

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
Faculdade de Ciências e Tecnologias  
Departamento de Química, Bioquímica e Farmácia

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

# Avaliação da Adesão à Terapêutica em doentes com Hipertensão em Vila Franca de Xira

**ANDRÉ FILIPE FREIRE LOPES**

**Dissertação**

**Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**

**2013**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
Faculdade de Ciências e Tecnologias  
Departamento de Química, Bioquímica e Farmácia

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

# Avaliação da Adesão à Terapêutica em doentes com Hipertensão em Vila Franca de Xira.

**ANDRÉ FILIPE FREIRE LOPES**

**Dissertação**

**Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**

**Trabalho efetuado sob a orientação Mestre Isabel Ramalinho**

**2013**



# Avaliação da Adesão à Terapêutica em doentes com Hipertensão em Vila Franca de Xira

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA DO TRABALHO**

**Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.**

---

**André Lopes**

**©A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de formato digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.**

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que de alguma forma tornaram possível a realização deste trabalho, especialmente:

À Professora Mestre Isabel Ramalinho, na qualidade de minha orientadora, a minha gratidão pela sua total disponibilidade, empenho e pelo rigor crítico com que acompanhou todo o trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio, carinho e dedicação, que me tornaram no que sou como pessoa, como filho, como profissional, depositando em mim a confiança e acreditando vivamente nas minhas capacidades e sem os quais não seria possível a conclusão de mais esta etapa. O orgulho que sentem por mim é a maior motivação que posso ter para continuar a fazer mais e melhor no futuro!

À minha irmã pelo companheirismo e amizade, ao longo de toda a minha vida.

Aos meus avós, aos presentes e aos que gostava que estivessem presentes, ao meu tio, primos e outros familiares que sempre me apoiaram e confiaram que iria atingir os meus objetivos.

À minha “Madrinha” Conceição Veríssimo que sempre esteve presente, ajudando e aconselhando, em muitos momentos marcantes da minha vida.

Aos amigos, que me seguiram nesta caminhada, que partilharam comigo várias aventuras, que sempre souberam estar presentes.

A todos os professores que ao longo destes anos transmitiram os seus conhecimentos e me ajudaram na minha formação.

Queria também agradecer à Dra. Manuela, diretora técnica da Farmácia Roldão, em Vila Franca de Xira, por toda a disponibilidade demonstrada, interesse e dedicação na realização deste projecto, apoiando sempre e incentivando os utentes da sua farmácia a participarem no estudo, e deste modo viabilizando a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

A todos os participantes que preencheram os questionários e possibilitaram a concretização deste trabalho.

À Mestre Cristina Marreiros da Cunha quero agradecer todo o apoio na leitura, correção e processamento do texto.

Aqueles que me marcaram profundamente ao longo do meu percurso académico, que contribuíram em certa medida para a minha formação como pessoa e como profissional, que me deram amizade, amor e confiança suficiente para ultrapassar todos os obstáculos, não podendo deixar aqui de referir em concreto, Diana Pereira, Duarte Gomes, João Ferreira, António Matias, João Almeida, João Dias, Ricardo Brandão, Nuno Campos, Carina Carvalho, Ana Gonçalves e Paulo Valentim o meu reconhecimento muito sincero.

A todos aqueles que não mencionei, mas que deram o seu contributo, amizade, paciência, e que sofreram um pouco comigo ao longo destes 5 anos.

A todos um grande OBRIGADO!

## Índice

Resumo.....	vii
Abstract .....	viii
Abreviaturas .....	ix
Índice de Tabelas.....	x
1 Introdução.....	1
1.1 Hipertensão Arterial.....	4
2 Conceito de Adesão à Terapêutica.....	7
2.1 Prevalência da Adesão à Terapêutica .....	8
2.2 Fatores Associados à Adesão à Terapêutica .....	9
2.3 Metodologias de Avaliação da Adesão à Terapêutica Anti-hipertensiva.....	13
2.3.1 Instrumentos de medição direta.....	14
2.3.2 Instrumentos de medição indireta.....	15
2.4 Terapêutica anti-hipertensiva .....	17
2.4.1 Intervenção Farmacêutica na melhoria da adesão à Terapêutica Anti-hipertensiva	19
3 Objetivos .....	21
4 Material e Métodos.....	21
4.1 Como decorreu o estudo (Questionário).....	22
4.2 Tratamento Estatístico .....	22
4.3 Questões éticas .....	23
5 Resultados.....	23
5.1 Características sociodemográficas.....	23
5.2 Regime terapêutico e adesão à terapêutica .....	25
5.3 Conhecimento e atitudes sobre doença .....	26
5.4 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores sociodemográficos .....	29
5.5 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores ligados à terapêutica .....	37
5.6 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores ligados à doença .....	44
6 Discussão .....	53
7 Conclusões.....	59
Bibliografia .....	60
Anexos.....	66

## Resumo

O trabalho que se apresenta centra-se na identificação dos principais factores que levam um doente hipertenso a não seguir uma terapêutica prescrita pelo seu médico, mas também pretende identificar a importância do farmacêutico no aumento da adesão à terapêutica.

As doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte e a hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco cardiovascular, tendo cada vez mais prevalência na população portuguesa. Para ser eficaz, a terapêutica farmacológica anti-hipertensiva deve ser utilizada de forma constante e regular. A não adesão à terapêutica é apontada frequentemente como a razão principal para o fracasso da terapêutica anti-hipertensiva.

Este trabalho de investigação foi desenvolvido numa Farmácia em Vila Franca de Xira de Setembro a Dezembro de 2012, com recurso a entrevista baseadas na aplicação de questionário, bem como a medição da pressão arterial. As pessoas foram selecionadas aleatoriamente bastando para tal que fossem adquirir terapêutica anti-hipertensiva que tivesse sido previamente prescrita por um médico. Foram feitos 97 inquéritos durante este período o que não nos possibilitou uma análise conclusiva em muitos parâmetros. Ainda assim, obtivemos alguns resultados que confirmam estudos anteriores e apesar da discrepância de valores encontrados nas diversas vertentes do comportamento em estudo, podemos dizer com segurança que o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva na nossa amostra é fraco.

O fator “esquecimento” revela-se significativo, o que deve implicar uma maior adaptação da toma dos anti-hipertensores à vida quotidiana do doente. A informação sobre a hipertensão e suas repercussões, o diagnóstico e a medição regular da PA e o controlo dos doentes são fatores de grande importância para a melhoria da adesão à terapêutica.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial, adesão à terapêutica, anti-hipertensores, pressão arterial

## Abstract

The main purpose of this work was to identify the major factors causing hypertensive patient's lack of adherence to the medication prescribed by the doctor. Furthermore, the current study aimed to identify the role of the pharmacist in the improvement of therapeutic adherence.

Cardiovascular diseases (CD) are a leading cause of death and arterial hypertension (AH) is an important cardiovascular risk factor with increasing prevalence in the Portuguese population. To be effective, antihypertensive pharmacological therapeutic should be continuously and regularly used. Non-adherence to therapeutics is often mentioned as the main reason for the ineffectiveness of antihypertensive medication.

This research project was developed at a Pharmacy in Vila Franca de Xira, from September to December 2012, using interview-based questionnaires, as well as blood pressure (BP) measurements. Participants were randomly selected at the Pharmacy when acquiring antihypertensive medicines prescribed by the doctor. The 97 surveys conducted during this period did not allowed to perform a conclusive analysis in several parameters. Nonetheless, some results which confirm previous studies were observed. Despite discrepancy of values found for the different aspects of behavior assessed, it was possible to conclude that the degree of adherence to antihypertensive medication of the sample was poor.

The factor "forgetfulness" has revealed to be significant, which should lead to a greater adjustment of antihypertensive medicinal products intake, to the patients' daily life. The information on hypertension and consequent comorbidities, diagnosis, regular measurement of BP and patients' monitoring are important factors for the adherence improvement.

**Keywords:** arterial hypertension, therapeutic adherence, antihypertensive medicinal products, blood pressure

## Abreviaturas

ARA – Antagonistas dos Recetores da Angiotensina II

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DCV – Doenças Cardiovasculares

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

HTA – Hipertensão Arterial

IECA – Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAP – População Adulta Portuguesa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDM – Taxa de Dispensa de Medicação

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Definição e classificação dos níveis de pressão sanguínea (Perk et al., 2012) .....	5
Tabela 2 - Distribuição por grupo etário e sexo .....	23
Tabela 3 - Distribuição por etnia .....	24
Tabela 4 - Distribuição por nível de ensino .....	24
Tabela 5 - Distribuição por situação no trabalho .....	24
Tabela 6 - Distribuição por agregado familiar .....	25
Tabela 7 - Agregado familiar dos reformados.....	25
Tabela 8 - Esquema terapêutico.....	26
Tabela 9 - Duração da doença.....	26
Tabela 10 - Necessidade de controlar a pressão arterial.....	27
Tabela 11 - Número de consultas de Clínica Geral em 2012 .....	27
Tabela 12 - Número de consultas de Cardiologia em 2012 .....	28
Tabela 13 - Frequência da medição da pressão arterial .....	28
Tabela 14 - Classificação dos níveis de Pressão arterial.....	28
Tabela 15 - Adesão à terapêutica relativamente ao esquecimento em função das variáveis sociodemográficas.....	30
Tabela 16 - Adesão à terapêutica relativamente ao ser descuidado com a hora das tomas dos medicamentos em função das variáveis sociodemográficas .....	31
Tabela 17 – Adesão à terapêutica relativamente ao parar a medicação quando se sente melhor em função das variáveis sociodemográficas .....	33
Tabela 18 - Adesão à terapêutica relativamente ao suspender a medicação porque sentiu mal em função das variáveis sociodemográficas .....	35
Tabela 19 - Adesão à terapêutica relativamente à interrupção da terapêutica por deixar acabar os medicamentos em função das variáveis sociodemográficas .....	36
Tabela 20 - Adesão à terapêutica relativamente ao esquecimento de tomar os medicamentos em função das variáveis ligadas à terapêutica.....	38
Tabela 21 - Adesão à terapêutica relativamente ao ser descuidado com as horas das tomas em função das variáveis ligadas à terapêutica.....	39
Tabela 22 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por se sentir melhor em função das variáveis ligadas à terapêutica .....	40
Tabela 23 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por se sentir mal em função das variáveis ligadas à terapêutica.....	42

Tabela 24 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por deixar acabar os medicamentos em função das variáveis ligadas à terapêutica .....	43
Tabela 25 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Esqueceu de tomar os medicamentos para HTA.....	45
Tabela 26 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: É descuidado com a hora da toma dos medicamentos .....	47
Tabela 27 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Quando se sente melhor, às vezes para com os medicamentos para HTA?.....	49
Tabela 28 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Por vezes, quando anda a tomar os medicamentos da tensão e se sente mal, para de os tomar? .....	50
Tabela 29 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para a HTA? .....	52
Tabela 30 – Adesão à terapêutica anti-hipertensiva por entrevista em diversos estudos.....	54

## 1 Introdução

A pressão sanguínea sofre inúmeras variações ao longo do dia e esta é influenciada pela hora do dia, estado emotivo no momento da medição, a dor, o desconforto, a temperatura, o exercício físico, a idade, os fármacos e outros relacionados com os aparelhos de medição e técnica utilizada durante a medição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que se considere pressão sanguínea normal valores abaixo de 140/90 mmHG e Hipertensão Arterial (HTA) valores acima destes. No entanto, o factor “idade” pode alterar os limites e para idosos podem considerar-se normais, valores inferiores a 160/100 mmHg (Perk et al., 2012). É sabido que a prevalência da hipertensão aumenta com a idade. Até aos 45 anos é mais frequente nos homens, enquanto que, a partir dessa idade é mais frequente nas mulheres (Espiga, Macedo, & Silva, 2007).

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma das principais causas de morte em Portugal e é um problema de saúde pública, visto estar diretamente relacionada com o enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral, doenças que hoje em dia, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentam taxas muito elevadas de mortalidade em todo o mundo. Em Portugal, segundo o estudo da população adulta portuguesa (PAP) de 2006 (Espiga et al., 2007), a prevalência da HTA era em 2006 de 42,1% na população adulta. Estudos mais recentes revelam que este valor está muito abaixo da realidade porque a HTA está muito dependente de fatores de risco como o tabagismo, a dislipidémia, o abuso de álcool, o sedentarismo, a obesidade, o stress do dia-a-dia, e estes fatores têm vindo a aumentar ao longo das últimas décadas (DGS, 2008; Halpern et al., 2006; Osterberg & Blaschke, 2005).

Em mais de 90% dos doentes com hipertensão não é possível identificar a causa. Apenas em 10% dos doentes a hipertensão pode ser atribuída a causas conhecidas, como a doença renal, patologia endócrina, coarctação da aorta e consumo de certos fármacos. Entre os fármacos que podem induzir o aumento da pressão arterial, são conhecidos os contraceptivos orais, os corticosteroides, os simpaticomiméticos e os antidepressivos tricíclicos (Longo et al., 2011).

Apesar de a hipertensão ser normalmente assintomática podem ocorrer sintomas como cefaleias, epistaxis e zumbidos

As medidas de prevenção primária da hipertensão não são suficientemente eficazes ou pelo menos com bastante impacto na comunidade, sendo por isso necessário controlar a hipertensão o mais precoce e corretamente possível. Alguns estudos demonstraram que a terapêutica medicamentosa está associada significativamente ao decréscimo da morbidade e mortalidade dos doentes hipertensos (Cortez-dias, Martins, & Belo, 2009; Vaz, Santos, & Carneiro, 2005).

O objetivo do tratamento anti hipertensor dos doentes com hipertensão essencial ligeira ou moderada, não complicada e assintomática é de prevenir uma complicação ainda não existente mas esse tratamento pode não ter resultados se não houver intervenções adequadas nos fatores de risco, nomeadamente nos níveis de colesterol e no tabagismo (Vaz et al., 2005). Outras medidas como a redução do sal na alimentação, redução do peso, exercício físico, redução da ingestão do álcool podem e devem completar a terapêutica anti-hipertensiva (Ramanath, Balaji, Nagakishore, Kumar, & Bhanuprakash, 2012; Vaz et al., 2005).

São conhecidos como agentes anti hipertensores 6 classes de fármacos: diuréticos, bloqueadores beta, antagonistas dos canais do cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), bloqueadores alfa1 e bloqueadores alfa e beta. A seleção depende das características individuais e da presença de outros fatores de risco, patologias associadas e terapêuticas concomitantes, efeitos no metabolismo, efeitos secundários e custo da terapêutica (Longo et al., 2011).

Em 1995, Avorn referiu que “os medicamentos são provavelmente a tecnologia de saúde mais importante na prevenção de lesões, incapacidades e mortes na população (Avorn, 1995). Deste modo, se houver uma prescrição apropriada, os benefícios da terapêutica instaurada dependerão exclusivamente do cumprimento e das recomendações feitas pelos profissionais de saúde ao doente (Horne, 1993).

Para ser eficaz, a terapêutica farmacológica anti-hipertensiva deve ser utilizada de forma constante e regular. A não adesão à terapêutica é apontada frequentemente como a razão principal para o fracasso da terapêutica anti-hipertensiva.

Considera-se que a adesão à terapêutica, não é apenas tomar ou não um fármaco, mas também seguir ou não, o aconselhamento dado pelo profissional de saúde ao doente. A administração de medicamentos é, atualmente, a principal intervenção, relativamente aos problemas de saúde existente na comunidade (Halpern et al., 2006).

É sabido que a não adesão à terapêutica, por parte do doente, é bastante comum hoje em dia, sendo considerada como um aspeto de saúde relevante na prática farmacêutica. Assim, estudar a adesão à terapêutica torna-se essencial para melhorar o bem-estar da população.

