



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO NUNO SOUSA PEREIRA

***Adesão à Terapêutica, Capacitação, Qualidade de vida:
relação com o controlo da Hipertensão Arterial***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

JANEIRO/2018

ÍNDICE

RESUMO	4
ABSTRACT	6
ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	12
Colheita de Dados	12
Análise Estatística	14
RESULTADOS	16
Caracterização/Análise descritiva da Amostra	16
Correlação da população com ou sem controlo da HTA aferido pelo médico com as diversas variáveis	18
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	25
AGRADECIMENTOS	26
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	30
Anexo 1 – Consentimento Informado	30
Anexo 2 – Formulário de recolha de informação	31

Este artigo foi elaborado segundo o antigo acordo ortográfico.

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial para além de ser um importante factor de risco, é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbi-mortalidade em Portugal. Tratando-se de um importante problema de Saúde Pública, existe a necessidade dos doentes hipertensos, tendo em vista atingir o controlo da tensão arterial, apresentarem uma elevada adesão à terapêutica, uma boa capacitação, de onde decorrerá uma boa qualidade de vida em saúde. Deste modo, o presente estudo tem como objectivo averiguar a distribuição entre doentes com HTA controlada e doentes com HTA não controlada e as variáveis adesão à terapêutica, capacitação e qualidade de vida.

Métodos: Estudo observacional com intenção analítica, em amostra de utentes hipertensos seguidos em três unidades de saúde de Medicina Geral e Familiar. Foi aplicado um formulário de recolha de informação – autopercepção de controlo da Pressão Arterial e outras variáveis epidemiológicas e com questionários sobre a Capacitação na Hipertensão Arterial – seis questões –, adesão à terapêutica – *Morisky Medication Adherence Scale* de quatro itens – e Qualidade de Vida EQ-5D – 5 perguntas. A última questão, a preencher pelo profissional de saúde tendo por base a avaliação do valor da tensão arterial do doente no dia da consulta, servia para aferir o controlo da HTA. Foi calculado o tamanho da amostra. Realizou-se análise estatística e inferencial paramétrica e não paramétrica.

Resultados: Foi estudada uma amostra de 207 utentes hipertensos, predominantemente do género feminino, de idade superior ou igual a 68 anos de idade e com baixa formação académica. No grupo mais idoso, verificou-se um maior controlo da HTA ($p=0,013$). Houve uma maior auto-percepção do controlo, naqueles que tinham a HTA controlada pelos valores medidos pela equipa de saúde ($p<0,001$). Foi constatado elevada adesão à terapêutica na população hipertensa com controlo ($p<0,001$). Também se observou uma correlação significativa entre a capacitação e o controlo da HTA ($p=0,040$).

Discussão e Conclusão: Este estudo sugere que, nesta amostra, uma elevada adesão à terapêutica farmacológica, uma boa capacitação na Hipertensão Arterial, bem como uma boa auto-percepção do controlo contribuem para o controlo da HTA. Como tal, o doente deve ser o centro da atenção nos Cuidados de Saúde Primária no sentido de incrementar a sua capacidade de lidar com a sua doença, adesão na toma da medicação prescrita e a sua contínua preocupação em manter o controlo desta patologia. Porém, não foi obtida significância estatística entre a Qualidade de Vida em saúde e a amostra com controlo da HTA aferida pelo médico, que pode ser factor para menor percepção da importância da HTA.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial, adesão à terapêutica, capacitação, qualidade de vida, controlo da hipertensão arterial.

ABSTRACT

Introduction: In addition to being an important risk factor, Arterial Hypertension is responsible for the development of cardiovascular diseases which are the main cause of morbidity and mortality in Portugal. Since this is an important matter of public health, hypertensive patients must, in order to achieve control of blood pressure, have high therapy compliance, good enablement which will lead to a good quality of life in health. Thus, the present study aims to ascertain the distribution between patients with controlled hypertension and patients with uncontrolled hypertension and the variables adherence to therapy, enablement and quality of life.

Methods: An observational study with analytical intent in a sample of hypertensive patients followed at three family health units. An information collection form was applied - self-perception of blood pressure control and other epidemiological variables and with questionnaires on Enablement in Arterial Hypertension – six questions – adherence to therapy – Morisky Medication Adherence Scale of four items – and Quality of Life EQ-5D – 5 questions. The last question was filled by the health professional based on the evaluation of the patient's blood pressure value on the day of the consultation, was used to assess the control of hypertension. The sample size was calculated. Parametric and non-parametric statistical and inferential analyses were performed.

