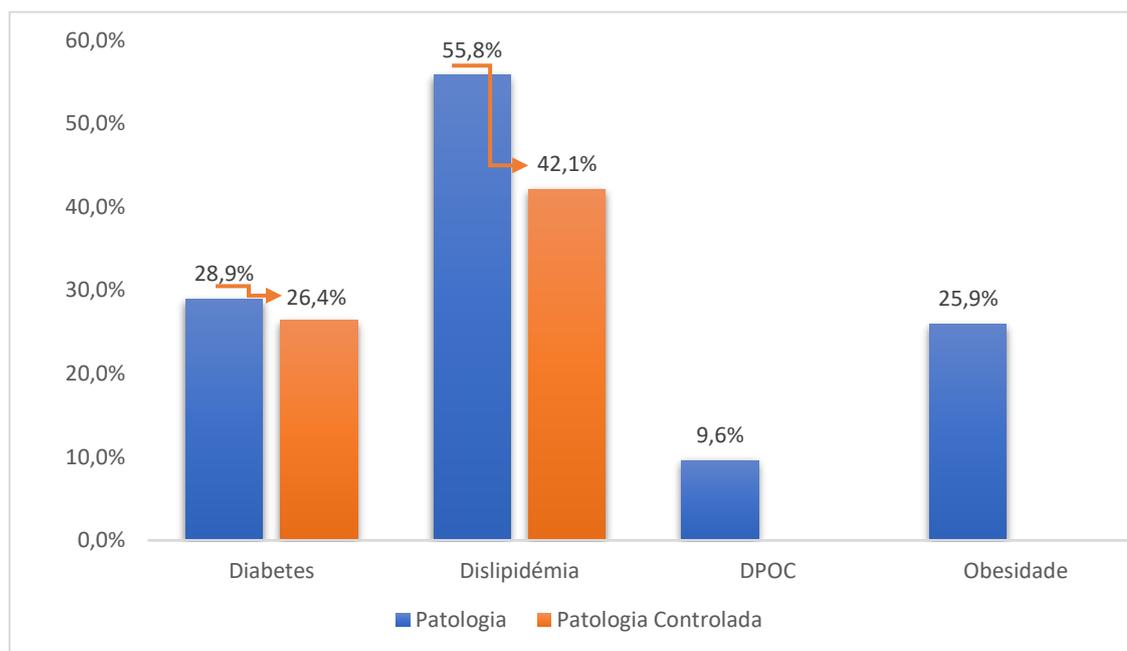


Gráfico I. Patologias concomitantes à HTA

Observa-se que 55,8% dos hipertensos têm associado dislipidemia e 28,9% (n=57) diabetes. O nível de controlo destas duas patologias é baixo, apenas 26,4% dos hipertensos com diabetes desta amostra têm a diabetes controlada, na dislipidemia observa-se um maior controlo, nomeadamente 42,1%. Observa-se que 25,9% (n=51) dos entrevistados são obesos e que 9,6% (n=19) são portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Registou-se uma média de $4,3 \pm 2,5$ medicamentos tomados para todas as patologias do doente.

Quanto aos dados referentes à pressão arterial, registou-se que 54,8% (n=108) da nossa amostra apresentava valores dentro dos objetivos terapêuticos. A média da pressão arterial sistólica foi de $133,9 \pm 16,4$ mmHg, da pressão arterial diastólica $78,9 \pm 10,8$ mmHg e da frequência cardíaca foi de $72,01 \pm 10,58$ bat/min.

Constatou-se que 69,5% (n=137) da nossa amostra toma dois ou mais medicamentos para o tratamento da HTA. No Gráfico 2, temos representado os resultados obtidos das diferentes classes de antihipertensores da nossa amostra.