O interesse pelo estudo da adesão à terapêutica tem vindo a aumentar desde 1950, sendo referido por vários autores que o trabalho de Kenneth Davis e Joke Mensing impulsionaram trabalhos posteriores (“First International Congress On Patient Counselling Amsterdam, The Netherlands. 21st-23rd April, 1976.,” 1975). Estes estudos começaram a ter uma maior dimensão porque o farmacêutico percebeu o papel fundamental que poderia desenvolver no aconselhamento e acompanhamento do doente neste processo de gestão da terapêutica (Costa, Santos, & Silveira, 2006; Espiga et al., 2007; Osterberg & Blaschke, 2005).

A adesão à terapêutica tornou-se um fenómeno de grande interesse, dada a importância e as repercussões que a não adesão assume na saúde do doente, mas também na saúde pública. Quando um médico prescreve um medicamento é com o intuito de trazer benefícios para o doente, no entanto, o uso incorreto dessa prescrição por parte do doente pode ter consequências para o próprio, mas também consequências sociais e económicas. Salienta-se a relação entre a não adesão à terapêutica antibiótica e a resistência antimicrobiana. As questões económicas também são particularmente importantes. A utilização desadequada dos medicamentos pode prejudicar o estado clínico do doente o que poderá obrigar a uma nova prescrição de mais fármacos, mais exames complementares, mais consultas, o que se traduz em maiores gastos desnecessários para o doente e para o estado (Cluss & Epstein, 1985).

Segundo Bugalho e Carneiro a falta de adesão à terapêutica tem efeitos adversos na qualidade dos cuidados médicos prestados, bem como, os custos diretos

de um tratamento que são três a quatro vezes superiores. Deste modo, “o controlo e aumento da adesão terapêutica são benefícios para os sistemas de saúde” (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para avaliar o grau de adesão à terapêutica existem vários métodos que podem ser classificados em dois grupos: os instrumentos diretos, que se baseiam em procedimentos médicos que permitem detetar as propriedades dos medicamentos no organismo, e os instrumentos indiretos, que se baseiam na recolha de informação através de entrevistas ou questionários aos doentes/familiares mas também através de contagem de comprimidos e monitorização das prescrições (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001).

A investigação associada a este trabalho utiliza um método direto (medição da pressão arterial) e um método indireto (questionários), para avaliar a adesão à terapêutica anti-hipertensiva na população que frequentou durante os meses de Setembro a Dezembro de 2012 uma farmácia em Vila Franca de Xira.

A apresentação desta investigação é precedida de uma revisão bibliográfica onde se abordam os conceitos sobre adesão à terapêutica, hipertensão arterial e anti hipertensores.

## **1.1 Hipertensão Arterial**

A Hipertensão Arterial é um fator de risco importantíssimo nas doenças cardiovasculares. Hoje em dia sabe-se que adotar um estilo de vida saudável pode prevenir, pelo menos em parte, o aparecimento desta doença.

Nos primeiros anos, a Hipertensão não provoca geralmente quaisquer sintomas ou sinais (Mancia et al., 2007).

O valor da pressão arterial de cada pessoa é determinado pela pressão a que o sangue circula nas artérias, em resultado da ação de bombeamento que o coração efetua a cada pulsação. A pressão máxima atingida durante a expulsão do sangue é a chamada pressão sistólica (pressão máxima), a pressão mais baixa é a pressão diastólica (pressão mínima). A pressão ou tensão arterial de cada indivíduo pode variar consoante as suas próprias emoções, tanto que em algumas pessoas a pressão arterial

altera-se pelo simples facto de lhes ser colocado o aparelho de medir a tensão. Por este motivo, é muito complicado para um médico diagnosticar, numa única visita, se um determinado indivíduo é ou não hipertenso (Mancia et al., 2007).

A hipertensão está diretamente relacionada com um conjunto de comportamentos e estilos de vida inapropriados nomeadamente: excesso de peso, excesso de sal, abuso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, excesso de trabalho sob stress. Estes comportamentos podem ser corrigidos de forma a prevenir o desenvolvimento da hipertensão ou mesmo de algumas complicações evitando assim o início de uma terapêutica anti-hipertensiva. No entanto, existem muitos casos de doentes que têm pressão arterial elevada sem que se consiga identificar a causa específica da mesma. Alguns medicamentos estão associados ao aumento da pressão arterial, tais como, os contraceptivos orais, os corticosteroides, os simpaticomométricos e os antidepressivos tricíclicos (Herfindal & Hirschman, 1984; Vaz et al., 2005).

De acordo com as orientações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica - *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*, consideram-se para efeitos de diagnóstico, tratamento e controlo da Hipertensão, os valores acima de 140 e/ou 90 mmHg (Tabela 1)(DGS, 2008; Perk et al., 2012).

De acordo com as orientações europeias

Tabela 1 - Definição e classificação dos níveis de pressão sanguínea (Perk et al., 2012)

Definitions and classification of blood pressure levels <sup>a</sup>			
Category	Systolic BP (mmHg)		Diastolic BP (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension	≥140	and	<90

BP = blood pressure.  
<sup>a</sup>BP levels in untreated individuals.

No entanto os valores da pressão arterial a partir dos quais se considera a presença de hipertensão devem ser flexíveis, em função do risco cardiovascular de cada indivíduo, pois este, não é apenas definido pelo valor da pressão arterial, mas também pela presença de lesões em órgãos alvo ou de outros Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV) (Coelho, 2006; Polónia & Ramalinho, 2006).

Desde 2002, um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou a importância da pressão arterial como fator de risco cardiovascular *major* quando identificou a hipertensão como a primeira causa evitável de morte prematura nos países desenvolvidos (Ezzati, Lopez, Rodgers, Vander Hoorn, & Murray, 2002). Assim, as diretrizes internacionais defendem a aplicação de estratégias de rastreio e tratamento adequadas (Perk et al., 2012).

Os objetivos estabelecidos nas *guidelines* europeias estão longe de ser alcançados (Feldman, Campbell, & Wyard, 2008), devido ao facto, da população diagnosticada com hipertensão, nos países desenvolvidos, pelo menos um terço, não se encontra a fazer tratamento e outro terço não está a ser corretamente tratada (Wolf-Maier et al., 2004).

Apesar de existirem no mercado fármacos anti hipertensores cada vez mais eficazes, a proporção de hipertensos controlados na comunidade continua a ser baixo. De acordo com Wolf-Maier *et al* (2004), na faixa etária dos 35-64 anos, e considerando os valores atrás referidos de 140/90 mmHg, a proporção de hipertensos controlados nos EUA são cerca de 29%, 17% no Canadá e menos de 10% na Europa.

Estima-se que a prevalência da HTA seja cerca de 42,1% na população adulta portuguesa, estando apenas cerca de 39% dos doentes hipertensos medicados com fármacos anti hipertensores, e sendo a taxa de controlo tensional não superior a 11% (Espiga et al., 2007). Relativamente à proporção de hipertensos verifica-se que a prevalência da hipertensão é mais alta na presença de outros diagnósticos, particularmente nos doentes com doença renal crónica e diabetes (Wong et al., 2007).

Quanto à proporção de hipertensos que seguem o tratamento, esta é mais elevada nos doentes que apresentam doença coronária e doenças cerebrovasculares, no entanto o controlo da hipertensão é significativamente mais elevado nos hipertensos que não apresentam outros diagnósticos (Wong et al., 2007).

A hipertensão arterial é a causa mais importante do Acidente Vascular Cerebral. Os idosos, diabéticos, fumadores ou que tenham doenças ligadas ao coração, estão mais propícias a vir a desenvolver AVC (Longo et al., 2011).

Assim é fundamental que a detecção, o tratamento e o controlo sejam adequados, dado que o acidente vascular cerebral constitui uma das causas de morte mais frequentes em Portugal (Polónia & Ramalhinho, 2006).

## 2 Conceito de Adesão à Terapêutica

A falta de adesão à terapêutica é um problema já identificado no tempo de Hipócrates, uma vez que os médicos percebiam que muitos dos seus doentes ocultavam frequentemente o esquecimento da toma dos medicamentos por eles prescritos (Vermeire et al., 2001).

Durante vários anos, esta temática ficou esquecida e houve poucos investigadores a identificarem a falta de adesão à terapêutica como sendo um fator para algum insucesso das terapêuticas. Sabemos, através dos trabalhos de Vermeire et al., (2001) que em 1972, Sackett, sugeriu que este tema podia justificar a ineficácia que os tratamentos anti-hipertensivos estavam a demonstrar naquela altura. A partir dos anos 80, até hoje, a adesão à terapêutica já é considerada um fator importante a ponderar para atingir resultados eficazes por isso os estudos que têm sido desenvolvidos focam-se essencialmente na prevalência e nos fatores que condicionam a adesão à terapêutica.

As expressões cumprimento (*compliance*) e adesão à terapêutica (*adherence*) têm sido utilizadas concomitantemente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema. O cumprimento (*compliance*), enquanto conceito, foi definida inicialmente por Haynes como sendo “*the extend to which a person’s behavior coincides with medical or health care advice*” (Haynes & Sackett, 1979), isto é: o ponto até ao qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento que recebeu do médico ou do técnico de saúde. Estudos posteriores vieram a demonstrar que esse cumprimento não deve ser apenas entendido como uma obediência ou algo imposto pelo médico ao doente, mas sim como uma proposta ou acordo que o médico estabelece com o doente. Deste modo, foi proposta a adoção do termo *adesão*,

porque assim não se encara o doente como um sujeito passivo e estabelece-se um compromisso entre ambas as partes, atribuindo a responsabilidade do tratamento também ao doente. Segundo Bugalho e Carneiro, a adesão é “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004). Porém, a distinção entre cumprimento e adesão é meramente linguística para os profissionais de saúde, não existindo significativas diferenças, quando o importante é o comportamento do doente e a resposta que ele tem à terapêutica estabelecida (Horne, Weinman, Barber, & Elliott, 2005). Os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que haja a compreensão entre ambas as partes, respeitando os desejos de ambos. Em ambas as definições o que se pretende analisar é o grau de correspondência do comportamento do doente em relação às indicações dadas por um profissional de saúde.

Segundo Griffith, os prestadores de cuidados de saúde classificam os doentes habitualmente como cumpridores ou não cumpridores (Griffith, 1990). Assim o doente está no centro deste processo e é alvo da avaliação de diversos profissionais de saúde tanto ao nível de recomendações médicas, não só ao regime terapêutico prescrito mas também ao facto de não seguir as indicações sobre mudança de hábitos de saúde e estilo de vida, ou também a falta de comparência a consultas médicas ou a exames de diagnóstico igualmente (Brannon & Feist, 2009).

## **2.1 Prevalência da Adesão à Terapêutica**

A adesão à terapêutica, tal como acontece na quase totalidade das outras doenças crónicas de longa duração, é condição fundamental para o controlo dos níveis de pressão arterial (Bloch, Melo, & Nogueira, 2008).

Estima-se que adesão dos hipertensos tratados se situa entre 50 e 70% (Schroeder, Fahey, & Ebrahim, 2004). Além disso, a não adesão à medicação é uma das causas mais frequentes de hipertensão arterial não controlada (Burnier, Schneider, Chioléro, Stubi, & Brunner, 2001). Contudo, a capacidade dos médicos para reconhecer a não adesão é pequena (Osterberg & Blaschke, 2005).

Dados mais recentes, e segundo a OMS, a adesão ao tratamento nas doenças crónicas nos países desenvolvidos ronda os 50%, mas segundo estudos realizados consideram doentes aderentes à terapêutica quando tomam 80%-110% dos medicamentos, pois verificou-se que acima de 80% a pressão arterial diastólica foi adequadamente controlada (World Health Organization, 2008).

## 2.2 Fatores Associados à Adesão à Terapêutica

A avaliação da prevalência e a falta de adesão à terapêutica são dois aspetos difíceis de medir de forma absoluta. No entanto, as investigações feitas sobre o tema têm tornado possível identificar um amplo conjunto de fatores aliados ao não cumprimento integral das indicações médicas. Deste modo, os fatores que influenciam o nível de adesão à terapêutica podem ser agrupados em três grandes grupos:

- Demográficos, sociais e económicos;
- Relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito;
- Ligados à relação do doente com os profissionais e serviços de saúde.

Relativamente ao primeiro fator mencionado (demográficos, sociais e económicos), as características dos doentes e o seu nível de adesão às terapêuticas têm sido amplamente relacionados, mas estes estudos têm levado a resultados contraditórios devido à metodologia utilizada ser diferente em cada estudo (Horne, 1993; Vaz et al., 2005; Vermeire et al., 2001).

Desde logo a variável idade surge com uma das mais estudadas. Se a não adesão é sempre um problema recorrente em qualquer faixa etária, alguns autores referem que com o avançar dos anos as pessoas começam a apresentar limitações ao nível da memória, visão e audição que podem também contribuir para o fracasso na toma de medicamentos. Para além das limitações que aparecem em idades mais avançadas, ainda nos deparamos, na maioria dos casos, com a existência de medicação múltipla. Quanto à variável género, apesar de ser frequentemente avaliada não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão à terapêutica (Cabral & Silva, 2010; Vermeire et al., 2001). Por outro lado, o cumprimento estrito das indicações médicas pode ser também determinado pela atuação de terceiros, no caso de idosos ou mesmo de crianças, visto que nestes casos os cuidados prestados são

feitos por alguém responsável de administrar corretamente as terapêuticas, (Bugalho & Carneiro, 2004) observando-se nestas situações uma maior taxa de adesão à terapêutica. (Dias, Cunha, & Santos, 2011; Griffith, 1990).

Outros estudos demonstraram que o avançar da idade pode não contribuir para níveis mais baixos de adesão à terapêutica, podendo mesmo o cumprimento ser similar ou até mais elevado nos doentes idosos por comparação com faixas etárias jovens (Vik, Maxwell, & Hogan, 2004) dado que, nos adolescentes pode por vezes existir falta de supervisão ou de autonomia ou mesmo influências sociais provocando frequentemente uma diminuição da adesão.

Quanto aos fatores económicos, já existe uma opinião mais consistente na literatura, pois todos os estudos têm demonstrado que o grau de adesão dos doentes está diretamente relacionada com as suas capacidades financeiras, pessoas com mais capacidade financeira são as que mais se preocupam com a sua saúde, apresentando melhores resultados. O baixo nível de escolaridade, os rendimentos mensais, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir dificuldades significativas a uma eficaz adesão à terapêutica. Muitas vezes os medicamentos prescritos não chegam a ser comprados, não só por dificuldades económicas mas também por isolamento social ou devido à distância geográfica da farmácia, que obriga a mais custos de deslocação (Bugalho & Carneiro, 2004).

Ao nível social, fatores como a instabilidade habitacional, núcleo familiar estruturado, apoio social podem influenciar o comportamento das pessoas. Assim, quem vive só ou tenha uma rede social limitada tem uma maior probabilidade de encontrar dificuldades em seguir as indicações médicas (Dias et al., 2011; Sharkness & Snow, 1992; Vermeire et al., 2001).

A vivência da doença (comum, aguda ou crónica), condiciona de diversas formas não só a adesão à terapêutica mas também os comportamentos dos médicos e de todos os intervenientes (Moniz & Barros, 2005). No caso da hipertensão, que, paradoxalmente, por muito grave que seja, pode não causar dor e ter uma sintomatologia pouco ou nada perceptível pelo doente, corre-se o risco do doente não ficar convencido, quer pelo seu médico, quer pelos seus familiares e/ou outros intervenientes (nos quais estão incluídos os farmacêuticos) que, apesar de não ter

dores, deverá ser medicado e cumprir a medicação prescrita. Doentes com doenças crónicas assintomáticas, como é o caso da Hipertensão, têm mais tendência para serem não aderentes (Bond & Hussar, 1991). Por outro lado, efeitos secundários dos medicamentos podem contribuir igualmente para limitar o grau de adesão, apontando em vários estudos que o incumprimento tende a diminuir quando a terapêutica seguida tem poucos efeitos secundários, como por exemplo (sonolência, proibição de bebidas alcoólicas em simultâneo com medicação ou ainda alteração de rotinas) (Bugalho & Carneiro, 2004; Goldberg, Cohen, & Rubin, 1998).