Results: The sample consisted of 207 hypertensive patients, predominantly female, older than or equal to 68 years of age and with low academic attainment. In the older group, there was a greater control of the Arterial Hypertension ($p=0.013$). There was a greater self-perception of control in those who actually had their Arterial Hypertension controlled by the values measures by healthcare team ($p<0.001$). There was a high adherence to therapy in the hypertensive population that achieved control ($p<0.001$). There was also a significant correlation between enablement and control of hypertension ($p=0.040$).

Discussion and Conclusion: This study suggests that in this sample, high adherence to pharmacological therapy, good enablement in hypertension, as well as good self-perception of control contribute to the control of arterial hypertension. As such, the patient should be the center of attention in Primary Health Care in order to increase their ability to cope with their illness, adherence to prescribed medication and their continued concern to maintain control of this pathology. However, no statistical significance was obtained between the Quality of Life in health and the sample with control of the AHT ascertained by the physician, which may be a factor for a lower perception of the importance of hypertension.

Keywords: Arterial Hypertension, Enablement, Compliance, Control, Quality of life.

ABREVIATURAS

AINEs – Anti-Inflamatórios Não Esteróides

CapHTA – Capacitação na Hipertensão Arterial

HTA – Hipertensão Arterial

MGF – Medicina Geral e Familiar

MMAS-4 – Morisky Medication Adherence Scale de quatro itens

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

TA – Tensão Arterial

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HTA) é uma condição clínica multifactorial caracterizada por uma elevação persistente, em diversas medições, e em diferentes momentos, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg. Esta definição aplica-se a doentes com idade superior ou igual a 18 anos de idade, que não realizam qualquer terapêutica farmacológica anti hipertensora, nem apresentam patologia aguda em simultânea, ou estejam grávidas. Pode ser classificada em grau 1, 2 ou 3, correspondendo a uma hipertensão arterial ligeira, moderada ou severa, respectivamente.¹

A HTA representa um importante problema de Saúde Pública em Portugal, com elevada morbi-mortalidade, sendo um factor de risco significativo do aparecimento de determinadas doenças cardiovasculares, tais como a doença vascular cerebral, doença coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença vascular periférica, entre outras.² O Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral constituem as principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal, sendo responsáveis por 32% do total de óbitos.^{1,3}

A prevalência de HTA na população portuguesa é de 26,9%, verificando-se um maior número de casos no género feminino (29,5%) em comparação com o masculino (23,9%), aumentando a prevalência com o avançar da idade. Dos 26,9 % de hipertensos diagnosticados, 35,6% da população apresenta a HTA controlada. As mulheres apresentam um maior controlo da HTA (37,4%) face aos homens (33,1%).⁴ Porém, no estudo PHYSA, verificou-se que dos 42,2% da população portuguesa era hipertensa. Desta população, 76,5% tinham conhecimento que sofriam de HTA, 74,9% estavam a ser tratados e, apenas 42,5% apresentava a sua pressão arterial controlada.⁵

Uma elevada adesão a uma terapêutica anti-hipertensora individualizada e eficaz, quando indicada e bem tolerada, é fundamental para o controlo da tensão arterial (TA) e, conseqüentemente, para a diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular. Esta terapêutica pode abranger, para além do tratamento farmacológico, a educação e intervenções no estilo de vida do doente, como por exemplo: implementação de dieta equilibrada, prática de exercício físico de forma regular e contínua, controlo do peso e a sua manutenção, redução do consumo de bebidas alcoólicas, restrição do consumo de sal e cessação do consumo do tabaco, entre outras.² Existem, ainda variáveis importantes a ser desenvolvidas em Medicina Geral e Familiar (MGF) para um melhor controlo dos utentes hipertensos, tais como a não prescrição de medicação potencialmente hipertensora, como os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), e a não realização de processos de cronoterapia que podem ajudar a controlar melhor as conseqüências da Hipertensão Arterial.⁶

A não adesão à terapêutica, ou pelo menos uma fraca adesão, é um dos factores que mais contribui para uma HTA descontrolada, aumento do risco cardiovascular e incremento dos custos em cuidados de saúde. A probabilidade de haver controlo da TA é cerca de três vezes superior nos doentes que aderem à terapêutica comparando com os não aderentes.⁷ Os doentes hipertensos devem, por isso, ser monitorizados frequentemente em consulta. A eficácia terapêutica resulta não só do trabalho dos profissionais de saúde com os utentes hipertensos, como também do grau do conhecimento que os doentes têm sobre esta patologia crónica, e o modo como a encaram e se adaptam à mesma.⁸