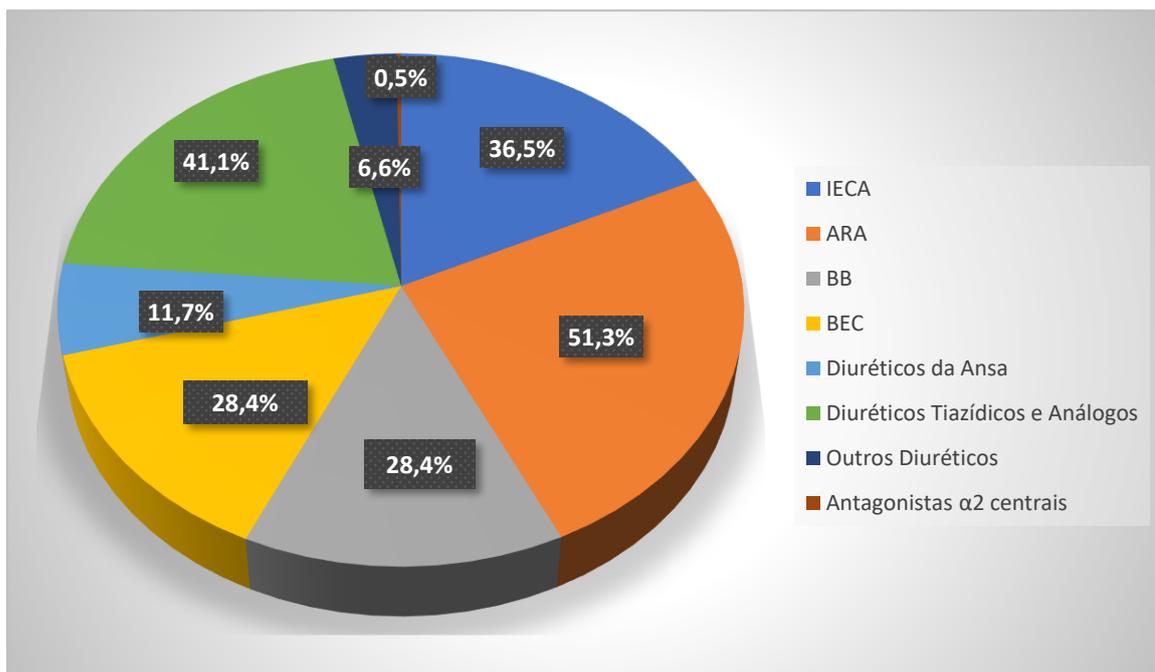


Gráfico 2. Terapêutica Antihipertensora

Observa-se que 51,3% (n=101) da terapêutica antihipertensora corresponde à classe dos Antagonistas dos Recetores da Angiotensina (ARA); 41,1% (n=81) aos Diuréticos Tiazídicos e Análogos; 36,5% (n=76) aos Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA). Os Bloqueadores Adrenérgicos de tipo beta (BB) e os Bloqueadores da Entrada de Cálcio (BEC) apresentam valores de 28,4% (n=56)

5.1.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA

No Gráfico 3, encontram-se apresentados os resultados da análise das respostas ao BMQ, nomeadamente às questões das necessidades, observou-se uma pontuação média de $19,9 \pm 3,1$.