Múltiplas prescrições em simultâneo, significa muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, e isto pode igualmente contribuir para um menor cumprimento do tratamento. O tipo de fármaco e a sua forma (tamanho do comprimido, cheiro, sabor, etc.) estão igualmente associados a menor adesão à terapêutica (Osterberg & Blaschke, 2005).

A utilização excessiva dos medicamentos pode resultar em maior toxicidade e provocar um aumento dos efeitos secundários podendo conduzir ao comportamento não aderente (Bugalho & Carneiro, 2004).

Diversos modelos explicativos dos comportamentos de saúde podem ser utilizados para compreender a adesão à terapêutica, entre os quais o *health belief model* (*Modelo das Crenças de Saúde*) (Barberá, 1993; Becker & Maiman, 1975).

Este modelo baseia-se na probabilidade do doente seguir as indicações e de aplicar corretamente um regime terapêutico que dependerá da sua própria motivação. A motivação, por sua vez, estará relacionada com a vulnerabilidade à doença e as consequências que podem advir para a qualidade de vida do doente. Uma das dificuldades do *health belief model* é não ter em conta a vivência do doente em relação à doença (Moniz & Barros, 2005).

A eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e à gravidade que os doentes atribuem à doença é um fator preponderante para o seguimento das indicações dadas pelo médico (Becker & Maiman, 1975; Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001)

A adesão ao tratamento pode ser influenciada por fatores cognitivos e emocionais, nomeadamente: esquecimento, desconfiança quanto ao tratamento e aos

resultados, ansiedade e dependência de terceiros para a toma dos fármacos. O esquecimento é referido frequentemente como principal motivo para a não adesão a uma terapêutica. O tipo de personalidade não parece estar associado a um comportamento de adesão ou não à terapêutica, no entanto foram reconhecidos alguns estados psicológicos que podem influenciar a adesão à terapêutica. Assim, a falta de motivação, a apatia em relação à saúde, o pessimismo ou sentimentos de culpa podem levar a uma falta de adesão. A não informação sobre a gravidade da sua doença é outro fator que determina um comportamento de menor adesão por parte dos doentes. Deste modo, e para compreender melhor a adesão à terapêutica, é necessário entender a perspetiva do doente, particularmente as suas ideias, sentimentos e valores (Brannon & Feist, 2009; Meichenbaum & Turk, 1987; Vaz et al., 2005).

Assim, considerando os fatores referidos, o doente considera os custos e os benefícios da terapêutica, ponderando o alívio sintomático versus a gravidade dos sintomas, e o tratamento *versus* os riscos do próprio tratamento, de acordo com as suas crenças (Donovan & Blake, 1992).

Por fim, não podemos deixar de salientar que a relação do doente com os profissionais e serviços de saúde é cada vez mais reconhecida como determinante para a adesão à terapêutica. A confiança que o doente tem no tratamento e no seu médico é essencial. Esta ligação assenta, em grande parte, na capacidade do médico para comunicar com o doente e na relação que entre eles se estabelece. O médico, para além de dever adaptar a sua linguagem ao nível educacional e às capacidades cognitivas de cada doente, tem também de saber ouvir e entender as expectativas e preocupações dos doentes (Bishop, 1994; Horne et al., 2005). Os médicos e os restantes profissionais de saúde devem estar atentos à possibilidade de o doente não estar a cumprir as terapêuticas tal como prescritas por não estarem adaptadas à sua rotina, pelo que, para uma mais rápida intervenção e para minimizar as consequências, devem ser alterados os esquemas terapêuticos de forma a adaptarem-se ao estilo de vida do doente para que a adesão possa ser melhorada (Osterberg & Blaschke, 2005; Polónia & Ramalinho, 2006).

Muitos autores referem que a qualidade da comunicação é essencial para a relação doente-médico. Estudos realizados em Espanha revelam que se o doente tiver oportunidade de se pronunciar sobre os tratamentos e o médico tiver disponibilidade para ouvir, existirá uma melhor interação, uma melhor relação entre ambos e consequentemente a adesão à terapêutica poderá também ser melhorada (Loriente-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009).

### **2.3 Metodologias de Avaliação da Adesão à Terapêutica Anti-hipertensiva**

A avaliação da adesão à terapêutica não é uma tarefa simples, visto ser um fenómeno dinâmico. Não existe um método ideal, mas para ser considerado um bom método deve ser válido, sensível e específico (Bond & Hussar, 1991). As técnicas de avaliação da adesão à terapêutica devem conseguir descrever o comportamento referente à toma dos medicamentos de uma maneira simples, barata e apresentando resultados imediatos.

Normalmente distinguem-se dois tipos de métodos de avaliação da adesão à terapêutica:

- Métodos diretos (são aqueles pelos quais se deteta o medicamento nos fluidos biológicos do doente);
- Métodos indiretos (avaliam os dados fornecidos pelo próprio doente ou outras pessoas, através de entrevistas ou contagem de medicamentos) (Vermeire et al., 2001).

Quando falamos de medição da adesão à terapêutica anti-hipertensiva aparecem inúmeras dificuldades porque esta medição não é fácil nem exata. Na literatura são referenciados algumas vantagens e desvantagens de cada instrumento de quantificação, não existindo nenhum método de referência (Dias et al., 2011; Osterberg & Blaschke, 2005).

### 2.3.1 Instrumentos de medição direta

Os instrumentos de medição direta da adesão à terapêutica mais utilizada são: a monitorização bioquímica da concentração do fármaco ou do seu metabolito no sangue ou urina, terapêutica assistida ou ainda através de marcadores biológicos induzidos pelo fármaco. Estes métodos são invasivos e de difícil aceitação por parte do doente tendo um elevado custo associado, contudo são os mais fidedignos.

#### - Monitorização do Fármaco nos Fluidos Biológicos (sangue ou urina)

Analisando os fluidos biológicos consegue-se ter a confirmação se o doente tomou ou não a medicação algum tempo antes da análise, mas com esta análise não se consegue concluir acerca da adesão ou não à terapêutica porque cada doente pode ter uma resposta diferente, não sendo conclusivo quanto à quantidade do fármaco tomado, nem quanto ao modo como foi tomado (Farmer, 1999).

#### - Marcadores Biológicos

Os marcadores biológicos juntam-se à medicação sendo estes compostos estáveis, fáceis de detetar e não são tóxicos. Estes marcadores fornecem uma resposta qualitativa, mas não conseguem dar uma resposta quantitativa da adesão à terapêutica. Este método tem algumas desvantagens; excesso dos marcadores na circulação sanguínea (brometo, potássio, etc.); elevado tempo de semivida destes marcadores; diferenças na absorção e metabolização dos fármacos e ainda o facto de pequenas variações na adesão à terapêutica não serem detetadas pelo método.

#### - Terapêutica Assistida

Esta técnica é muito utilizada em ensaios clínicos rigorosos, deste modo os doentes são observados a tomar a medicação. Apesar disto, este método não é prático, nem muito utilizado porque mesmo assim o doente pode esconder o medicamento na boca e deitá-lo fora quando não está a ser observado.

### 2.3.2 Instrumentos de medição indireta

Neste grupo os instrumentos que são utilizados para obter informação sobre a adesão à terapêutica nos doentes são entrevistas, questionários, diários de medicação, autorrelatos, medição de parâmetros clínicos (pressão arterial), monitorização das prescrições na dispensa na farmácia ou monitorização eletrónica. Todos estes métodos são de fácil utilização, daí serem mais utilizados embora não se consiga resultados tão fiáveis quanto os obtidos pelos métodos diretos.

#### - Autorrelatos

As entrevistas e os questionários são o método mais comum, mais simples e com menos custos associados para avaliar a adesão à terapêutica. No entanto, muitos estudos mostraram que os doentes mentem com frequência para agradar ao médico. Assim, uma parte dos doentes não aderentes será identificada através de questionário mas outra parte não será possível identificar.

Estes instrumentos apresentam normalmente valores sobrestimados da adesão à terapêutica não traduzindo a realidade por completo.

Na literatura encontram-se diversos autores que desenvolveram questionários e formas de conseguir chegar até ao doente e obter dele, respostas verdadeiras. Destacam-se quatro modelos diferentes: Morisky-Green, Haynes-Sackett, Hill-Bone e Batalla-Martinez (Bond & Hussar, 1991; Haynes & Sackett, 1979; Morisky, Green, & Levine, 1986).

#### - Contagem de Medicamentos

A contagem de medicamentos é um método muito atrativo para medir a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, devido à sua simplicidade (consiste em contar o número de comprimidos que restam no blister do doente). A adesão é calculada através da razão entre o número de comprimidos tomados e o número de comprimidos que deveriam ter sido tomados de acordo com a prescrição médica. A principal vantagem deste método é permitir a quantificação da adesão à terapêutica. As desvantagens que apresentam são: o utente se pretender falsear os resultados pode descartar alguns comprimidos para não haver excesso de comprimidos e assim

parecer que está a seguir o esquema terapêutico. Deste modo, apesar de ser contabilizado o consumo da medicação, não há certeza do que realmente aconteceu.(AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; Patel & Taylor, 2002; I. Ramalhinho & Cabrita, 1998)

#### - Medição de Parâmetros Clínicos

Este método é bastante utilizado na prática clínica, baseia-se essencialmente na medição da pressão arterial. Neste método os doentes são considerados aderentes à terapêutica anti-hipertensiva se apresentarem valores de pressão arterial inferior a 140/90 mmHg (valor recomendado pela sociedade portuguesa de cardiologia e guide lines europeias). Apesar de ser um método fácil de utilizar apresenta o inconveniente de alguns fatores poderem alterar os valores da pressão arterial sem que haja um menor cumprimento das indicações médicas. Como exemplo podem referir-se as emoções, o exercício físico, refeições, tabaco, álcool, temperatura, raça, idade (AlGhurair et al., 2012; Patel & Taylor, 2002). Outro fator que deve ser obrigatoriamente referido é a ansiedade provocada pela consulta médica e que se designa habitualmente por “efeito da bata branca”.

#### - Monitorização das Prescrições dispensadas na Farmácia

A monitorização das prescrições nas farmácias permite também avaliar o nível de adesão à terapêutica dos doentes, visto que o sistema informático regista a data e a medicação que o doente adquiriu. Deste modo, o farmacêutico consegue calcular a taxa de dispensa da medicação (TDM), isto é, a razão entre o número de dias em que o doente tem o medicamento na sua posse e o número de dias entre dispensas consecutivas da medicação. Os valores da TDM podem variar entre 0 e 1, mas algumas vezes obtemos valores superiores a 1, isto acontece porque o doente mesmo tendo medicação em casa recorre à farmácia para levantar uma nova prescrição. Mas este método apresenta algumas limitações como por exemplo: o doente não adquirir a medicação sempre na mesma farmácia, ou assumir-se que a proporção de dias abrangidos pela prescrição corresponde à proporção de dias em que a medicação é

tomada e na realidade o doente está a adquirir a medicação em intervalos de tempo regulares, mas não a toma (Halpern et al., 2006).

- Monotorização eletrónica da medicação

Com o avançar da evolução tecnológica têm-se criado inúmeros dispositivos que através de *software* específico conseguem identificar quando o doente faz a toma da medicação. Este método apresenta vantagens significativas porque dá-nos informação contínua e fidedigna sobre o comportamento do doente face ao medicamento, identificando por exemplo qual a toma que o doente está a falhar constantemente, podendo assim facilitar a um ajuste nessa dose. As principais desvantagens deste método são o elevado custo do aparelho, bem como possíveis falhas electrónicas que interfiram com os resultados (Wetzels, Nelemans, Schouten, van Wijk, & Prins, 2006).

## 2.4 Terapêutica anti-hipertensiva

Durante séculos, o tratamento para aquilo que se designava por "doença do pulso rígido" consistia em reduzir a quantidade de sangue no organismo através de sangrias ou da aplicação de sanguessugas. Entre o final do século XIX e o início do século XX, antes de estarem disponíveis quaisquer fármacos para o tratamento da hipertensão, eram usadas três modalidades de tratamento, todas com vários efeitos secundários: restrição completa de sódio, a remoção de um gânglio simpático ou de outras partes do sistema nervoso simpático, e a terapia pirética, que consistia na injeção de substâncias que induziam febre, reduzindo de forma indireta a pressão sanguínea. O primeiro elemento químico usado no tratamento da hipertensão, o tiocianato de sódio, começou a ser prescrito por volta de 1900, mas os inúmeros efeitos secundários tornaram-no bastante impopular e caiu em desuso. Após a II Guerra Mundial foram desenvolvidos vários fármacos, sendo os mais populares e relativamente eficazes, a hidralazina e a reserpina, esta extraída da planta medicinal. O maior avanço, no entanto, deu-se após a descoberta dos primeiros fármacos orais bem tolerados. O primeiro foi a hidroclorotiazida, a primeira tiazida diurética, desenvolvida

a partir do antibiótico sulfanilamida, Robert Wilkins que a descobriu recebido o Prémio Lasker Especial Saúde de 1958 (Esunge, 1991).

O objetivo da toma de anti hipertensores é a prevenção da morbilidade e da mortalidade associadas a níveis de pressão arterial elevados. Nalguns casos de hipertensão arterial ligeira, o tratamento pode muitas vezes ser apenas a mudança de hábitos, não sendo necessário recorrer a uma terapêutica medicamentosa (Dias et al., 2011; Halpern et al., 2006).

Existem seis classes de fármacos anti hipertensores:

- Diuréticos
- Bloqueadores  $\beta$
- Antagonistas dos canais de cálcio
- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)
- Bloqueadores  $\alpha_1$
- Bloqueadores  $\alpha$  e  $\beta$
- Antagonistas dos recetores da angiotensina (ARAs)

A seleção da classe dos fármacos é um ato de responsabilidade médica (Longo et al., 2011). É ao médico que cabe avaliar as características do doente, a existência de outras patologias associadas, a possível interação com outros medicamentos, efeitos secundários, custo da terapêutica e decisão sobre o seguimento das recomendações existentes (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Horne et al., 2005).

O número de hipertensos sob tratamento tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Dos hipertensos identificados no estudo população adulta portuguesa (PAP) de 2006, apenas 46,1% tinham conhecimento de terem a doença, e desses, só 39% é que tomavam medicação. (Espiga et al., 2007; Polónia & Ramalhinho, 2006)

Muitos autores identificam como principal razão para o fracasso da terapêutica anti-hipertensiva, a baixa adesão à terapêutica (Sharkness & Snow, 1992). A não adesão à terapêutica pode ser atribuída às características da doença que normalmente é assintomática. Outro fator, não menos importante, são os efeitos secundários presentes na terapêutica anti-hipertensiva que afetam a qualidade de vida dos doentes. A classe dos diuréticos vai interferir diretamente na diurese, os bloqueadores  $\beta$  podem causar fadiga, disfunção sexual e falta de concentração, os IECAs podem

causar tosse seca. Por vezes, os médicos não reconhecem os efeitos secundários como causa da não adesão à terapêutica (Gullickson, 1993).

Num estudo realizado em Portugal, estudo VALSIM, caracterizou os padrões de tratamento anti hipertensor, tendo observado mais de 16.000 indivíduos dos dois sexos, e concluído que os mesmos exibem elevada variabilidade. Verificou também que a proporção de doentes em monoterapia é ainda muito elevada, impondo-se uma utilização mais frequente de associações de fármacos anti hipertensores, de forma a melhorar a eficácia do controlo da tensão arterial (Cortez-dias et al., 2009).