Desta forma, é crucial praticar uma Medicina Centrada no Paciente em MGF, que aposte na relação médico-doente, na comunicação com o utente, na informação e promoção da saúde, para que o resultado seja o de o doente se sentir mais habilitado, mais capaz de lidar com a doença, e aderir ao tratamento proposto.⁹ O indivíduo deve, assim, ser o centro do cuidado e não a doença.⁸

Nos Cuidados de Saúde Primários, a relação médico-doente e a empatia estabelecida durante a consulta é a “chave” para melhor capacitar o doente hipertenso.¹⁰ O termo “capacitação” foi referido pela primeira vez por *Howie et al.* e diz respeito ao ganho que o utente obtém numa consulta para melhor compreender e lidar com a sua doença.¹¹ Existem instrumentos que possibilitam avaliar e medir o resultado da consulta em função da capacitação conseguida, sendo um exemplo o questionário *Patient Enablement Instrument*, ou Instrumento de Capacitação do Doente.¹²

Do exposto, resulta a necessidade de melhor compreender a distribuição entre doentes com HTA controlada e doentes com HTA não controlada, bem como as variáveis determinantes para tal condição. Neste estudo, pretendemos averiguar se utentes hipertensos melhor capacitados, com elevada adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida em saúde, têm melhor controlo da HTA.

MATERIAIS E MÉTODOS

Colheita de Dados

Para esta dissertação foi realizado um estudo observacional e transversal com intenção analítica, tendo como amostra representativa os utentes que sofrem de HTA inscritos e seguidos em três unidades de saúde em MGF: Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão Magalhães e USF Cruz de Celas.

Após a obtenção das autorizações dos coordenadores das respectivas unidades, iniciou-se a colheita dos dados do dia 1 de Agosto até ao dia 30 de Novembro de 2017. A amostra global foi calculada para um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%.

Os dados foram obtidos através do preenchimento pelo utente de um formulário de recolha de informação (**Anexo 2**), contendo diversas questões.

O questionário *Morisky Medication Adherence Scale* de quatro itens (MMAs - 4 score) (**Tabela 1**), que pretende averiguar o grau de adesão à terapêutica, apresentava como alternativas de resposta: “Sim” (atribuída com a pontuação de 1) ou “Não” (atribuído com pontuação de 2).¹³ Para pontuações cuja soma era 0, foi definida como elevada adesão, enquanto que para resultados com pontuação de 1 ou 2 correspondeu a intermédia adesão; e a pontuação de 3 ou mais correspondeu a baixa adesão.

Tabela 1 – Questionário <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> de 4 itens	
a)	Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação?
b)	Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?
c)	Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?
d)	Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?

No questionário de Capacitação na HTA (CapHTA), os utentes eram convidados a responder a diversos tópicos (apresentados na **Tabela 2**), segundo a escala de *Likert* de 5 valores, sendo: 1 – Concordo Totalmente; 2 – Concordo Parcialmente; 3 – Sem Opinião; 4 – Discordo Parcialmente e, por fim, 5 – Discordo Totalmente. A pontuação do questionário é atribuída pela soma das pontuações das respostas. O valor abaixo da mediana definiu boa capacitação.

Tabela 2 – Questionário da Capacitação na Hipertensão Arterial (CapHTA)	
a)	Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.
b)	O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial.
c)	Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.
d)	Os medicamentos na hipertensão Arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.
e)	Os medicamentos na hipertensão apenas actuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.
f)	Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.

A escala EQ-5D corresponde a uma metodologia para determinar a qualidade de vida em saúde dos utentes hipertensos, sendo 0,785 o ponto de corte utilizado para diferenciar entre “Melhor” (<0,758) ou “Pior” (>0,758) qualidade de vida.