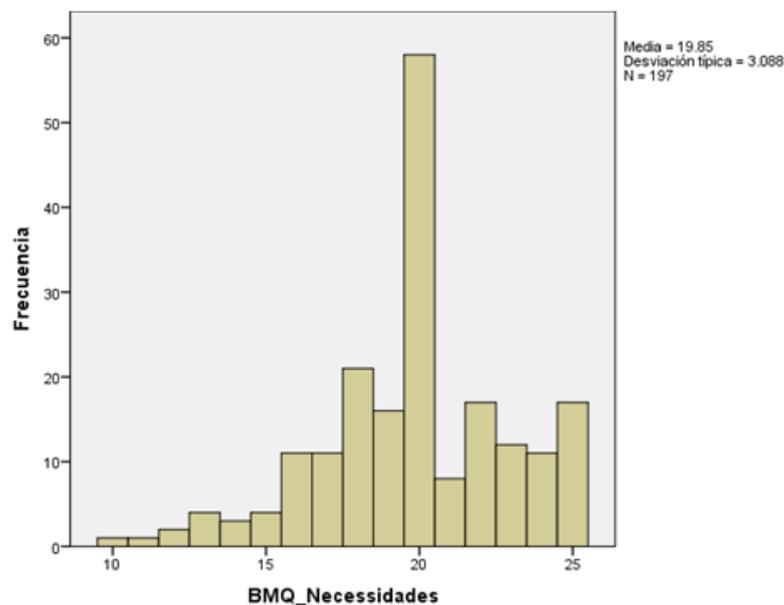


Gráfico 3. Análise Necessidades BMQ

Relativamente à pontuação das preocupações, Gráfico 4, os resultados são mais heterogêneos, tendo sido encontrada uma média de $16,3 \pm 4,78$.

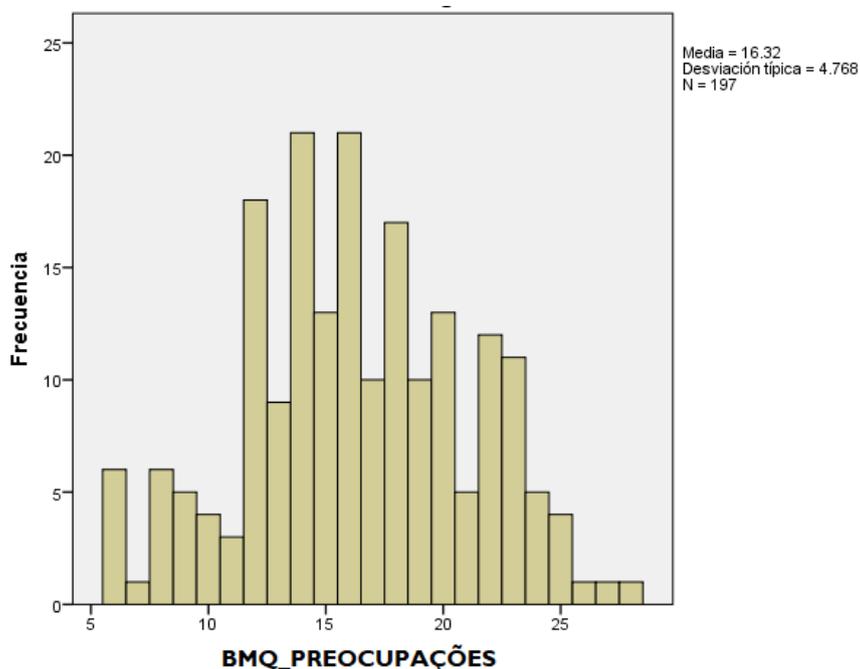


Gráfico 4. Análise Preocupações BMQ

No Gráfico 5, apresentam-se a diferença entre Necessidade-Preocupações o valor médio foi de $3,5 \pm 5,5$.