Tanto médicos como farmacêuticos devem interessar-se por vigiar os doentes de modo a conseguirem aumentar a adesão à terapêutica em hipertensos, visto ser um problema de saúde pública grave. Existem estudos que referem que existindo uma boa prescrição e uma boa adesão conseguem obter-se resultados positivos em 80% dos casos, baixando assim os valores da pressão arterial e conseqüentemente o risco de enfartes do miocárdio e outros problemas cardíacos (Santa-Helena, Nemes, & Eluf Neto, 2010; Shelley et al., 2011; Vermeire et al., 2001).

#### **2.4.1 Intervenção Farmacêutica na melhoria da adesão à Terapêutica Anti-hipertensiva**

O envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida tem como consequência o aumento da prevalência das doenças crónicas, entre as quais se encontram as doenças cardiovasculares. Deste modo implica um maior esforço por parte do sistema de saúde e de todos os profissionais que nele trabalham, de forma a poderem oferecer o acompanhamento necessário em patologias de longa duração (World Health Organization, 2008).

Com o avançar dos anos, mais especificamente com a revolução industrial também a farmácia sofreu mudanças e o papel que o farmacêutico desempenhava teve que adaptar-se às mudanças que iriam surgindo. Importa recordar que no início do século XX, a função principal do farmacêutico era produzir medicamentos e dispensar produtos medicinais. Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, no início do século XX, a produção de medicamentos na farmácia comunitária passou a ser quase nula.

Com estas mudanças que foram surgindo, o farmacêutico começou a centrar mais a sua área de atuação no doente e no aconselhamento que podia dar, focando-se nas áreas da farmacocinética, monitorização da terapêutica e a disponibilização de informação sobre medicamentos (Berenguer, La Casa, de la Matta, & Martín-Calero, 2004).

Podemos assim afirmar que o papel principal do farmacêutico se transferiu do produto (produção e dispensa do medicamento) para o serviço e para o doente (aconselhamento, monitorização e segurança). É nesta circunstância que o conceito de farmácia oficina começou a ser substituído por farmácia de comunitária (Berenguer et al., 2004).

O farmacêutico tem uma posição privilegiada para intervir junto dos doentes, conseguindo informá-los sobre a importância da adesão à terapêutica. O farmacêutico numa farmácia comunitária pode, junto de um doente hipertenso, esclarecer eventuais dúvidas sobre a sua medicação, explicar o que é a hipertensão, aconselhar estilos de vida saudáveis, incentivar o doente a registar todos os valores de pressão arterial para existir um melhor seguimento, fomentar estratégias para que o doente evite o esquecimento da toma da medicação, sugerir marcação de consultas de acompanhamento fármaco-terapêutico e por fim tentar melhorar a comunicação entre o doente e o farmacêutico criando uma ligação de empatia. A implementação de algumas destas medidas, irá certamente melhorar os níveis da adesão à terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004; Delgado & Lima, 2001).

Assim pode-se concluir que qualquer tipo de intervenção farmacêutica, consista ela num serviço mais ou menos diferenciado, deverá sempre ter como fim assegurar que os objetivos terapêuticos são alcançados e que o doente tira o máximo partido da terapêutica farmacológica instituída (Berenguer et al., 2004).

### 3 Objetivos

Com o presente estudo procurou-se avaliar o grau de adesão à terapêutica num grupo de hipertensos na região de Vila Franca de Xira.

Este estudo teve como objetivos:

- 1- Avaliar o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva na população em estudo (através de inquéritos).
- 2- Avaliar os conhecimentos, atitudes e comportamentos da população de Vila Franca de Xira relativamente ao uso de anti hipertensores.
- 3- Analisar fatores associados à não adesão à terapêutica.
- 4- Sugerir medidas para melhorar o controlo da pressão arterial.

### 4 Material e Métodos

O trabalho incidiu num grupo de 97 indivíduos, com terapêutica anti-hipertensiva instituída, residentes na freguesia de Vila Franca de Xira, concelho de Vila Franca de Xira.

O método de avaliação da adesão à terapêutica, utilizado foi a entrevista, recorrendo a aplicação de um questionário.

A avaliação da adesão à medicação anti hipertensora foi efetuada utilizando o questionário desenvolvido por Morisky et al. e modificado por Shea et al., amplamente utilizado na população hipertensa Norte-Americana e Europeia. A análise das respostas foi feita para cada pergunta individualmente visto que a fiabilidade daquela medida no nosso estudo era muito baixa. A fiabilidade é a capacidade de um instrumento de medida produzir os mesmos resultados cada vez que é administrado à mesma pessoa nas mesmas condições. Para estudar a fiabilidade da Escala de Morisky na nossa população utilizou-se o Alfa de Cronbach. Valores inferiores a 0,6 são indicativos de fiabilidade inadmissível e sugerem a não utilização do instrumento (Pestana & Gageiro, 2003). No presente estudo o alfa de Cronbach relativamente à escala de Morisky foi de 0,4.

O questionário (em anexo) foi dividido em três partes. Numa primeira parte recolheu-se informação para caracterização sociodemográfica da população. Em seguida, recolheu-se informação sobre as terapêuticas anti-hipertensivas instituídas (posologia e princípio ativo), as atitudes perante essas terapêuticas e a presença de outra medicação.

Foi utilizado o questionário desenvolvido por Ramalinho (1994). Este foi atualizado em termos de redação e simplificado para melhorar a aceitação do mesmo e facilitar a compreensão de alguns itens (Isabel Ramalinho, 1994). Foi também utilizado os valores de pressão arterial medidos no final de todos os inquéritos para aferir se os inquiridos tinham a pressão controlada.

Consideramos como resposta corretas à pergunta número 18 do questionário, “Sabe a partir de que valores a tensão é considerada elevada?” aqueles que referiam valores até 140 mmHg de pressão arterial sistólica e valores até 90 mmHg de pressão arterial diastólica (Perk et al., 2012).

A recolha de dados, decorreu durante quatro meses, com início em Setembro de 2012 e fim em Dezembro de 2012.

#### **4.1 Como decorreu o estudo (Questionário)**

Informou-se toda a população que seria mantida o anonimato.

As entrevistas foram realizadas apenas pelo estudante do mestrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve, o que permitiu a padronização das entrevistas, não existindo discrepâncias na forma de abordagem da população.

Os inquéritos foram realizados durante o horário de funcionamento da farmácia, entre as 8:30 horas e as 20:00 horas.

#### **4.2 Tratamento Estatístico**

Após conclusão da recolha da informação, os formulários foram introduzidos numa base de dados construída para o efeito em software SPSS (v 20), o que permitiu a análise estatística.

A introdução dos dados foi efetuada pelo investigador, tendo o mesmo validado a informação na base de dados através da análise de uma amostra aleatória de 5% do total dos formulários introduzidos, comparando a informação com a apresentada nos formulários originais.

Foram determinadas as frequências relativas e absolutas das variáveis em estudo. Para avaliar a significância estatística entre as proporções utilizou-se o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o teste exato de Fischer. O nível de significância considerado foi de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

### 4.3 Questões éticas

Todos os questionários foram feitos sem ter sido recolhido qualquer elemento de identificação. Foi obtido de todos os inquiridos, o consentimento oral informado, tendo para tal o investigador explicado o objetivo do estudo.

## 5 Resultados

### 5.1 Características sociodemográficas

Na tabela 2 é apresentada a distribuição dos inquiridos por grupo etário e sexo. Verificamos que 27,8% dos inquiridos possuía idade inferior a 49 anos, 24,8% tinha idade entre 50 e 64 anos, 20,6% possuía idade entre os 65 e os 74 anos e 26,8% tinha mais de 75 anos. Dos 97 inquiridos, 53 (54,6%) são mulheres e 44 (45,4%) homens.

Tabela 2 - Distribuição por grupo etário e sexo

Grupo Etário	Género do inquirido		Total
	Masculino	Feminino	
	N (%)	N (%)	N (%)
Até 49 anos	13 (48,1)	14 (51,9)	27 (100,0)
50-64 anos	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (100,0)
65-74 anos	8 (40,0)	12 (60,0)	20 (100,0)
Mais de 75 anos	11 (42,3)	15 (57,7)	26 (100,0)
<b>Total</b>	44	53	97 (100,0)

Apresenta-se na tabela 3 a distribuição dos inquiridos por etnia. Verifica-se que 86,6% dos inquiridos são caucasianos e 13,4% são negroides.

Tabela 3 - Distribuição por etnia

<b>Etnia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Caucasiana</b>	84	86,6
<b>Negroides</b>	13	13,4
<b>Total</b>	97	100,0

Observando a tabela 4, constatamos que 46,4% dos inquiridos não frequentaram ou não terminaram o ensino básico, o que revela que a população inquirida tem um baixo grau de escolaridade. Apenas 16,5% concluíram o ensino superior.

Tabela 4 - Distribuição por nível de ensino

<b>Nível de ensino</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menor que o básico</b>	45	46,4
<b>Básico</b>	20	20,6
<b>Secundário</b>	16	16,5
<b>Superior</b>	16	16,5
<b>Total</b>	97	100,0

Dos 97 hipertensos inquiridos cerca de metade (49,5%) encontram-se reformados, 33,0% estão no ativo e 17,5% desempregados (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição por situação no trabalho

<b>Situação no trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No ativo</b>	32	33,0
<b>Desempregado</b>	17	17,5
<b>Reformado</b>	48	49,5
<b>Total</b>	97	100,0

Relativamente à composição do agregado familiar (tabela 6), verificou-se que 56,7% dos inquiridos tem um agregado familiar constituído por 2 ou 3 elementos, 27,8% dos inquiridos vivem sozinhos e apenas 15,5% dos inquiridos têm agregado familiar maior do que 4 pessoas.

Tabela 6 - Distribuição por agregado familiar

<b>Agregado familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vive sozinho</b>	27	27,8
<b>Vive com 1 ou 2 pessoas</b>	55	56,7
<b>Vive com 3 ou mais pessoas</b>	15	15,5
<b>Total</b>	97	100,0

A análise dos resultados do inquérito relativamente às comparticipações de saúde, mostraram que 52,6% dos inquiridos apresentava um regime normal (SNS), enquanto 38,1% apresentava um outro subsistema de comparticipação. Refira-se ainda que 9 inquiridos (9,3%) não souberam responder a esta questão.

É de salientar que 37,5% dos reformados vivem sozinhos e 62,5% tem pelo menos mais uma pessoa no seu agregado familiar (tabela 7).

Tabela 7 - Agregado familiar dos reformados

<b>Agregado familiar dos reformados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vive sozinho</b>	18	37,5
<b>Vive com 1 ou 2 pessoas</b>	26	54,2
<b>Vive com 3 ou mais pessoas</b>	4	8,3
<b>Total</b>	48	100,0

A população em estudo foi questionada sobre se tinham algum familiar direto ao qual já tivesse sido diagnosticado hipertensão arterial, 65,0% respondeu afirmativamente e apenas 33,0% respondeu que não existia qualquer caso na família.

## 5.2 Regime terapêutico e adesão à terapêutica

Para avaliar a complexidade do regime terapêutico, procurou-se saber quantos medicamentos e com que frequência eram administrados diariamente. Assim, dos 97 inquiridos, 44,3% diz tomar diariamente apenas um medicamento para o tratamento da hipertensão e 55,7% toma 2 ou mais medicamentos (tabela 8).

Tabela 8 - Esquema terapêutico

<b>Esquema terapêutico?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Simple (apenas 1 medicamento)</b>	43	44,3
<b>Composto (2 ou mais medicamentos)</b>	54	55,7
<b>Total</b>	97	100,0

Verificou-se também que 80,4% dos hipertensos, para além da terapêutica anti-hipertensiva, tomam outros medicamentos diariamente.

Com o objetivo de avaliar o grau de adesão à terapêutica foram formuladas algumas questões sobre a administração dos medicamentos anti hipertensivos. Assim, 68% dos inquiridos afirma que por vezes se esquece da toma dos medicamentos da hipertensão. Além disso, 33,0% assume ser descuidado com as horas da toma dos medicamentos da hipertensão. Verificou-se ainda que a medicação é interrompida em 19,6% dos inquiridos, quando estes se sentem melhor, e em 12,4%, quando se sentem pior. Questionou-se ainda os hipertensos sobre se quando se sentiam mal, tomavam mais um comprimido e verificou-se que 26,8% assume fazê-lo. Foi também perguntado à população em estudo se interrompiam a terapêutica por terem deixado acabar os medicamentos da hipertensão, à qual 37,1% respondeu já ter acontecido.

### 5.3 Conhecimento e atitudes sobre doença

Relativamente ao período de duração da doença podemos constatar que 36,1% diz tratar a hipertensão, há mais de 10 anos (Tabela 9).

Tabela 9 - Duração da doença

<b>Duração da doença</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menos 1 ano</b>	14	14,4
<b>1 a 5 anos</b>	22	22,7
<b>5 a 10 anos</b>	24	24,7
<b>Mais de 10 anos</b>	35	36,1
<b>Não sabe</b>	2	2,1
<b>Total</b>	97	100,0

Salienta-se que 87,6% dos inquiridos consideravam ser necessário tratar a hipertensão e apenas 12,4% disseram não ser necessário ou não saber. Verificou-se

ainda que dos 87 hipertensos que afirmaram ser necessário tratar a hipertensão arterial, apenas 42,4% respondeu que deveria ser controlada sempre (Tabela 10).

Tabela 10 - Necessidade de controlar a pressão arterial

Quando devo controlar a tensão arterial?	N	%
De vez em quando	28	32,9
Descontrolada	21	24,7
Sempre	36	42,4
Total	87	100,0

Na população em estudo, 70 (72,2%) inquiridos assume saber quais os valores de pressão arterial elevada. Mas quando questionados sobre quais os valores de pressão arterial elevada, apenas 39 dos 70 inquiridos que inicialmente assumiram saber (40,2%) é que deram uma resposta correta de acordo com as Orientações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (*European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*) (2012). Contudo, 75,3% apontou pelo menos um problema de saúde associado à hipertensão, sendo a resposta mais frequente acidente vascular cerebral (AVC).

Na tabela 11 apresenta-se a frequência com que os hipertensos consultaram o seu médico de Clínica Geral durante o ano de 2012.

Tabela 11 - Número de consultas de Clínica Geral em 2012

Consultas Clínica Geral	N	%
Nenhuma	10	10,3
1 a 2	41	42,3
3 a 4	32	33,0
5 ou mais	14	14,4
Total	97	100,0

Podemos verificar que 10,3% dos inquiridos não recorreu ao seu médico de Clínica Geral, 42,3% terá tido entre 1 a 2 consultas, 33,0% entre 3 a 4 consultas e 14,4% teve 5 ou mais consultas.

Por sua vez, 47 (48,4%) inquiridos dizem ter frequentado consultas de Cardiologia enquanto 50 (51,5%) afirmam não ter recorrido ao especialista. De entre os 47 que frequentaram consultas de Cardiologia, 33 apenas tiveram 1 consulta e 14 inquiridos tiveram 2 ou mais consultas em 2012 (tabela 12).

Tabela 12 - Número de consultas de Cardiologia em 2012

Consultas Cardiologia	N	%
Nenhuma	50	51,55
1 consulta	33	34,02
2 ou mais consultas	14	14,43
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

Quando se perguntou aos nossos inquiridos se medem regularmente a pressão arterial, 47 (48,5%) responderam afirmativamente. Podemos ver na tabela 13 a frequência da medição da pressão arterial.

Tabela 13 - Frequência da medição da pressão arterial

Frequência medição PA	N	%
Diariamente	11	23,4
1 a 3 vezes por semana	20	42,6
Mensalmente	11	23,4
Quando vai ao médico	5	10,6
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Ao perguntar aos inquiridos se tinham cuidado com a sua alimentação constatou-se que 34,0% diz ter sempre cuidado, enquanto 46,4% diz ter cuidado às vezes e 19,6% diz não ter cuidado com a alimentação.