Por sua vez, os utentes eram também solicitados a responder sobre o seu género (Feminino ou Masculino), faixa etária (menor ou igual a 67 anos ou maior ou igual a 68 anos), formação académica, a toma de AINEs e, por fim, sobre a auto percepção do controlo da HTA nos últimos 6 meses. A última questão da folha sobre “Controlo da Tensão Arterial”, na qual a resposta poderia ser “Sim” ou “Não”, foi preenchida pelo profissional de saúde, consoante a

avaliação do valor da TA do utente no momento da consulta. Considerou-se HTA controlada quando a média das medidas correspondia a valores de PAS inferior a 140 mmHg e de PAD inferior a 90 mmHg. A medição dos valores da TA pelos profissionais de saúde neste estudo foi realizada em conformidade com as *Guidelines* de 2013 da *European Society Hypertension* para o Tratamento da Hipertensão Arterial.¹⁴

Na USF Topázio e USF Cruz de Celas, aquando do acto da inscrição do utente hipertenso na consulta de MGF, a administrativa do secretariado entregava as folhas de recolha de informação e solicitava o seu preenchimento previamente à realização da consulta de enfermagem. Todos os questionários apresentavam uma declaração de consentimento informado (**Anexo 1**), tendo sido respeitado quer o anonimato, quer a confidencialidade dos inquiridos. Porém, na UCSP Fernão Magalhães, devido à limitação de recursos humanos, era o investigador o responsável por proceder à distribuição das folhas de recolha de informação e solicitar o preenchimento das mesmas.

No contacto com a enfermagem, não só era realizada a medição da TA e antropometria, como também era efectuada uma análise pelo profissional de saúde das repostas no sentido de confirmar que todos os parâmetros foram devidamente percebidos e preenchidos.

Foram definidos como critérios de exclusão, a recusa do utente em participar e o analfabetismo, excepto nos casos em que o doente se fazia acompanhar por um familiar com grau de formação que o auxiliasse a preencher.

Análise Estatística

Para a descrição da amostra foi efectuada uma análise estatística descritiva, e para perceber as associações do controlo com as outras varáveis foi feita análise inferencial paramétrica e não paramétrica recorrendo às seguintes metodologias: teste do Qui-quadrado,

teste de U de *Mann-Whitney* e, após aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade da distribuição de variáveis numéricas, o teste t de student. Definiu-se $p < 0,05$ como um valor estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Caracterização/Análise descritiva da Amostra

A amostra é constituída por 207 indivíduos que sofrem de HTA, inscritos e seguidos em três unidades de saúde: USF Topázio, UCSP Fernão Magalhães e USF Cruz de Celas.

A população estudada é predominantemente do género feminino (53,6%), de idade maior ou igual a 68 anos (50,2%) e com baixa formação académica (inferior ou igual ao 6º ano de escolaridade) (66,2%).

Aplicando o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificou-se que a distribuição da idade é normal ($p=0,041$), assim como o tempo desde o diagnóstico de HTA e o EQVAS (ambos com $p<0,001$). A média de idades da população-alvo é de 67,49 anos e o desvio-padrão é de aproximadamente 9,98 anos, sendo a distribuição do teste é normal. Na **Tabela 1** podemos visualizar a distribuição da amostra pelas diversas variáveis: género, faixa etária, formação académica, toma de AINEs, auto-percepção do controlo da HTA, adesão à terapêutica, capacitação na HTA e Qualidade de Vida (EQ-5D).

Tabela 1 – Distribuição da amostra pelas diversas variáveis.

Análise Descritiva da Amostra		
Género	Feminino	111 (53,6%)
	Masculino	96 (46,4%)
Faixa Etária	Menor ou igual a 67 anos	103 (49,8%)
	Maior ou igual a 68 anos	104 (50,2%)
Formação Académica	Baixa	137 (66,2%)
	Média / Alta	70 (33,8%)
Toma de AINEs	Sim	34 (16,5%)
	Não	172 (83,5%)
Auto percepção de controlo da HTA	Sim	145 (70,0%)
	Não	62 (30,0%)
Adesão à terapêutica	Elevada	103 (49,8%)
	Intermédia	96 (46,4%)
	Baixa	8 (3,9%)
Capacitação na HTA	Boa capacitação	91 (44,0%)
	Pior capacitação	116 (56,0%)
Qualidade de Vida (EQ-5D)	Melhor (<0,758)	157 (75,8%)
	Pior (>0,758)	50 (24,2%)

É possível constatar que cerca de 34 indivíduos hipertensos (16,5%) encontravam-se medicados com AINEs no momento de consulta de MGF, por oposição aos restantes 172 utentes da amostra (83,5%).

Relativamente à auto-percepção de controlo da HTA, verifica-se que a maioria dos indivíduos (70%) refere que a sua TA esteve controlada nos últimos 6 meses, porém 30% dos inquiridos achavam que os seus valores da TA se situavam acima ou abaixo dos valores considerados normais.