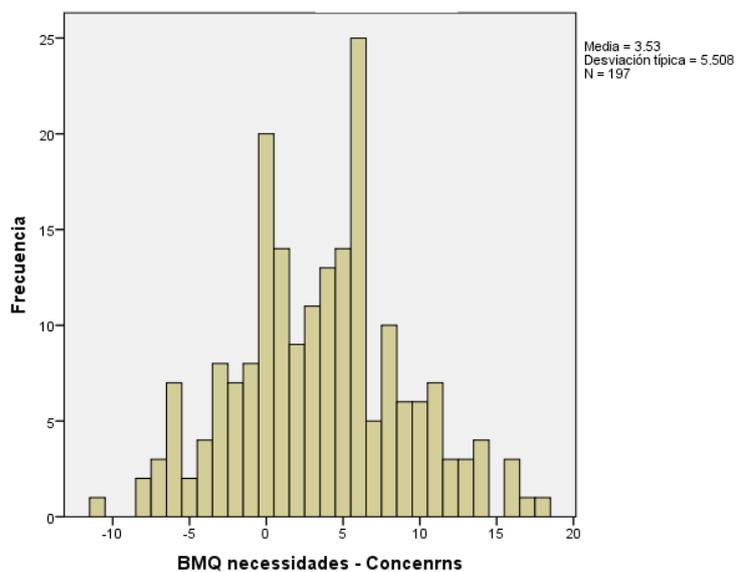


Gráfico 5. Necessidades - Preocupação

O Gráfico 6, representa a distribuição das respostas BMQ necessidade-preocupações entre géneros.

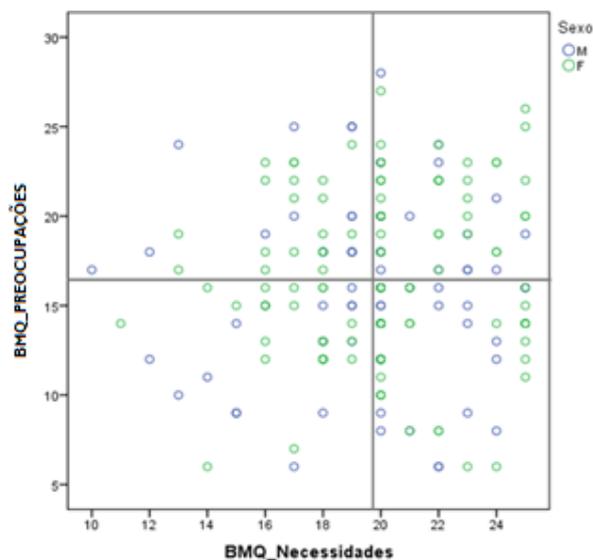


Gráfico 6. Distribuição BMQ vs Género

Relativamente ao género masculino, observa-se que não há uma distribuição normal. Relativamente ao género feminino verifica-se uma associação entre as necessidades e as preocupações.

Quanto à apreciação global do MUAH, Gráfico 7, obtivemos um valor médio de $127,8 \pm 17,4$

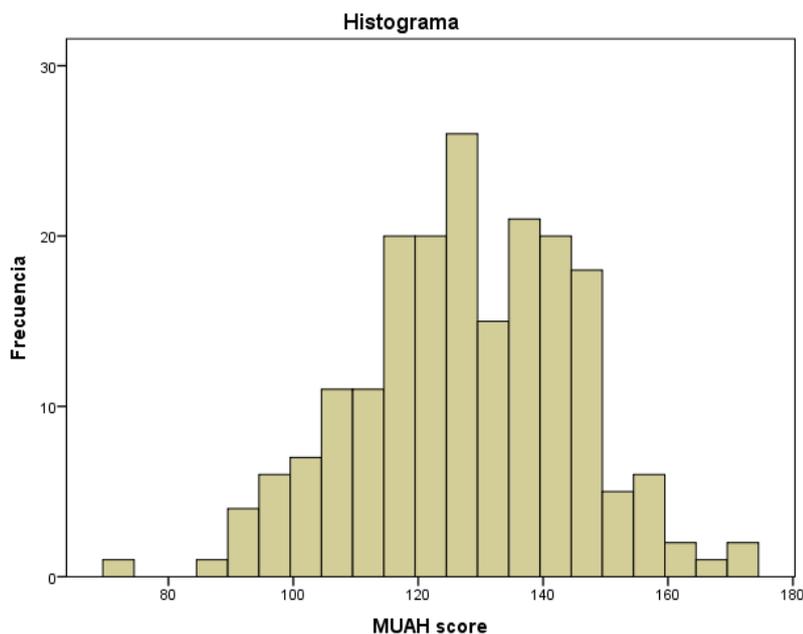


Gráfico 7. Frecuência Respostas MUAH

5.1.3. Relação BMQ/MUAH

Correlação da adesão com as necessidades e preocupações

Observa-se que há correlação com significado estatístico entre as crenças e o grau de adesão à terapêutica (Correlação de Pearson=0,529, $p < 0,01$). Analisando as variáveis do BMQ em separado, encontramos correlações significativas nas duas, nomeadamente na relação das necessidades com a adesão (Correlação de Pearson=0,220; $p = 0,01$) e na relação das preocupações com a adesão (Correlação de Pearson= -0,469; $p < 0,01$)