No final do inquérito, medimos a pressão arterial aos inquiridos e obtivemos os resultados apresentados na tabela 14. É de salientar que 48,5% têm a pressão arterial controlada segundo as Orientações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica - *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice* (Perk et al., 2012), que define valores abaixo de 139 mmHg (sistólica) e de 89 mmHg (diastólica) como limite máximo.

Tabela 14 - Classificação dos níveis de Pressão arterial

Classificação dos níveis de PA	N	%
Ótima	14	14,4
Normal	15	15,5
Normal alta	18	18,6
Grau 1 hipertensão	22	22,7
Grau 2 hipertensão	15	15,5
Grau 3 hipertensão	5	5,1
Hipertensão sistólica isolada	8	8,2
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

Para efeitos de correlação agrupou-se os níveis de PA medidos em dois grupos: PA normal, correspondente a quem apresentou PA ótima, normal e normal alta; e PA elevada, onde se incluiu os 3 graus de hipertensão usualmente considerados e que estão apresentados na tabela 14. Deste modo verificou-se que 47 inquiridos tinham a PA normal (48,5%) e 50 apresentavam PA elevada (51,5%).

Em seguida relacionaram-se estes dois grupos com o género dos inquiridos e pode-se constatar que 62,3% das mulheres tinham a PA normal enquanto apenas 31,8% dos homens tinham a PA normal. Procurou-se também saber se a situação laboral influenciaria os níveis de PA. Pode-se constatar que 37,5% dos inquiridos que se encontravam a trabalhar tinham a PA normal, assim como 41,2% dos desempregados e 58,3% dos reformados. Também se pretendeu verificar se a alimentação poderia ter uma influência direta na PA. Os resultados que obtivemos junto dos inquiridos que controlavam a PA, foram que 54,5% dos que afirmaram ter sempre cuidado com alimentação tinham a PA normal, 52,6% dos que afirmaram não ter cuidado tinham a PA normal e dos que afirmaram ter cuidado às vezes, só 42,2% apresentava uma PA normal.

#### **5.4 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores sociodemográficos**

Na tabela 15 podemos ver a distribuição da adesão à terapêutica, avaliando o fenómeno esquecimento, segundo as características sociodemográficas dos inquiridos.

Verificou-se que 68% da população assume que se esquece de tomar a medicação para HTA. Os inquiridos que assumiram um menor grau de esquecimento eram do género feminino, tinham 75 ou mais anos, estavam reformados, completaram o secundário, eram de etnia caucasiana e viviam sozinhos. Apenas se conseguiu comprovar a associação estatística entre o esquecimento e a variável género ( $\chi^2=7.029$ ;  $p=0.008$ ).

Tabela 15 - Adesão à terapêutica relativamente ao esquecimento em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Esqueceu de tomar os medicamentos para HTA?		Total
	Sim N (%)	Não N(%)	N (%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 49 anos	22 (81,5)	5 (18,5)	27 (100,0)
50-64 anos	14(58,3)	10 (41,7)	24 (100,0)
65-74	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (100,0)
≥ 75 anos	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Género</b>			
Masculino	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)
Feminino	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> = 7.029; p=0.008			
<b>Escolaridade</b>			
<Básico	31 (68,9)	14 (31,1)	45 (100,0)
Básico	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100,0)
Secundário	7 (43,75)	9 (56,25)	16 (100,0)
Superior	14 (87,5)	2 (12,5)	16 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Etnia</b>			
Caucasiana	54 (64,3)	30 (35,7)	84 (100,0)
Negróide	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Agregado familiar</b>			
Sozinho	15 (55,6)	12 (44,4)	27 (100,0)
Vive com mais 1 ou 2 pessoas	38 (69,1)	17 (30,9)	55 (100,0)
Vive com 3 ou mais pessoas	13 (86,7)	2 (13,3)	15 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Situação no trabalho</b>			
No ativo	22 (68,75)	10 (31,25)	32 (100,0)
Desempregado	13 (76,5)	4 (23,5)	17 (100,0)
Reformado	31 (64,6)	17 (35,4)	48 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Sistema de saúde</b>			
SNS	32 (62,7)	19 (37,3)	51 (100,0)
Outro subsistema	26 (70,3)	11 (29,7)	37 (100,0)
Não sabe responder	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Tabela 16 - Adesão à terapêutica relativamente ao ser descuidado com a hora das tomas dos medicamentos em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	É descuidado com a hora das tomas dos medicamentos?		Total
	Sim N (%)	Não N(%)	N (%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 49 anos	10 (37,0)	17 (63,0)	27 (100,0)
50-64 anos	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (100,0)
65-74	3 (15,0)	17 (75,0)	20 (100,0)
≥ 75 anos	9 (34,6)	17 (65,4)	26 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Género</b>			
Masculino	18 (40,9)	26 (59,1)	44 (100,0)
Feminino	14 (26,4)	39 (73,6)	53 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Escolaridade</b>			
<Básico	18 (40,0)	27 (60,0)	45 (100,0)
Básico	8 (40,0)	12 (60,0)	20 (100,0)
Secundário	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Superior	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Etnia</b>			
Caucasiana	23 (27,4)	61 (72,6)	84 (100,0)
Negroide	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Agregado familiar</b>			
Sozinho	7 (25,9)	20 (74,1)	27 (100,0)
Vive com mais 1 ou 2 pessoas	17 (30,9)	38 (69,1)	55 (100,0)
Vive com 3 ou mais pessoas	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Situação no trabalho</b>			
No ativo	14 (43,75)	18 (56,25)	32 (100,0)
Desempregado	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (100,0)
Reformado	15 (31,25)	33 (68,75)	48 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Sistema de saúde</b>			
SNS	19 (37,3)	32 (62,7)	51 (100,0)
Outro subsistema	8 (21,6)	29 (78,4)	37 (100,0)
Não sabe responder	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Na tabela 16 podemos ver a distribuição da adesão à terapêutica, avaliando o fenómeno: *ser descuidado com a hora das tomas dos medicamentos*, segundo as características sociodemográficas dos inquiridos.

Verificou-se que 33,0% da população assume que é descuidado com a hora das tomas dos medicamentos. Os inquiridos mais aderentes foram os que tinham entre 65 e 74 anos, do género feminino, caucasianos, que viviam sozinhos, que se encontravam no desemprego, com o secundário e que além do serviço Nacional de Saúde têm outro subsistema de saúde. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a adesão à terapêutica (hora da toma) e as variáveis sociodemográficas (tabela 16).

Na tabela 17 podemos ver a distribuição da adesão à terapêutica, avaliando o fenómeno: *suspender a terapêutica quando se sente melhor*, segundo as características sociodemográficas dos inquiridos.

Tabela 17 – Adesão à terapêutica relativamente ao parar a medicação quando se sente melhor em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Quando se sente melhor, às vezes para com os medicamentos para HTA?		Total N (%)
	Sim	Não	
	N (%)	N(%)	
<b>Faixa etária</b>			
Até 49 anos	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (100,0)
50-64 anos	4 (16,7)	20 (83,3)	24 (100,0)
65-74	3 (15,0)	17 (75,0)	20 (100,0)
≥ 75 anos	4 (15,4)	22 (84,6)	26 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Género</b>			
Masculino	10 (22,7)	34 (77,3)	44 (100,0)
Feminino	9 (17,0)	44 (83,0)	53 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Escolaridade</b>			
<Básico	8 (17,8)	37 (82,2)	45 (100,0)
Básico	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (100,0)
Secundário	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100,0)
Superior	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Etnia</b>			
Caucasiana	15 (17,9)	69 (82,1)	84 (100,0)
Negroide	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Agregado familiar</b>			
Sozinho	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (100,0)
Vive com mais 1 ou 2 pessoas	13 (23,6)	42 (76,4)	55 (100,0)
Vive com 3 ou mais pessoas	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Situação no trabalho</b>			
No ativo	6 (18,75)	26 (81,25)	32 (100,0)
Desempregado	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (100,0)
Reformado	8 (16,7)	40 (83,3)	48 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Sistema de saúde</b>			
SNS	9 (17,6)	42 (82,4)	51 (100,0)
Outro subsistema	6 (16,2)	31 (83,8)	37 (100,0)
Não sabe responder	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Verificámos também que os inquiridos mais aderentes foram os que tinham 75 ou mais anos, do género masculino, caucasianos, a viverem sozinhos, que se encontravam reformados, com grau de escolaridade superior e que para além do SNS têm outro subsistema de saúde. Não foi possível verificar a associação entre as variáveis ( $\chi^2$  não válido).

Na tabela 18 apresenta-se a distribuição da adesão à terapêutica, avaliando o fenómeno: *suspender a terapêutica quando se sente mal*, segundo as características sociodemográficas dos inquiridos.

Os inquiridos mais aderentes eram do género masculino, aqueles que tinham entre 50 e 64 anos, os reformados, os que apresentam nível de escolaridade superior, os de etnia caucasiana, os que vivem sozinhos e que têm um subsistema de comparticipação na saúde para além do Serviço Nacional de Saúde. Não foi possível verificar a associação entre as variáveis ( $\chi^2$  não válido).

Tabela 18 - Adesão à terapêutica relativamente ao suspender a medicação porque sentiu mal em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Por vezes, quando anda a tomar os medicamentos da tensão e se sente mal, para de os tomar?		Total
	Sim	Não	N (%)
	N (%)	N(%)	
<b>Faixa etária</b>			
Até 49 anos	6 (22,2)	21 (77,8)	27 (100,0)
50-64 anos	1 (4,2)	23 (95,8)	24 (100,0)
65-74	2 (10,0)	18 (90,0)	20 (100,0)
≥ 75 anos	3 (11,5)	23 (88,5)	26 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Género</b>			
Masculino	3 (6,8)	41 (93,2)	44 (100,0)
Feminino	9 (17,0)	44 (93,0)	53 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Escolaridade</b>			
<Básico	7 (15,6)	38 (84,4)	45 (100,0)
Básico	3 (15,0)	17 (85,0)	20 (100,0)
Secundário	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Superior	0 (0,0)	16 (100,0)	16 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Etnia</b>			
Caucasiana	9 (10,7)	75 (89,3)	84 (100,0)
Negroide	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Agregado familiar</b>			
Sozinho	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (100,0)
Vive com mais 1 ou 2 pessoas	7 (12,7)	48 (87,3)	55 (100,0)
Vive com 3 ou mais pessoas	3 (20,0)	12 (80,0)	15 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Situação no trabalho</b>			
No ativo	4 (12,5)	28 (87,5)	32 (100,0)
Desempregado	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (100,0)
Reformado	5 (10,4)	43 (89,6)	48 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Sistema de saúde</b>			
SNS	7 (13,7)	44 (86,3)	51 (100,0)
Outro subsistema	3 (8,1)	34 (91,9)	37 (100,0)
Não sabe responder	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Tabela 19 - Adesão à terapêutica relativamente à interrupção da terapêutica por deixar acabar os medicamentos em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis Sociodemográficas	Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para a HTA?		Total
	Sim N (%)	Não N(%)	N (%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 49 anos	15 (55,6)	12 (44,4)	27 (100,0)
50-64 anos	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (100,0)
65-74	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (100,0)
≥ 75 anos	4 (15,4)	22 (84,6)	26 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2=12.159$ ; $p=0.007$			
<b>Género</b>			
Masculino	24 (54,5)	20 (45,5)	44 (100,0)
Feminino	12 (22,6)	41 (77,4)	53 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2= 10.485$ ; $p=0.001$			
<b>Escolaridade</b>			
<Básico	13 (28,9)	32 (71,1)	45 (100,0)
Básico	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (100,0)
Secundário	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (100,0)
Superior	7 (43,7)	9 (56,3)	16 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Etnia</b>			
Caucasiana	28 (33,3)	56 (66,7)	84 (100,0)
Negroide	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2=3.837$ ; $p=0.050$			
<b>Agregado familiar</b>			
Sozinho	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (100,0)
Vive com mais 1 ou 2 pessoas	20 (36,4)	35 (63,6)	55 (100,0)
Vive com 3 ou mais pessoas	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Situação no trabalho</b>			
No ativo	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (100,0)
Desempregado	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100,0)
Reformado	8 (16,7)	40 (83,3)	48 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2=18.155$ ; $p=0.000$			
<b>Sistema de saúde</b>			
SNS	15 (29,4)	36 (70,6)	51 (100,0)
Outro subsistema	15 (40,5)	22 (59,5)	37 (100,0)
Não sabe responder	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			

Na tabela 19 é apresentada a distribuição da adesão à terapêutica, avaliando o fenómeno: *suspender a terapêutica por deixar acabar os medicamentos*, segundo as características sociodemográficas dos inquiridos.

Salienta-se que os inquiridos mais aderentes foram os que tinham 75 ou mais anos, do género feminino, caucasianos e os inquiridos reformados. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Contrariamente, a adesão foi menor nos inquiridos que completaram o ensino básico e com maior agregado familiar. No entanto, para estas variáveis não foi possível verificar a associação estatística.

### **5.5 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores ligados à terapêutica**

A relação entre o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva e fatores ligados à terapêutica é apresentada nas tabelas 20, 21, 22, 23 e 24.

Na tabela 20 estudamos a relação entre o número de fármacos anti-hipertensivos tomados diariamente, número de tomas diárias, se toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e o número total de medicamentos tomados, com o esquecimento de tomar os medicamentos para HTA. A análise da tabela permite concluir que o grau de adesão à terapêutica relativamente ao esquecimento diminui com a complexidade da terapêutica. Os inquiridos que tomam apenas um fármaco anti-hipertensor (38,6%) são mais aderentes do que os inquiridos que tomam três fármacos (16,7%)

Tabela 20 - Adesão à terapêutica relativamente ao esquecimento de tomar os medicamentos em função das variáveis ligadas à terapêutica

Variáveis ligadas à terapêutica	Esqueceu de tomar os medicamentos para HTA?		Total
	Sim N (%)	Não N(%)	N (%)
<b>Nº de Fármacos Anti hipertensores</b>			
1	35 (61,4)	22 (38,6)	57 (100,0)
2	16 (72,7)	6 (27,3)	22 (100,0)
3	15 (83,3)	3 (16,7)	18 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Nº de tomas diárias de Anti hipertensores</b>			
1	30 (57,7)	22 (42,3)	52 (100,0)
2	20 (80,0)	5 (20,0)	25 (100,0)
≥ 3	16 (80,0)	4 (20,0)	20 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Toma outros medicamentos diariamente</b>			
Sim	35 (59,3)	24 (40,7)	59 (100,0)
Não	31 (81,6)	7 (18,4)	38 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
$\chi^2=5.265$ ; $p=0.022$			
<b>Nº total de medicamentos tomados diariamente</b>			
1	16 (76,2)	5 (23,8)	21 (100,0)
2 – 3	20 (69,0)	9 (31,0)	29 (100,0)
4 – 5	20 (64,5)	11 (35,5)	31 (100,0)
≥ 6	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			

Relativamente ao número de tomas diárias de anti hipertensores, verificamos que, através do fenómeno: *esquecimento de tomar a medicação* que é mais aderente quem apenas têm que fazer uma toma diária de anti-hipertensores.

Verificou-se que, 59 (60,8%) inquiridos responderam que tomava mais medicação para além da anti-hipertensiva.

Constatou-se que os mais aderentes, tendo em conta a pergunta relativamente ao esquecimento, eram quem toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e quem toma mais de 6 medicamentos diariamente.

Na tabela 21 estudamos a relação entre o número de fármacos anti-hipertensivos tomados diariamente, número de tomas diárias, se toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e número total de medicamentos tomados com o descuido na hora da toma dos medicamentos.