No que concerne à adesão à terapêutica farmacológica da HTA (MMAS-4), observou-se que 49,8% da amostra apresenta elevada adesão à terapêutica, enquanto que 46,4% manifestam uma intermédia adesão, e apenas 3,9% apresentam uma baixa adesão.

Relativamente à Capacitação dos doentes com HTA, 116 indivíduos (56%) demonstram um nível baixo de capacitação, isto é, menor capacidade de entender a informação transmitida pelo clínico, bem como menor capacidade em lidar com a sua doença, enquanto que 91 inquiridos (44%) manifestaram boa capacitação.

Por fim, constatou-se que 157 utentes (75,8%) manifestam “melhor” qualidade de vida através do questionário EQ-5D, que possibilita a determinação de um índice representativo do valor do estado de saúde de um indivíduo.¹⁵ Contudo, 50 inquiridos (24,2%) demonstraram “Pior” qualidade de vida.

Correlação da população com ou sem controlo da HTA aferido pelo médico com as diversas variáveis

Tabela 2 – Correlação entre a população estudada com ou sem controlo da HTA e as respectivas variáveis

	Tipo de Resposta	HTA controlada	HTA não controlada	p
Género (*)	Feminino	80 (53,3%)	31 (54,4%)	0,509
	Masculino	70 (46,7%)	26 (45,6%)	
Faixa Etária (*)	Menor ou igual a 67 anos	67 (44,7%)	36 (63,2%)	0,013
	Maior ou igual a 68 anos	83 (55,3%)	21 (36,8%)	
Formação Académica (*)	Baixa	97 (64,7%)	40 (70,2%)	0,282
	Média / Alta	53 (35,3%)	17 (29,8%)	
Toma de AINEs (*)	Sim	26 (17,4%)	8 (14,0%)	0,359
	Não	123 (82,6%)	49 (86,0%)	
Auto percepção de controlo da HTA (*)	Sim	117 (78,0%)	28 (49,1 %)	<0,001
	Não	33 (22,0%)	29 (50,9%)	
Adesão à terapêutica (**)	Elevada	86 (57,3%)	17 (29,8%)	<0,001
	Intermédia	61 (40,7%)	35 (61,4%)	
	Baixa	3 (2,0%)	5 (8,8%)	
Capacitação na HTA (*)	Boa capacitação	72 (48%)	19 (33,3%)	0,040
	Pior capacitação	78 (52%)	38 (66,7%)	
Qualidade de Vida (EQ-5D) (*)	Melhor (<0,758)	112 (74,7%)	45 (78,9%)	0,327
	Pior (>0,758)	38 (25,3%)	12 (21,1%)	
Idade (***)	Média±dp	68,7±9,5	64,2±10,5	0,003
Tempo desde o diagnóstico (***)	Média±dp	12,7±8,8	13,4±9,2	0,597
EQ-VAS (***)	Média±dp	63,5±17,6	64,1±16,7	0,840

(*) χ^2 ; (**)U de Mann-Whitney; (***)t de student

Pela **Tabela 2** é possível constatar não haver associação entre o género e o controlo da HTA estabelecido pelo médico (p=0,509). Em relação à faixa etária verifica-se ser diferente o

controlo da TA, estando mais controlados os mais idosos, por oposição aos mais novos que estão menos controlados ($p=0,013$). Na população com HTA controlada, verificou-se que a média de idades era de 68,7, enquanto que 64,2 correspondia à média de idades da amostra com a HTA não-controlada ($p=0,003$). Deste modo, verificamos e podemos reforçar que são os mais idosos que apresentam melhor controlo da TA, face aos mais novos.

Entre haver ou não controlo da TA não se verificaram diferenças significativas para as variáveis formação académica ($p=0,282$) e toma de AINEs ($p=0,359$).

Na análise em função da auto-percepção de controlo da HTA e com diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) verifica-se que 117 indivíduos julgam ter a TA controlada (78%) nos últimos 6 meses, contra 33 que entendem ter a TA descontrolada (22%). Já no grupo da HTA controlada, 29 inquiridos julgam não ter a sua TA controlada (50,9%), contra 28 que julgam estar controlada (49,1%).