Necessidade e as dimensões do MUAH

Observa-se uma correlação com significado estatístico (Correlação de Pearson=0,348; $p < 0,01$), entre as atitudes positivas em relação aos cuidados de saúde e medicação com a necessidade dos medicamentos.

Não se encontrou correlação significativa entre a perceção da necessidade de medicação e a falta de disciplina ($p = 0,068$), a aversão à medicação ($p = 0,380$) nem com o *active coping* ($p = 0,298$),

Preocupações e as dimensões do MUAH

Observa-se uma correlação com significado estatístico (Correlação de Pearson=-0,169; $p=0,018$), entre as atitudes positivas em relação aos cuidados de saúde e medicação com a preocupação à medicação.

Relativamente à disciplina, observa-se uma correlação com significado estatístico entre as preocupações que o doente tem em relação à medicação e a sua falta de disciplina (Correlação de Pearson=-0,344; $p<0,01$).

Há uma correlação significativa entre as preocupações que o doente tem em relação à medicação e a sua aversão à medicação (Correlação de Pearson=-0,514; $p<0,01$).

Quanto à medicação e ao *active coping*, observa-se uma correlação com significado estatístico das preocupações que o doente tem em relação à medicação (Correlação de Pearson=-0,199; $p<0,01$).

6. DISCUSSÃO

Estamos perante uma amostra de doentes que toma em média 4 ($4,3\pm 2,5$) medicamentos para todas as suas patologias, sendo que a maioria (69,5%) toma dois ou mais medicamentos para o tratamento da hipertensão. Verifica-se a presença concomitante de doenças de elevado risco cardiovascular, nomeadamente dislipidémia (55,8%), diabetes (28,9%) e obesidade (25,9%).

No tratamento da HTA, o valor alvo de pressão sistólica é inferior a 140mmHg, e inferior a 90mmHg (Norma nº026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013, Direção Geral de Saúde, 2011). Quando a diabetes está presente, o valor desejado para a diastólica é inferior a 85mmHg (Mancia *et al.*, 2013), na nossa amostra obtivemos valores de $133,9\pm 16,4$ mmHg para a sistólica e $78,9\pm 10,8$ mmHg na pressão arterial diastólica.

Registamos valores de tensão arterial médio dentro dos valores desejados 54,8% ($n=108$), valor acima dos 25% indicados pela WHO (2003) mas mais próximo dos 42,6% mencionados por Polonia e colaboradores em 2014.

Quanto à terapêutica antihipertensora verificamos que há o domínio dos ARA, Diuréticos Tiazídicos e Análogos, IECA e também dos BEC. Estes são, de facto, a primeira escolha no tratamento da hipertensão recomendada pela Norma nº026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 da Direção Geral da Saúde.

Obtivemos um valor médio de $19,9\pm 3,1$ na escala das necessidades e um valor de

“Crenças na medicação – importância na adesão à terapêutica do doente hipertenso” Paula Ribeiro
16,3±4,8 na escala das preocupações. O diferencial entre necessidade e preocupações (N-P) é de 3,5±5,5. Estes valores reforçam a ideia de vários investigadores, como Gadkari e McHorney, 2012, Horne e colaboradores, 2013, de que a elevada necessidade está associada a baixa preocupação. De facto, verificamos que 54,8% da nossa amostra tem a HTA controlada, apresenta um valor de N-P positivo e apresenta um valor médio de respostas ao MUAH de 127,84±17,44. Esta apreciação global é só por si um indicador de adesão e da correlação positiva entre as crenças e a adesão.