Tabela 21 - Adesão à terapêutica relativamente ao ser descuidado com as horas das tomas em função das variáveis ligadas à terapêutica

Variáveis ligadas à terapêutica	É descuidado com as horas das tomas dos medicamentos?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Nº de Fármacos Anti-hipertensores</b>			
1	14 (24,6)	43 (75,4)	57 (100,0)
2	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (100,0)
3	9 (50,0)	9 (50,0)	18 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Nº de tomas diárias de Anti-hipertensores</b>			
1	14 (26,9)	38 (73,1)	52 (100,0)
2	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (100,0)
≥ 3	9 (45,0)	11 (55,0)	20 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Toma outros medicamentos diariamente</b>			
Sim	18 (30,5)	41 (69,5)	59 (100,0)
Não	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Nº total de medicamentos tomados diariamente</b>			
1	6 (28,6)	15 (71,4)	21 (100,0)
2 – 3	8 (27,6)	21 (72,4)	29 (100,0)
4 – 5	11 (35,5)	20 (64,5)	31 (100,0)
≥ 6	7 (43,7)	9 (56,3)	16 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Conclui-se que na população em estudo, quem toma apenas um fármaco diariamente tem mais cuidado com as horas da toma dos medicamentos.

Relativamente ao número de tomas diárias de anti hipertensores, verificamos que, através do fenómeno: *ser descuidado com as horas das tomas dos medicamentos* é mais aderente quem apenas têm que fazer uma toma diária de anti-hipertensores.

Verificou-se que os mais aderentes, tendo em conta o *ser descuidado nas horas das tomas dos medicamentos*, são quem toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e quem toma 2 ou 3 medicamentos por dia. Podemos também verificar que o aumento do número de medicamentos vai aumentando o incumprimento das horas das tomas.

Tabela 22 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por se sentir melhor em função das variáveis ligadas à terapêutica

Variáveis ligadas à terapêutica	Quando se sente melhor, às vezes para com os medicamentos para HTA?		Total
	Sim N (%)	Não N(%)	N (%)
<b>Nº de Fármacos Anti-hipertensores</b>			
1	11 (19,3)	46 (80,7)	57 (100,0)
2	6 (27,3)	16 (72,7)	22 (100,0)
3	2 (11,1)	16 (88,9)	18 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Nº de tomas diárias de Anti-hipertensores</b>			
1	11 (21,2)	41 (78,8)	52 (100,0)
2	6 (24,0)	19 (76,0)	25 (100,0)
≥ 3	2 (10,0)	18 (90,0)	20 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Toma outros medicamentos diariamente</b>			
Sim	9 (15,3)	50 (84,7)	59 (100,0)
Não	10 (26,3)	28 (73,7)	38 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Nº total de medicamentos tomados diariamente</b>			
1	6 (28,6)	15 (71,4)	21 (100,0)
2 – 3	6 (20,7)	23 (79,3)	29 (100,0)
4 – 5	5 (16,1)	26 (83,9)	31 (100,0)
≥ 6	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Relativamente ao número de tomas diárias de anti hipertensores, verificamos que, através do fenómeno: *suspender a medicação quando se sente melhor* é mais aderente quem faz 3 ou mais tomas diária de anti-hipertensores.

Verificou-se que os mais aderentes, tendo em conta a pergunta: *suspender a terapêutica quando se sente melhor*, são quem toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e quem toma 6 ou mais fármacos diariamente. Podemos também verificar que o aumento do número de medicamentos, melhora a adesão à terapêutica.

Na tabela 23 apresenta-se a relação entre o número de fármacos anti-hipertensores tomados diariamente, número de tomas diárias, se toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensores e número total de medicamentos tomados com a suspensão da medicação quando o inquirido se sente mal.

Tal como referido anteriormente, 12,4% da população assume suspender a medicação quando se sente mal. Além disso, os inquiridos mais aderentes segundo este fenómeno *suspender a terapêutica por se sentir mal*, eram os que tomavam dois fármacos por dia.

Relativamente ao número de tomas diárias de anti hipertensores, verificamos que, através fenómeno *suspender a medicação quando se sente mal* é mais aderente quem faz 2 tomas diária de anti-hipertensores.

Verificou-se que os mais aderentes, tendo em conta a pergunta: *suspender a terapêutica quando se sente mal*, são quem toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e quem toma 4 ou 5 fármacos diariamente.

Tabela 23 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por se sentir mal em função das variáveis ligadas à terapêutica

Variáveis ligadas à terapêutica	Por vezes, quando anda a tomar os medicamentos da tensão e se sente mal, para de os tomar?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Nº de Fármacos Anti-hipertensores</b>			
1	9 (15,8)	48 (84,2)	57 (100,0)
2	1 (4,5)	21 (95,5)	22 (100,0)
3	2 (11,1)	16 (88,9)	18 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Nº de tomas diárias de Anti hipertensores</b>			
1	8 (15,4)	44 (84,6)	52 (100,0)
2	2 (8,0)	23 (92,0)	25 (100,0)
≥ 3	2 (10,0)	18 (90,0)	20 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Toma outros medicamentos diariamente</b>			
Sim	7 (11,9)	52 (88,1)	59 (100,0)
Não	5 (13,2)	33 (86,8)	38 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Nº total de medicamentos tomados diariamente</b>			
1	4 (80,9)	17 (19,1)	21 (100,0)
2 – 3	4 (13,8)	25 (86,2)	29 (100,0)
4 – 5	2 (6,5)	29 (93,5)	31 (100,0)
≥ 6	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			

A relação entre o número de fármacos anti-hipertensivos tomados diariamente, número de tomas diárias, se toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e número total de medicamentos tomados com a interrupção da terapêutica por deixar acabar os medicamentos é apresentada na tabela 24.

Tabela 24 - Adesão à terapêutica relativamente à suspensão da terapêutica por deixar acabar os medicamentos em função das variáveis ligadas à terapêutica

Variáveis ligadas à terapêutica	Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para a HTA?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
	<b>Nº de Fármacos Anti-hipertensores</b>		
1	24 (42,1)	33 (57,9)	57 (100,0)
2	6 (27,3)	16 (72,7)	22 (100,0)
3	6 (33,3)	12 (66,7)	18 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Nº de tomas diárias de Anti hipertensores</b>			
1	21 (40,4)	31 (59,6)	52 (100,0)
2	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (100,0)
≥ 3	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Toma outros medicamentos diariamente</b>			
Sim	16 (27,1)	43 (72,9)	59 (100,0)
Não	20 (52,6)	18 (47,4)	38 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2=6.446$ ; $p=0.011$			
<b>Nº total de medicamentos tomados diariamente</b>			
1	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (100,0)
2 – 3	12 (41,4)	17 (58,6)	29 (100,0)
4 – 5	12 (38,7)	19 (63,3)	31 (100,0)
≥ 6	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			

Podemos observar que 37,1% da população assume suspender a terapêutica por deixar acabar a medicação. Na população em estudo podemos observar que é mais aderente segundo avaliação deste fenómeno suspender a terapêutica por deixar acabar a terapêutica, quem toma 2 fármacos por dia (27,3%).

Relativamente ao número de tomas diárias de anti-hipertensores, verificamos que, através do fenómeno: *suspender a medicação por deixar acabar os medicamentos* é mais aderente quem faz 2 tomas diária de anti-hipertensores.

Verificou-se que, tendo em conta a pergunta de suspender a terapêutica por deixar acabar os medicamentos, são quem toma outros medicamentos para além dos anti-hipertensivos e quem toma 6 ou mais fármacos diariamente serem os mais aderentes.

### **5.6 Relação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva com fatores ligados à doença**

Nas tabelas 25, 26, 27, 28 e 29 apresenta-se a distribuição da adesão à terapêutica quanto ao esquecimento, quanto aos cuidados com a hora das tomas, quanto à suspensão por se sentir melhor ou por se sentir mal e quanto ao deixar acabar os medicamentos em função das variáveis ligadas à doença: tempo de tratamento da HTA, percepção da necessidade de controlar a pressão arterial, conhecimento dos valores limites de HTA, conhecimento de doenças relacionadas com HTA, número de consultas de clinica geral, número de consultas de cardiologia, medição frequente da pressão arterial e valores da pressão arterial.

Tabela 25 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Esqueceu de tomar os medicamentos para HTA

Variáveis ligadas à doença	Esqueceu de tomar os medicamentos para HTA?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N (%)	
<b>Há quanto tempo trata a HTA</b>			
< 1 ano	10 (71,4)	4 (28,6)	14 (100,0)
1 – 5 anos	17 (77,3)	5 (22,7)	22 (100,0)
5 – 10 anos	15 (62,5)	9 (37,5)	24 (100,0)
>10 anos	22 (62,9)	13 (37,1)	35 (100,0)
Total	64 (67,4)	31 (32,6)	95 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Quando acha necessário controlar a sua tensão</b>			
De vez em quando	21 (75,0)	7 (25,0)	28 (100,0)
Descontrolada	17 (81,0)	4 (19,0)	21 (100,0)
Sempre	20 (55,6)	16 (44,4)	36 (100,0)
Total	58 (68,2)	27 (31,8)	85 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento dos valores de HTA</b>			
Sim	26 (66,7)	13 (33,3)	39 (100,0)
Não	20 (64,5)	11 (35,5)	31 (100,0)
Total	46 (65,7)	24 (34,3)	70 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento de complicações relacionadas com HTA</b>			
Sim	48 (65,8)	25 (34,2)	73 (100,0)
Não	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Clínica Geral</b>			
Nenhuma	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (100,0)
1 a 2	25 (61,0)	16 (39,0)	41 (100,0)
3 a 4	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (100,0)
≥ 5	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Cardiologia</b>			
Nenhuma	35 (70,0)	15 (30,0)	50 (100,0)
1	22 (66,7)	11 (33,3)	33 (100,0)
≥ 2	9 (64,3)	5 (35,7)	14 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Mede com regularidade a sua Tensão arterial</b>			
Sim	27 (57,4)	20 (42,6)	47 (100,0)
Não	39 (78,0)	11 (22,0)	50 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> =4.706; p=0.030			
<b>Medição da Pressão Arterial</b>			
PA normal	29 (61,7)	18 (38,3)	47 (100,0)
PA elevada	37 (74,0)	13 (26,0)	50 (100,0)
Total	66 (68,0)	31 (32,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Da análise da tabela 25 conclui-se que o grau de adesão à terapêutica, relativamente ao esquecimento da toma, é maior nos inquiridos que tratam a hipertensão entre cinco a dez anos, entre aqueles que disseram que a hipertensão deve ser sempre controlada, que conhecem complicações da hipertensão, que tiveram uma a duas consultas de clínica geral, os que tiveram duas ou mais consultas de cardiologia e os que medem com regularidade a pressão arterial. Verificou-se ainda que relativamente ao esquecimento da toma de medicamentos que quem tem a PA normal é mais aderente. No entanto, não foi possível verificar a associação estatística entre as variáveis ( $\chi^2$  não válido).

Quanto ao cuidado com a hora das tomas dos medicamentos (tabela 26), verificamos que os inquiridos mais aderentes eram os que tratavam a doença há mais de 10 anos, os que consideram ser necessário controlar sempre a pressão arterial, que conhecem complicações relacionadas com a pressão arterial e que medem regularmente a pressão arterial. A adesão não variou muito com o número de consultas de clínica geral e medicina familiar ou de cardiologia. Verificou-se ainda que relativamente ao ser descuidado com a hora da toma dos medicamentos que quem tem a PA normal é mais aderente. No entanto há que salientar que não foi possível verificar a associação estatística entre variáveis ( $\chi^2$  não válido).

Tabela 26 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: É descuidado com a hora da toma dos medicamentos

Variáveis ligadas à doença	É descuidado com a hora da toma dos medicamentos?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Há quanto tempo trata a HTA</b>			
< 1 ano	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)
1 – 5 anos	7 (31,8)	15 (68,2)	22 (100,0)
5 – 10 anos	7 (29,2)	17 (70,8)	24 (100,0)
>10 anos	13 (37,1)	22 (62,9)	35 (100,0)
Total	31 (32,6)	64 (67,4)	95 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Quando acha necessário controlar a sua tensão</b>			
De vez em quando	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (100,0)
Descontrolada	10 (47,6)	11 (53,4)	21 (100,0)
Sempre	7 (19,4)	29 (80,6)	36 (100,0)
Total	27 (31,8)	58 (68,2)	85 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento dos valores de HTA</b>			
Sim	11 (28,2)	28 (71,8)	39 (100,0)
Não	9 (29,0)	22 (71,0)	31 (100,0)
Total	20 (28,6)	50 (71,4)	70 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento de complicações relacionadas com HTA</b>			
Sim	21 (28,8)	52 (71,2)	73 (100,0)
Não	11 (45,8)	13 (54,2)	24 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Clínica Geral</b>			
Nenhuma	3 (30,0)	7 (70,0)	10 (100,0)
1 a 2	14 (34,1)	27 (65,9)	41 (100,0)
3 a 4	10 (31,3)	22 (68,7)	32 (100,0)
5 ou mais	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Cardiologia</b>			
Nenhuma	16 (32,0)	34 (68,0)	50 (100,0)
1	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (100,0)
2 ou mais	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Mede com regularidade a sua Tensão arterial</b>			
Sim	13 (27,7)	34 (72,3)	47 (100,0)
Não	19 (38,0)	31 (62,0)	50 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Medição da Pressão Arterial</b>			
PA normal	14 (29,8)	33 (70,2)	47 (100,0)
PA elevada	18 (36,0)	32 (64,0)	50 (100,0)
Total	32 (33,0)	65 (67,0)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Na tabela 27, avalia-se a relação entre a suspensão da toma dos medicamentos quando se sente melhor com as diversas variáveis referentes à doença. Os inquiridos que assumiram menos frequentemente suspender a terapêutica por se sentirem melhor, foram os inquiridos que são hipertensos há mais de 10 anos, que têm maior acompanhamento de consulta de cardiologia e os que medem mais regularmente a pressão arterial. Verificou-se ainda que relativamente à suspensão da toma de medicamentos quando se sente melhor que quem tem a PA normal é mais aderente. No entanto não conseguimos a análise da associação estatística na grande maioria das variáveis ( $\chi^2$  não válido) e nalguns casos as diferenças não são estatisticamente significativas (regularidade da medição da pressão arterial e número de consultas).

Tabela 27 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Quando se sente melhor, às vezes para com os medicamentos para HTA?

Variáveis ligadas à doença	Quando se sente melhor, às vezes para com os medicamentos para HTA?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Há quanto tempo trata a HTA</b>			
< 1 ano	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100,0)
1 – 5 anos	4 (18,2)	18 (81,8)	22 (100,0)
5 – 10 anos	7 (29,2)	17 (70,8)	24 (100,0)
>10 anos	5 (14,3)	30 (85,7)	35 (100,0)
Total	19 (20,0)	76 (80,0)	95 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Quando acha necessário controlar a sua tensão</b>			
De vez em quando	3 (10,7)	25 (89,3)	28 (100,0)
Descontrolada	8 (38,1)	13 (61,9)	21 (100,0)
Sempre	4 (11,1)	32 (88,9)	36 (100,0)
Total	15 (17,6)	70 (82,4)	85 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Conhecimento dos valores de HTA</b>			
Sim	7 (17,9)	32 (82,1)	39 (100,0)
Não	5 (16,1)	26 (83,9)	31 (100,0)
Total	12 (17,1)	58 (82,9)	70 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Conhecimento de complicações relacionadas com HTA</b>			
Sim	11 (15,1)	62 (84,9)	73 (100,0)
Não	8 (33,3)	16 (66,7)	24 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Número de consultas Clínica Geral</b>			
Nenhuma	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (100,0)
1 a 2	9 (22,0)	32 (78,0)	41 (100,0)
3 a 4	6 (18,7)	26 (81,3)	32 (100,0)
5 ou mais	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			
<b>Número de consultas Cardiologia</b>			
Nenhuma	11 (22,0)	39 (78,0)	50 (100,0)
1	6 (18,2)	27 (81,8)	33 (100,0)
2 ou mais	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
$\chi^2=0.476$ ; $p=0.788$			
<b>Mede com regularidade a sua Tensão arterial</b>			
Sim	7 (14,9)	40 (85,1)	47 (100,0)
Não	12 (24,0)	38 (76,0)	50 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
$\chi^2=1.276$ ; $p=0.259$			
<b>Medição da Pressão Arterial</b>			
PA normal	6 (12,8)	41 (87,2)	47 (100,0)
PA elevada	13 (26,0)	37 (74,0)	50 (100,0)
Total	19 (19,6)	78 (80,4)	97 (100,0)
$\chi^2$ não válido			

Tabela 28 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Por vezes, quando anda a tomar os medicamentos da tensão e se sente mal, para de os tomar?