Quanto à adesão à terapêutica verifica-se significativa diferença, com menor adesão no grupo não controlo ($p<0,001$). Correlacionando ambas as variáveis, podemos verificar que na população com controlo da HTA, aproximadamente 57,3% dos doentes HTA manifestam uma elevada adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensora prescrita pelo médico. No entanto, em relação à amostra estudada sem controlo da HTA determinada pelo médico, observou-se que mais de metade (61,4%) tem uma adesão intermédia; 29,8% tem uma elevada adesão; e uma pequena parte (8,8%) apresenta baixa adesão.

A Capacitação na Hipertensão Arterial verifica-se ser significativamente pior nos não controlados ($p<0,001$).

Por último, não se constataram diferenças estatisticamente significativas na distribuição da qualidade de vida entre controlados e não controlados da HTA.

DISCUSSÃO

O nosso estudo visou a compreensão e integração das variáveis que podem determinar a optimização ou não do controlo da HTA e contribuir para qualidade de vida em saúde, bem-estar individual, familiar e social dos doentes hipertensos. A correcta determinação dos valores da TA revela-se crucial não só para o diagnóstico preciso da HTA, como também para a averiguação da existência ou não do seu controlo.¹⁴

Na amostra analisada podemos constatar que as variáveis género feminino (53,35%), população mais idosa (55,3%), e indivíduos que não tomam AINEs em conjunto com a medicação anti-hipertensora (82,6%), apresentaram melhores resultados no controlo da sua HTA, apesar da diferença não ser significativa. Além disso, verificou-se que a média de idades da população controlada foi de 68,7 anos, sendo superior em relação aos doentes com HTA não controlada. Deste modo, ficou demonstrado que os utentes mais novos apresentam menor controlo da sua TA, face aos mais velhos ($p=0,003$). Resultados semelhantes foram obtidos em diversos estudos publicados, nos quais se observou associação entre o género ou a faixa etária e os indivíduos com valores controlados de TA.^{3, 5, 6} No estudo de *Santiago, et al* (em 2013), verificou-se que, dos pacientes com HTA controlada, a esmagadora maioria (96,2%) não realizou a toma conjunta de AINEs.⁶

No nosso estudo apurou-se que a maioria dos doentes com HTA não controlada possuía uma menor formação académica, apesar de não ser significativamente diferente em relação aos que tinham a HTA controlada. De igual forma, na análise produzida por *McNaughton, et al.* (em 2014) foi possível demonstrar correlação entre a baixa escolaridade e o menor número de casos com TA controlada, ou seja, quanto maior o número de pessoas com baixa literacia, maior o número de casos com a HTA não controlada.¹⁶ Por sua vez, no estudo de *Pandit, et al.* (em 2009), constatou-se que aqueles que apresentavam menor grau de formação, tinham menor conhecimento da doença e do seu tratamento e evidenciavam grande

risco de não ter a sua HTA sob controlo.¹⁷ Resulta deste modo fundamental formar as pessoas que sofrem de HTA, de modo a capacitá-las para um melhor controlo da TA.

Considerando a auto-percepção dos doentes hipertensos sobre a sua condição, foi possível evidenciar, com significância estatística ($p < 0,001$) que, na generalidade, aqueles que julgam ter a sua HTA controlada nos últimos 6 meses, efectivamente apresentam os seus valores dentro da normalidade. Porém, em doentes com a HTA não-controlada, constatámos que os doentes não têm uma compreensão adequada. Segundo *Yu Ko, et al.* (em 2013), o facto de uma parte dos hipertensos não saberem que a HTA não tem cura, de que quase sempre é assintomática e que existe a necessidade de elevada adesão e manutenção da terapêutica e a estilos de vida saudáveis, pode culminar não só numa fraca adesão, como num pior controlo da HTA.¹⁸

No nosso estudo observou-se que a maioria dos doentes com elevada (57,3%) ou intermédia adesão à terapêutica (40,7%) apresentavam a sua HTA controlada, com significância estatística. O termo *Adherence*, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), respeita ao comportamento do doente em relação à toma da medicação, realização de dieta e manutenção dos estilos de vida saudáveis que correspondem às recomendações acordadas com o profissional de saúde.¹⁹ Porém, na amostra objecto do presente estudo, efectuado com recurso ao MMA-4s, apenas foi tomado em consideração a atitude dos utentes na toma dos medicamentos, tendo sido possível aferir a existência diversos comportamentos como: esquecimento, descuido, interrupção quando se sente melhor ou pior. A não adesão à terapêutica é um dos factores que mais contribuiu para o descontrolo da HTA. Contudo, verifica-se enorme dificuldade para atingir uma elevada adesão à terapêutica por parte dos doentes (com 42,7% da amostra a apresentarem média ou baixa adesão), uma vez que existem diversos factores que podem condicionar para a fraca ou não adesão à terapêutica farmacológica anti-hipertensora: factores relacionados com o doente (não aceitação da