Relativamente à diferença entre géneros encontrada por Marentette e colaboradores em 2002 (Morisky *et al.*, 2008) os nossos resultados não nos permitem inferir conclusões. A razão prende-se pelo facto da nossa amostra não ter um tamanho significativo e por possuir um número significativamente maior de elementos femininos. No Gráfico 6 não encontramos uma distribuição normal do sexo masculino. Relativamente ao sexo feminino, podemos verificar que há uma associação entre as necessidades e as preocupações, sendo que a elevada necessidade é sempre acompanhada pela preocupação. Reforçando a teoria de vários investigadores, de que se observa maior adesão mesmo quando há elevada necessidade e elevada preocupação (Gadkari e McHorney, 2012; Park *et al.*, 2018; Ross, Walker e MacLeod, 2004).

Da análise das dimensões do MUAH juntamente com as duas escalas do BMQ, verificamos que um doente com maior necessidade da medicação terá um conjunto de atitudes positivas em relação aos cuidados de saúde. Assim, um doente menos preocupado apresenta maior adesão optando por atitudes positivas, maior proatividade em relação aos seus problemas de saúde e apresenta uma menor falta de disciplina e menor aversão à medicação do que um doente preocupado com a medicação. Relativamente à relação entre a necessidade da medicação e a falta de disciplina, aversão à medicação e *active coping* não foram encontradas correlações.

Limitações do estudo

O formato de entrevista pode levar a um viés de memória. As taxas de adesão poderão estar sobrestimadas.

7. CONCLUSÃO

Neste estudo, verificamos que existe uma associação entre a adesão e as crenças bem como a adesão e os comportamentos do hipertenso. É curioso verificar o poder das crenças na necessidade da medicação, fazendo com que haja adesão mesmo quando as crenças de preocupação são elevadas.

Apesar de termos obtido valores de tensão arterial controlados, acima dos 50%, não podemos esquecer a dimensão – Adesão à terapêutica. É importante identificar quais são as barreiras à adesão bem como a sua amplitude. É necessário ter em conta que o hipertenso tem de aderir à terapêutica medicamentosa e não só, tem de aceitar colaborar nas medidas não farmacológicas e adotar comportamentos proativos na sua própria saúde.

A elevada prevalência de preocupações realça a necessidade de educar o doente de forma a aumentar o seu conhecimento tanto sobre a doença como sobre o seu tratamento, de forma a que veja a medicação como um aliado e não como nocivo para a saúde. É importante que o doente compreenda a relação benefício-risco do cumprimento do regime terapêutico e não só, da adesão ao tratamento.

Há, portanto, a necessidade de implementar medidas que aumentem a perceção da necessidade do tratamento e que se foquem na desmistificação de crenças negativas acerca da medicação. Aqui, os profissionais de saúde, devem assumir um papel ativo, pois cabe a eles esclarecer todas as dúvidas que o hipertenso poderá ter e devem ainda reforçar a importância que a adesão tem no sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, Ana C. *et al.* (2017a) - Cross-cultural adaptation of Hypertension Knowledge Test into European Portuguese. (2017) 1–9.

CABRAL, Ana C. *et al.* (2017b) - Developing an adherence in hypertension questionnaire short version: MUAH-16. *Journal of Clinical Hypertension*. ISSN 17517176. 20:1 (2017) 118–124.

CLIFFORD, Sarah; BARBER, Nick; HORNE, Rob - Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 00223999. 64:1 (2008) 41–46.

COSTA, Maria Jorge. KAIZEN. *Revista Saúde*. 2016. [Consult. 12-05-2018 às 18h] Disponível em <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Kaizen.aspx>

DIAS, António *et al.* - Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. *Atencion Primaria*. ISSN 15781275. 46:S5 (2014) 101–106.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma da Direção Geral de Saúde. 026/2011:2011) 1–14.

GADKARI, Abhijit S.; MCHORNEY, Colleen A. - Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*. ISSN 14726963. 12:1 (2012).