Variáveis ligadas à doença	Por vezes, quando anda a tomar os medicamentos da tensão e se sente mal, para de os tomar?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Há quanto tempo trata a HTA</b>			
< 1 ano	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)
1 – 5 anos	2 (9,1)	20 (90,9)	22 (100,0)
5 – 10 anos	3 (12,5)	21 (87,5)	24 (100,0)
>10 anos	3 (8,6)	32 (91,4)	35 (100,0)
Total	12 (12,6)	83 (87,4)	95 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Quando acha necessário controlar a sua tensão</b>			
De vez em quando	6 (21,4)	22 (78,6)	28 (100,0)
Descontrolada	4 (19,0)	17 (81,0)	21 (100,0)
Sempre	2 (5,6)	34 (94,4)	36 (100,0)
Total	12 (14,1)	73 (85,9)	85 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento dos valores de HTA</b>			
Sim	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)
Não	3 (9,7)	28 (90,3)	31 (100,0)
Total	8 (11,4)	62 (88,6)	70 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento de complicações relacionadas com HTA</b>			
Sim	9 (12,3)	64 (87,7)	73 (100,0)
Não	3 (12,5)	21 (87,5)	24 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Clínica Geral</b>			
Nenhuma	0 (0,0)	10 (100,0)	10 (100,0)
1 a 2	8 (19,5)	33 (80,5)	41 (100,0)
3 a 4	4 (12,5)	28 (87,5)	32 (100,0)
5 ou mais	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Cardiologia</b>			
Nenhuma	7 (14,0)	43 (86,0)	50 (100,0)
1	2 (6,1)	31 (93,9)	33 (100,0)
2 ou mais	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Mede com regularidade a sua Tensão arterial</b>			
Sim	6 (12,8)	41 (87,2)	47 (100,0)
Não	6 (12,0)	44 (88,0)	50 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Medição da Pressão Arterial</b>			
PA normal	8 (17,0)	39 (83,0)	47 (100,0)
PA elevada	4 (8,0)	46 (92,0)	50 (100,0)
Total	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

Na tabela 28, avalia-se a relação entre a “suspensão da toma dos medicamentos quando se sente mal” com as diversas variáveis relacionadas com a doença. Assim, podemos dizer que os inquiridos que mais frequentemente suspendem a terapêutica quando se sentem mal foram os inquiridos que tratavam a hipertensão há menos tempo, que achavam que a pressão arterial deve ser controlada de vez em quando, que conheciam os valores limite de pressão arterial elevada e que tiveram mais consultas de cardiologia. Verificou-se ainda que relativamente à “suspensão da toma de medicamentos quando se sente mal” que quem tem a PA elevada é mais aderente.

Na tabela 29, avalia-se a relação entre a suspensão da toma dos medicamentos por deixar acabar os medicamentos com as diversas variáveis relacionadas com a doença. Verificamos que os inquiridos que disseram mais frequentemente interromper a terapêutica por deixar acabar os medicamentos foram os inquiridos que tomavam anti-hipertensores há menos tempo, aqueles que achavam que se deve medir a pressão arterial quando esta está descontrolada, nos que tiveram menor acompanhamento médico, e nos que não medem regularmente a pressão arterial. O conhecimento sobre a doença não parece ter influência na menor adesão por deixar acabar os medicamentos. Verificou-se ainda que relativamente à “suspensão da terapêutica por deixar acabar os medicamentos” que quem tem a PA normal é mais aderente.

Tabela 29 - Distribuição das variáveis ligadas à doença com a pergunta: Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para a HTA?

Variáveis ligadas à doença	Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para a HTA?		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N(%)	
<b>Há quanto tempo trata a HTA</b>			
< 1 ano	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100,0)
1 – 5 anos	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (100,0)
5 – 10 anos	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (100,0)
>10 anos	11 (31,4)	24 (68,6)	35 (100,0)
Total	35 (36,8)	60 (63,2)	95 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Quando acha necessário controlar a sua tensão</b>			
De vez em quando	8 (28,6)	20 (71,4)	28 (100,0)
Descontrolada	11 (52,4)	10 (47,6)	21 (100,0)
Sempre	12 (33,3)	24 (66,7)	36 (100,0)
Total	31 (36,5)	54 (63,5)	85 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento dos valores de HTA</b>			
Sim	13 (33,3)	26 (66,7)	39 (100,0)
Não	11 (35,5)	20 (64,5)	31 (100,0)
Total	24 (34,3)	46 (65,7)	70 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Conhecimento de complicações relacionadas com HTA</b>			
Sim	27 (37,0)	46 (63,0)	73 (100,0)
Não	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Clínica Geral</b>			
Não teve nenhuma	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (100,0)
1 a 2	13 (31,7)	28 (68,3)	41 (100,0)
3 a 4	13 (40,6)	19 (59,4)	32 (100,0)
5 ou mais	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Número de consultas Cardiologia</b>			
Nãenhuma	22 (44,0)	28 (56,0)	50 (100,0)
1	13 (39,4)	20 (60,6)	33 (100,0)
2 ou mais	1 (7,1)	13 (92,9)	14 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> =6.478; p=0.039			
<b>Mede com regularidade a sua Tensão arterial</b>			
Sim	15 (31,9)	32 (68,1)	47 (100,0)
Não	21 (42,0)	29 (58,0)	50 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			
<b>Medição da Pressão Arterial</b>			
PA normal	14 (29,8)	33(70,2)	47 (100,0)
PA elevada	22 (44,0)	28 (56,0)	50 (100,0)
Total	36 (37,1)	61 (62,9)	97 (100,0)
χ <sup>2</sup> não válido			

## 6 Discussão

### **Discussão da Metodologia:**

O estudo elaborado sendo transversal apenas avalia o fenómeno da adesão no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis. A utilização dos resultados é mais limitada do que os resultados de um estudo longitudinal, o qual permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de doentes com Hipertensão arterial. Assim, um estudo longitudinal permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo (Fortin, 2009).

O questionário foi aplicado aos utentes, na farmácia comunitária, no final de um atendimento onde o utente apresentou uma receita com medicação anti-hipertensiva, o que limita à partida alguns instrumentos de colheita de dados. Os resultados dependem da sinceridade e honestidade dos inquiridos e o facto da metodologia utilizada ter sido uma entrevista com aplicação de questionário, com resposta verbal, poderá ter influenciado os participantes.

Era nosso objetivo estudar a adesão à medicação anti hipertensora através da utilização do questionário desenvolvido por Morisky et al. No entanto, e como referido anteriormente, não pudemos utilizar aquele instrumento de medida no seu conjunto, visto a fiabilidade do mesmo na nossa população ser muito baixa (Alfa de Cronbach = 0,4). Assim, para atingir os nossos objetivos recorreremos à análise das respostas às perguntas que constituem a Escala de Morisky e outras, de forma unitária.

O reduzido número de inquiridos inviabilizou, para grande parte das variáveis o estudo da associação estatística entre elas.

### **Discussão de Resultados**

Os resultados obtidos neste estudo descrevem as características sociodemográficas e clínicas dos doentes hipertensos seguidos na farmácia comunitária, tendo-se procedido à medição da pressão arterial e aplicado um questionário com o objetivo de avaliar o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensora em diversas vertentes.

Apesar da discrepância de valores encontrados nas diversas perguntas, podemos dizer com segurança que o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva na população em estudo é fraco. Como já referimos, o grau de adesão à terapêutica varia com os métodos e os critérios utilizados.

Na tabela 30 é apresentada uma análise comparativa entre vários estudos que utilizaram o método da entrevista.

Tabela 30 – Adesão à terapêutica anti-hipertensiva por entrevista em diversos estudos

Autor / Local / Ano	Amostra	Critério de adesão / local da entrevista	Grau de adesão ou TA controlada
<b>Morisky et al / Los Angeles / 1986</b>	290 Hipertensos	Escala de Morisky / Após programa educacional	Grau de Adesão 67,0%
<b>Shea et al / New York / 1992</b>	202 Hipertensos	Escala de Morisky adaptada / Entrevista no hospital	Grau de Adesão 43,1%
<b>Ramalhinho, I. / Lisboa / 1994</b>	95 Hipertensos	Escala de Morisky / Entrevistas no domicílio	Grau de Adesão 56,8%
<b>Morgado et al. / Covilhã / 2010</b>	197 Hipertensos	Entrevista no hospital	TA controlada 33,0%
<b>Silva, J. / Covilhã / 2013</b>	101 Hipertensos	Entrevista no hospital	TA controlada 48,0%
<b>Presente estudo</b>	97 Hipertensos	Entrevista na farmácia comunitária	TA controlada 48,5%

Apesar de se saber que os valores da pressão arterial podem variar com muitos fatores, a sua medição como forma de conhecer a adesão à terapêutica anti-hipertensiva. De acordo com um estudo efetuado em 2009, (Morgado, Rolo, Macedo, Pereira, & Castelo-Branco, 2010) 33,0% (65/197) dos inquiridos, apresentava a PA controlada. No presente estudo o valor encontrado é superior pois 47 (48,5%) inquiridos apresentavam valores de pressão arterial normal, resultados semelhantes aos encontrados num outro estudo realizado em Portugal, em 2013 (Silva, 2013). Estes valores podem sugerir uma eventual melhoria na monitorização dos doentes hipertensos, ou poderá também estar relacionado com as áreas geográficas de incidência dos estudos.

Como já referido a baixa fiabilidade da Escala de Morisky na nossa amostra não nos permitiu fazer a síntese da informação recolhida referente à adesão à terapêutica

o que dificulta a comparação com outros estudos. No entanto se considerarmos as proporções de respostas a cada uma das perguntas podemos afirmar que o grau de adesão à terapêutica anti hipertensiva é baixo. Salienta-se em particular que 68% dos inquiridos afirmou esquecer-se por vezes de tomar os medicamentos.

De facto, o esquecimento parece ser a principal razão para não aderir à terapêutica. Nalguns casos o esquecimento não se reportará apenas ao esquecimento na toma, mas também em relação à compra dos medicamentos quando acabam. Isto pode ser reflexo da própria motivação para o tratamento da doença. Um doente que valoriza a sua hipertensão tem a preocupação de controlar o número de medicamentos de forma a não os deixar acabar. Por outro lado, pode referir-se à dificuldade de conseguir consultas médicas para obter as receitas necessárias para aquisição dos medicamentos ou estar relacionado com problemas económicos (Isabel Ramalhinho, 1994). É de sublinhar que 37,1% dos inquiridos afirmou que já tinha interrompido a terapêutica por terem deixado acabar a medicação, o que quanto a nós nos parece preocupante se considerarmos por exemplo a importância da hipertensão como fator de risco de acidente vascular cerebral.

Quanto aos inquiridos que dizem suspender a terapêutica quando se sentem mal (12,4%), isto pode estar relacionado com efeitos secundários dos medicamentos ou pelo menos, o hipertenso pode pensar tal. Por outro lado, um número relevante de inquiridos diz suspender a terapêutica quando se sentem melhor (19,6%), podendo estar relacionado com a auto percepção sobre o seu estado de saúde ou com a informação sobre a doença e sobre a terapêutica. De facto a informação sobre a doença e a terapêutica, está referenciada na literatura, como podendo ser um fator importante na adesão às consultas e à terapêutica anti-hipertensiva (Horne et al., 2005; Martin & Williams, 2005; Osterberg & Blaschke, 2005).

A hipertensão é uma doença crónica, contudo, alguns doentes não têm essa informação que é fundamental para a adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Os hipertensos em estudo, que acham que a hipertensão só deve ser tratada quando está descontrolada, apresentam um baixo grau de adesão. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que concluíram que a toma irregular de medicamentos, nos indivíduos que pensam que a sua doença não precisa de tratamento contínuo, é mais

frequente (Herfindal & Hirschman, 1984). O conhecimento dos valores da hipertensão pode também dar alguma indicação sobre a informação existente sobre a doença. No nosso estudo verificamos que menos de metade dos inquiridos conhecia os valores a partir dos quais se define hipertensão. Importa referir que existe neste ponto um viés importante devido à dificuldade dos inquiridos em lembrar há quanto tempo tomavam os medicamentos.

De um modo geral a grande maioria dos autores é unânime em referir que o grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva não está associado aos fatores sociodemográficos (Herfindal & Hirschman, 1984; Martin & Williams, 2005). Os nossos resultados estão de acordo com a literatura pois não encontramos diferenças estatisticamente significativas para a grande maioria das variáveis sócio-demográficas nas diferentes vertentes da adesão à terapêutica. Importa salientar contudo que nalguns estudos foram encontrados algumas diferenças. No presente estudo o género influencia significativamente o grau de adesão relativamente ao esquecimento. São as mulheres que assumem um menor grau de esquecimento e as diferenças encontradas têm significado estatístico. A preocupação com o horário da toma dos medicamentos é maior no género feminino e são também as mulheres que menos frequentemente suspendem a terapêutica por deixar acabar os medicamentos, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas. Contrariamente, o género masculino apresentou um maior grau de adesão relativamente à suspensão da terapêutica quanto à auto percepção da doença (suspensão por se sentirem melhor ou por se sentirem mal). De um modo geral, os inquiridos dos grupos etários mais elevados e os inquiridos reformados eram mais aderentes provavelmente por terem mais tempo disponível para consultas médicas e para o controlo periódico da saúde. Além disso, provavelmente os mais novos, por se sentirem bem, não valorizam as complicações da hipertensão, e por se encontrarem no ativo terão mais dificuldade em integrar o tratamento nas suas atividades diárias. Em todas as componentes da adesão à terapêutica os inquiridos de raça negroide apresentavam um menor grau de adesão à terapêutica, provavelmente devido a fatores económicos. E isto é particularmente importante porque sabe-se que a hipertensão apresenta maiores complicações nos indivíduos de raça negroide.

De um modo geral a literatura refere que o grau de adesão é menor naqueles que vivem sós (Dias et al., 2011; Martin & Williams, 2005; Meichenbaum & Turk, 1987). No presente estudo verificou-se que os que viviam sós eram mais aderentes que os restantes grupos, não sendo possível comprovar a associação estatística também não encontramos explicação para este achado.

Apesar de, por vezes, os fatores económicos serem apresentados como determinantes da adesão, quer à terapêutica, quer às consultas, (Epstein et al., 2012; Osterberg & Blaschke, 2005) pensamos ser um aspeto que precisa ser melhor estudado pois pode existir uma interação positiva com fatores sociodemográficos. Além disso, existem outro tipo de fatores que interferem com as variáveis referidas, tais como, a motivação para o controlo da PA, conhecimento da doença e a sua terapêutica e o facto de se tratar de uma doença assintomática.