condição, pouca compreensão da sua condição, falta de motivação e esquecimento); com o médico (informação inadequada e não individualizada, pouca compreensão da condição do doente, instruções inadequadas sobre a monitorização da TA no domicílio, pouco envolvimento do doente na decisão terapêutica e falha na alteração da terapêutica para atingir objectivos terapêuticos); e, por fim, factores derivados da terapêutica (complexidade do regime terapêutico e efeitos adversos).⁷

Nesta amostra foi possível evidenciar uma associação estatisticamente significativa entre a capacitação na HTA e o controlo efectivo da HTA ($p=0,040$). Ficou demonstrado que os doentes com a HTA não-controlada apresentam pior capacitação (66,7%). Segundo *Reis, et al* (em 2015), ao implementarmos, durante a consulta, um método clínico centrado no paciente, que reforce a empatia, comunicação e a promoção em saúde, tal pode culminar em resultados satisfatórios, isto é, o doente sente-se mais habilitado e capaz de lidar com a vida e as suas doenças.⁹ De acordo com a análise *Mercer, et al.* (em 2012), existe uma correlação positiva entre a percepção do paciente em relação à empatia do seu médico e o grau de capacitação.¹⁰ A maior duração da consulta e a continuidade dos cuidados e da relação médico-doente são também aspectos da consulta em MGF que podem incrementar a capacitação da pessoa sofrendo de Hipertensão Arterial.^{11, 20} Destes achados, conclui-se que é fundamental o médico garantir que a informação e explicação terapêutica transmitida ao doente na consulta foram por este plenamente compreendida, devendo cada médico orientar a sua consulta de foi eficaz nas áreas sentidas como menos percebidas pelos utentes, evitando desperdiçar tempo com actividades que não se traduzem em ganhos para o utente.

De acordo com a nossa análise, verificou-se não existir relação entre a Qualidade de Vida em Saúde, medida e determinada pela aplicação do EQ-5D, e o controlo da HTA medido pelo médico com significância estatística ($p=0,327$). Não foi possível, assim, demonstrar que

as pessoas com HTA controlada vão apresentar, efectivamente, melhor qualidade de vida em Saúde.

Apesar da importância dos nossos achados, impõe-se mencionar que o presente estudo revela algumas limitações. Desde logo, a amostra utilizada não apresenta as dimensões ideais, atenta a limitação temporal para a sua realização. Caso a amostra fosse maior e mais abrangente em termos territoriais, maior seria o poder estatístico. Podemos considerar outras limitações importantes, como o facto de a medição dos valores da TA pelos profissionais de saúde ter sido efectuada com dispositivos diferentes e, além disso, não ter existido a possibilidade de averiguar se a medição estava ou não a ser realizada de acordo com a *Guidelines* da Sociedade Europeia da HTA, de 2013. A título de exemplo, saliente-se a análise de Levy, *et al.* (em 2016), segundo a qual se verificou que 96% das medições obtidas pelos enfermeiros (as) eram efectuadas sem o tempo de espera recomendado entre o momento em que o doente se senta até ao momento de início da medição; e 56% reportaram que apenas foi efectuado uma única medição. A fraca ou não adesão às recomendações da medição, segundo as *Guidelines* supra-referidas, pode afectar a validade dos valores obtidos pelo clínico no Centro de Saúde, afectando significativamente as decisões terapêuticas.²¹ Além disso, durante o preenchimento dos diferentes questionários pelos doentes pode ter existido diversos factores de enviesamento, nomeadamente o da memória, oportunidade ou atenção. Igualmente o tipo de aparelhos utilizados pode ser fonte de diferenças como foi anteriormente demonstrado com a verificação do que o DINAMAP tem resultados significativamente mais altos que o anaeróide ou o de coluna de mercúrio.²² Por último, é de salientar que não foi estudada a existência ou não de lesões de órgão-alvo nos doentes hipertensos, o que resulta numa importante limitação atendendo que pode influenciar o resultado das variáveis em estudo. Tal não foi feito por receio da introdução do viés de classificação, pois o Enfarte Agudo do Miocárdio, o Acidente Isquémico Transitório ou mesmo Acidente Vascular

Cerebral, a Doença Arterial Periférica, bem como a Insuficiência Renal Crónica, pode ser de tal forma assintomáticos ou semiológicos que levem a passar despercebidos e, como tal, não serem diagnosticados.