GRANADOS-GÁMEZ, Genoveva *et al.* - A longitudinal study of symptoms beliefs in hypertension. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. ISSN 16972600. 15:3 (2015) 200–207.

GLINTT. Sifarma. Software Solutions. 2016 [Consult. 12-05-2018 às 20h] Disponível em <http://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>

HORNE, Rob *et al.* - Understanding patients' adherence-related Beliefs about Medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE*. ISSN 19326203. 8:12 (2013).

HORNE, Robert; WEINMAN, John; HANKINS, Matthew - The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*. ISSN 08870446. 14:1 (1999) 1–24.

KJELDSEN, Sverre E. - Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. *Pharmacological Research*. ISSN 10961186. 129:2017) 95–99.

MANCIA, Giuseppe *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). *European Heart Journal*. ISSN 0195668X. 34:28 (2013) 2159–2219.

MITTAL, Bharati V.; SINGH, Ajay K. - Hypertension in the Developing World: Challenges and Opportunities. *American Journal of Kidney Diseases*. ISSN 02726386. 55:3 (2010) 590–598.

MORGADO, Manuel *et al.* - Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. ISSN 09753583. 1:4 (2010) 196–202.

- MORGADO, Manuel; ROLO, Sandra; CASTELO-BRANCO, Miguel - Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: A randomised controlled trial. *International Journal of Clinical Pharmacy*. ISSN 22107703. 33:1 (2011) 132–140.
- MORISKY, Donald E. *et al.* - Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*. ISSN 15246175. 10:5 (2008) 348–354.
- PARK, Hwa Yeon *et al.* - Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient Preference and Adherence*. ISSN 1177889X. 12:2018) 175–181.
- PEREIRA, M. G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J. C. - Validation of the questionnaire on beliefs about medication with type 2 diabetic patients . *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. ISSN 01023772 (ISSN). 29:2 (2013) 229–236.
- POLONIA, Jorge *et al.* - Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade the PHYSA study. *Journal of Hypertension*. ISSN 14735598. 32:6 (2014) 1211–1221.
- ROSS, S.; WALKER, A.; MACLEOD, M. J. - Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*. ISSN 09509240. 18:9 (2004) 607–613.
- SALGADO, Teresa *et al.* - Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o Português. *Sao Paulo Medical Journal*. ISSN 15163180. 131:2 (2013) 88–94.
- SANTIAGO, Luiz Miguel *et al.* - Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. ISSN 21742030. 33:7–8 (2014) 419–424.
- WETZELS, Gwenn *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*. ISSN 07383991. 64:1–3 (2006) 151–158.
- WHO - Adherence to long-term therapies. World Health Organization (2003).

ANEXO I



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

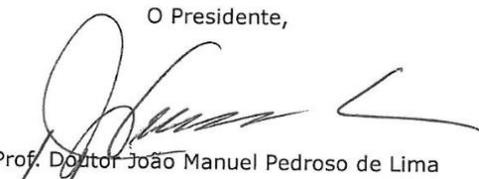
Título do Projeto: *"Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos".*

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

ANEXO II



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 n° 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento n° 2: recolha dos dados sociodemográficos e da terapêutica habitual do utente.

Procedimento n° 3: medição da pressão arterial.

Procedimento n° 4: preenchimento do questionário para avaliar os conhecimentos sobre a hipertensão.

Procedimento n° 5: preenchimento do questionário para avaliar as crenças sobre a medicação.

Procedimento n° 6: preenchimento do questionário para avaliar o grau de adesão à terapêutica.

Procedimento n° 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



• U

C •

FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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:* ____/____/____

ANEXO III

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:

ANEXO IV

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

ANEXO V

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

2 - Discordo moderadamente

3 - Discordo ligeiramente

4 - Não discordo nem concordo

5 - Concordo ligeiramente

6 - Concordo moderadamente

7 - Concordo totalmente

Questionário MUAH

Discordo totalmente → 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