Na literatura refere-se frequentemente que a complexidade do regime terapêutico está intimamente relacionada com a adesão à terapêutica. Habitualmente pensa-se que quanto maior é o número de fármacos tomados e/ou quanto maior for o número de tomas diárias menor será a adesão à terapêutica. No nosso estudo parece existir uma discrepância nas diferentes vertentes da adesão à terapêutica. Por um lado, nos inquiridos que não têm outras patologias a adesão é maior com regimes terapêuticos menos complexos, por outro e no caso dos doentes com outras patologias a complexidade da terapêutica parece ser benéfica para um melhor cumprimento da terapêutica. A discrepância de resultados pode ser explicada por outros fatores, tais como, perceção da gravidade da doença e da importância do tratamento. Possivelmente os doentes com hipertensão mais grave acreditam mais na necessidade do tratamento e são mais aderentes comparativamente aqueles cuja hipertensão é ligeira e que só precisará de um fármaco. Relativamente à influência de terapêuticas para outras patologias, no nosso estudo o grau de adesão é superior quando existem outras terapêuticas, provavelmente o facto de existirem outras doenças e mais sintomáticas alerta o doente para o seu estado de saúde.

A hipertensão é uma doença crónica, contudo, alguns doentes não têm essa informação que é fundamental para a adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Os hipertensos em estudo, que acham que a hipertensão só deve ser tratada quando está

descontrolada, apresentam um baixo grau de adesão. Estes resultados estão de acordo com outros estudos que concluíram que a toma irregular de medicamentos, nos indivíduos que pensam que a sua doença não precisa de tratamento contínuo, é mais frequente (Herfindal & Hirschman, 1984). O conhecimento dos valores da hipertensão pode também dar alguma indicação sobre a informação existente sobre a doença. No nosso estudo verificamos que menos de metade dos inquiridos sabia definir os valores a partir dos quais se define hipertensão. Importa referir que existe neste ponto um viés importante devido à dificuldade dos inquiridos em lembrar há quanto tempo tomavam os medicamentos.

Apesar de alguns autores referirem que a adesão é menor quanto mais prolongada é a terapêutica, relativamente à terapêutica anti-hipertensiva alguns estudos também não foram conclusivos sobre este assunto. Assim, alguns estudos apontam para a adesão à terapêutica anti-hipertensiva ser afetada pela duração do tratamento apenas no início devido à dificuldade em integrar o esquema terapêutico na vida quotidiana (Haynes & Sackett, 1979; Herfindal & Hirschman, 1984; Martin & Williams, 2005)

Relativamente ao acompanhamento médico é de salientar que a grande maioria dos inquiridos afirma ter tido 1 ou 2 consultas de Clínica Geral. Alguns autores referem que a adesão à terapêutica melhora com a frequência das consultas (Berenguer et al., 2004; Haynes & Sackett, 1979; Herfindal & Hirschman, 1984; Martin & Williams, 2005) mas no nosso estudo parece não ter afetado os resultados.

A frequência da medição da PA pode indicar a preocupação do hipertenso pela sua doença. Assim, por exemplo, num estudo de 202 hipertensos utilizando a escala de Morisky adaptada o grau de adesão era significativamente maior quando os hipertensos mediam regularmente a PA. Os nossos resultados estão de acordo com este estudo. A medição regular da PA é especialmente importante pois é uma forma do doente assumir a sua responsabilidade no controlo da hipertensão.

O comportamento aderente é uma resultante multifatorial, pelo que consideramos que o estudo dos diversos fatores condicionantes implicaria uma análise multivariada. No entanto, o reduzido número de inquiridos no nosso estudo (Herfindal

& Hirschman, 1984; Martin & Williams, 2005) não o permite. Por outro lado, o estudo realizado, de características descritivas, apenas permite formular hipóteses.

## 7 Conclusões

O grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva na população estudada pode ser considerada baixa, uma vez que só 48,5% apresentou a PA controlada.

Por outro lado, também se verificou que o fator de esquecimento na toma dos medicamentos era frequente nos hipertensos inquiridos, sendo por isso necessário para ajudar o doente, adaptar o regime da toma de forma que as doses sejam administradas a horas que correspondam a atividades regulares do dia a dia do doente. Assim a relação entre o doente e os profissionais de saúde é um fator determinante, devido à necessidade de compreender e adaptar regimes terapêuticos à vida quotidiana do doente; simplificar ou reduzir o número de fármacos; ou até utilizar associações de fármacos no mesmo comprimido poderá melhorar os níveis de adesão.

Quanto ao nível de adesão, este é maior nos inquiridos mais informados, por isso há que reforçar a informação em especial sobre as características da doença, natureza e benefícios do tratamento, para que toda a população possa estar esclarecida sobre a HTA.

Confirma-se também a necessidade de existir um especial controlo nos valores da pressão arterial nos doentes hipertensos já tratados em Portugal, devido a ter ficado demonstrado neste estudo que doentes que se preocupavam mais em medir PA demonstraram ser mais aderentes.

Dado que em Portugal os medicamentos anti-hipertensivos são dispensados aos doentes em ambulatório, nas farmácias comunitárias, pensamos que estas devem ser integradas nas políticas que visem obter um melhor controlo dos doentes hipertensos tratados e que os farmacêuticos deverão assumir, um papel determinante na promoção da adesão à terapêutica anti-hipertensiva.

Finalmente, interessa referir a necessidade de mais estudos sobre este problema, no sentido de confirmar os resultados obtidos e aprofundar o conhecimento sobre fatores que condicionam a adesão à terapêutica.

## Bibliografia

- AlGhurair, S. A., Hughes, C. A., Simpson, S. H., & Guirguis, L. M. (2012). A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, *14*(12), 877–86. doi:10.1111/j.1751-7176.2012.00699.x
- Avorn, J. (1995). Medication use and the elderly: current status and opportunities. *Health Affairs*, *14*(1), 276–286. doi:10.1377/hlthaff.14.1.276
- Barberá, J. (1993). El incumplimiento terapeutico en los ancianos, Panorama actual del medicamento, *17*, 531–532.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, *13*(1), 10–24.
- Berenguer, B., La Casa, C., de la Matta, M. J., & Martín-Calero, M. J. (2004). Pharmaceutical care: past, present and future. *Current pharmaceutical design*, *10*(31), 3931–46.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*.
- Bloch, K., Melo, A., & Nogueira, A. (2008). Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saude Publica*.
- Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American journal of hospital pharmacy*, *48*(9), 1978–1988.
- Brannon, L., & Feist, J. (2009). *Health psychology: An introduction to behavior and health*.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. *Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na ...*, 9–10.
- Burnier, M., Schneider, M. P., Chioléro, A., Stubi, C. L., & Brunner, H. R. (2001). Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *Journal of hypertension*, *19*(2), 335–41.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. ... realizado pela Apifarma sobre Adesão à terapêutica.

- Cluss, P., & Epstein, L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. *Measurement strategies in ...*, 403–433.
- Coelho, A. M. (2006). Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 41–48.
- Cortez-dias, N., Martins, S., & Belo, A. (2009). Prevalência e Padrões de tratamento da Hipertensão arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do estudo ValSIM. *Revista portuguesa de ...*
- Costa, S., Santos, C., & Silveira, J. (2006). Community pharmacy services in Portugal. *The Annals of pharmacotherapy*, 40(12), 2228–34. doi:10.1345/aph.1H129
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- DGS. (2008). *Elementos Estatísticos: informação geral: saúde 2006*.
- Dias, A., Cunha, M., & Santos, A. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura.
- Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social science & medicine (1982)*, 34(5), 507–13.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of clinical epidemiology*, 54 Suppl 1, S57–60.
- Epstein, D. E., Sherwood, A., Smith, P. J., Craighead, L., Caccia, C., Lin, P.-H., ... Blumenthal, J. A. (2012). Determinants and consequences of adherence to the dietary approaches to stop hypertension diet in African-American and white adults with high blood pressure: results from the ENCORE trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1763–73. doi:10.1016/j.jand.2012.07.007
- Espiga, M., Macedo, M., & Silva, A. (2007). Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*, (May 2006), 21–39.
- Esunge, P. (1991). From blood pressure to hypertension: the history of research. *Journal of the Royal Society of Medicine*.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., & Murray, C. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360(9343), 1347–60. doi:10.1016/S0140-6736(02)11403-6
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical therapeutics*, 21(6), 1074–90; discussion 1073. doi:10.1016/S0149-2918(99)80026-5

- Feldman, R., Campbell, N., & Wyard, K. (2008). Canadian Hypertension Education Program: The evolution of hypertension management guidelines in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*.
- First International Congress On Patient Counselling Amsterdam, The Netherlands. 21st-23rd April, 1976. (1975). *Journal of Paediatrics and Child Health*, 11(3), 252–252. doi:10.1111/j.1440-1754.1975.tb02333.x
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamento e Etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.) (1ª ed., p. 618). Loures.
- Goldberg, A. I., Cohen, G., & Rubin, A. H. (1998). Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social science & medicine* (1982), 47(11), 1873–6.
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *The British Journal of General Practice*, 40, 114–116.
- Gullickson, C. (1993). Client-centered drug choice: an alternative approach in managing hypertension. *The Nurse practitioner*, 18(2), 30–2, 37, 41.
- Halpern, M. T., Khan, Z. M., Schmier, J. K., Burnier, M., Caro, J. J., Cramer, J., ... Hollenberg, N. K. (2006). Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. *Hypertension*, 47(6), 1039–48. doi:10.1161/01.HYP.0000222373.59104.3d
- Haynes, R., & Sackett, D. (1979). Compliance in health care, 1–7.
- Herfindal, E. T., & Hirschman, J. L. (Eds.). (1984). *Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Horne, R. (1993). One to be taken as directed: Reflections on non-adherence (non-compliance). *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 150–156.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., & Elliott, R. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. *London: ....*
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's principles of internal medicine*. (McGraw-Hill, Ed.) (18th Editi.).
- Lorient-Arín, N., & Serrano-del-Rosal, R. (2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. *Revista Internacional de Sociología*, 67(2), 309–328. doi:10.3989/RIS.2007.10.10
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... Laurent, S. (2007). 2007 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*, 28(12), 1462–536. doi:10.1093/eurheartj/ehm236

Martin, L., & Williams, S. (2005). The challenge of patient adherence. ... *and clinical risk* ...

Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. (Plenum Press, Ed.). New York.

Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*.

Morgado, M., Rolo, S., Macedo, A. F., Pereira, L., & Castelo-Branco, M. (2010). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of cardiovascular disease research*, 1(4), 196–202. doi:10.4103/0975-3583.74263

Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24, 67–75.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal of medicine*, 353(5), 487–97. doi:10.1056/NEJMra050100

Patel, R. P., & Taylor, S. D. (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *The Annals of pharmacotherapy*, 36(1), 40–5.

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., ... Zannad, F. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by re. *European heart journal*, 33(13), 1635–701. doi:10.1093/eurheartj/ehs092

Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*.

Polónia, J., & Ramalhinho, V. (2006). Normas sobre detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Rev Port Cardiol*.

Ramalhinho, I., & Cabrita, J. (1998). Avaliação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva pelo método da contagem de medicamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(2), 5–12.

Ramalhinho, Isabel. (1994). *Adesão à Terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Universidade Nova de Lisboa*.

- Ramanath, K., Balaji, D., Nagakishore, C., Kumar, S. M., & Bhanuprakash, M. (2012). A study on impact of clinical pharmacist interventions on medication adherence and quality of life in rural hypertensive patients. *Journal of young pharmacists : JYP*, 4(2), 95–100. doi:10.4103/0975-1483.96623
- Santa-Helena, E. T. de, Nemes, M. I. B., & Eluf Neto, J. (2010). [Risk factors associated with non-adherence to anti-hypertensive medication among patients treated in family health care facilities]. *Cadernos de saúde pública*, 26(12), 2389–98.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004804. doi:10.1002/14651858.CD004804
- Sharkness, C. M., & Snow, D. A. (1992). The patient's view of hypertension and compliance. *American journal of preventive medicine*, 8(3), 141–6.
- Shelley, D., Tseng, T.-Y., Andrews, H., Ravenell, J., Wu, D., Ferrari, P., ... Kopal, H. (2011). Predictors of blood pressure control among hypertensives in community health centers. *American journal of hypertension*, 24(12), 1318–23. doi:10.1038/ajh.2011.154
- Silva, J. M. da. (2013). *Estudo da adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensora*. Universidade da Beira Interior.
- Vaz, D., Santos, L., & Carneiro, A. (2005). Factores de risco: conceitos e implicações práticas. *Rev Port Cardiol*.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331–342.
- Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *The Annals of pharmacotherapy*, 38(2), 303–312. doi:10.1345/aph.1D252
- Wetzels, G. E. C., Nelemans, P. J., Schouten, J. S. A. G., van Wijk, B. L. G., & Prins, M. H. (2006). All that glitters is not gold: a comparison of electronic monitoring versus filled prescriptions--an observational study. *BMC health services research*, 6, 8. doi:10.1186/1472-6963-6-8
- Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Kramer, H., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Joffres, M. R., ... Thamm, M. (2004). Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*, 43(1), 10–7. doi:10.1161/01.HYP.0000103630.72812.10

Wong, N. D., Lopez, V. A., L'Italien, G., Chen, R., Kline, S. E. J., & Franklin, S. S. (2007). Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004. *Archives of internal medicine*, 167(22), 2431–6. doi:10.1001/archinte.167.22.2431

World Health Organization, W. (2008). *The Global Burden of Disease - update 2004*. Geneva, Switzerland.

## **Anexos**

Anexo 1 – Questionário



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
Faculdade de Ciências e Tecnologias  
Departamento de Química, Bioquímica e Farmácia

**Avaliação da Adesão à Terapêutica**

O presente questionário está integrado num estudo da Faculdade Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve com o objetivo de avaliar adesão à terapêutica em doentes com Hipertensão Arterial.

Os seus dados serão tratados de forma anónima e utilizados apenas para investigação. Ao colaborar poderá estar ajudar na melhoria da saúde da população.

**Caraterísticas Sócio-Demográficas**

- 1- Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
- 2- Sexo: Masculino  Feminino
- 3- Qual a sua escolaridade:  
<Básico  Básico  Secundário  Superior
- 4- Situação no trabalho:  
Desempregado  Reformado  Ativo
- 5- Quantas pessoas vivem consigo:  
Vive sozinho  Vive com mais 1 ou 2  Vive com 3 ou mais
- 6- Qual o regime de participações do estado:  
Normal (SNS)  Outro subsistema  Seguro de saúde
- 7- Etnia:  
Caucasiana  Negroide  Asiática  Outra: \_\_\_\_\_

**Terapêutica**

- 8- Que medicamentos toma para a tensão?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
- 9- Quantas vezes por dia?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_

Por vezes é difícil seguir as indicações do médico sobre os medicamentos.

10- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para HTA?

Sim  Não

11- É descuidado com as horas da toma dos medicamentos para HTA?

Sim  Não

12- Quando se sente melhor, às vezes para de tomar os medicamentos para HTA?

Sim  Não

13- Por vezes, quando se anda a tomar os medicamentos para a HTA e se sente mal, para de os tomar?

Sim  Não

14- Por vezes, interrompe a terapêutica porque deixou acabar os medicamentos para HTA?

Sim  Não

15- Toma outros medicamentos diariamente?

Sim  Não

a. Quais? \_\_\_\_\_

### **Informação sobre a doença**

16- Há quanto tempo trata a HTA?

<1 ano  1 – 5 anos  5 – 10 anos  >10 anos

17- Acha necessário controlar a sua pressão arterial?

Sim  Não

a. Quando?

Sempre  Descontrolada  De vez em quando

18- Sabe a partir de que valores a tensão é considerada elevada?

Sim  Não

a. Quais? \_\_\_/\_\_\_

19- Sabe que problemas de saúde podem acontecer se não tiver a tensão arterial controlada?

Sim  Não

a. Quais? \_\_\_\_\_

20- Quantas consultas de clinica geral teve no ano 2012? \_\_\_\_\_

21- Quantas consultas de cardiologia teve no ano 2012? \_\_\_\_\_

22- Mede com regularidade a sua tensão arterial?

Sim  Não

23- Medição da pressão arterial:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_