Assim sendo, torna-se necessário produzir estudos mais alargados e controlados no sentido de conduzir a uma avaliação mais precisa das variáveis que nos propusemos analisar, de forma a ultrapassar as limitações surgidas.

CONCLUSÃO

O controlo da HTA está associado a uma melhor capacitação pelos utentes ($p=0,040$), a uma maior auto-percepção do controlo ($p<0,001$) e a uma melhor adesão à terapêutica ($p<0,001$). Porém, não se verificaram diferenças de Qualidade de Vida em saúde, entre os controlados e não controlados. Por isso, tanto ou mais importante do que prescrever medicamentos, é determinante no controlo da HTA a capacitação das pessoas com HTA, fornecendo-lhes a precisa noção deste factor de risco e fomentando a adesão à terapêutica.

No entanto, mais estudos com recurso a amostras de maior e mais abrangente dimensão deverão ser realizados para reforçar as conclusões estabelecidas e averiguar se existe correlação entre as variáveis em que não foi obtida significância estatística, bem como determinar os valores de corte mais precisos para verificar os resultados.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a toda a equipa que contribuiu para elaboração deste estudo. Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela sua constante disponibilidade, pela orientação e pelos seus preciosos conhecimentos transmitidos durante a realização desta Tese de Mestrado. À minha co-orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, pela orientação, saber e apoio incansável.

Aos Coordenadores, profissionais de saúde e funcionários das USF Topázio, UCSP Fernão Magalhães e USF Cruz de Celas, pelo precioso auxílio durante todo o processo de distribuição e recolha dos questionários, que resultou numa ajuda fundamental para a realização deste trabalho.

Não posso, igualmente, deixar de reconhecer o papel crucial e de agradecer às minhas colegas e amigas Kristina Hundarova, Isabel Sampaio Graça e Ana Cristina Gonçalves, bem como ao meu irmão André Nuno Pereira pela presença constante em todas as etapas e, cuja força, companheirismo e apoio foram essenciais.

Por fim, quero registar um agradecimento especial aos meus pais, que sempre me apoiaram e incentivaram em todo o meu percurso académico e, mais uma vez, me ajudaram a enfrentar este desafio. Sem dúvida que são merecedores deste reconhecimento, pelo seu amor incessante e apoio incondicional.

Grato por tudo!

BIBLIOGRAFIA

1. George HM. Hipertensão Arterial: definição e classificação. *Direção-Geral da Saúde*. 2013;1-6.
2. Direção Geral de Saúde. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. *Norma da Direção Geral Saúde*. 2011;026/2011:1-14. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>.
3. Macedo ME de, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2007;26(1):21-39.
4. Macedo M, Ferreira R. A Hipertensão Arterial em Portugal 2013. *Direção-Geral da Saúde*. 2013:36.
5. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. *J Hypertens*. 2014;32(6):1211-1221.
6. Santiago LM, Pereira C, Botas P, et al. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Rev Port Cardiol*. 2014;33(7-8):419-424.
7. Kleef MEAM Van, Spiering W. Hypertension : Overly important but under-controlled. 2017.
8. Europa W. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Society*. 2005:511-516.
9. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. *Rev ADSO*. 2015;5(5):19-32. http://adso.com.pt/revadso/article/view/30/pdf_8.

10. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):6.
11. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Maxwell M. General practice survey. 1999;319(September).
12. Pinalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument Portuguese Translation of the Patient Enablement Instrument. 2013;2013(2):18-22.
13. Tan X, Tan X, Candidate PD, et al. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). 2014;5(3).
14. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. 2014.
15. Euroqol G, Vida Q De. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. 2013:664-676.
16. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns.* 2014;96(2):165-170.
17. Pandit AU, Tang JW, Cooper S, et al. Patient Education and Counseling Education , literacy , and health : Mediating effects on hypertension knowledge and control. 2009;75:381-385.
18. Ko Y, Balasubramanian TD, Wong L, et al. Health literacy and its association with disease knowledge and control in patients with hypertension in Singapore. *Int J Cardiol.* 2013;168(4):167-168.

19. Lo To. Adherence to long-term therapies World Health Organization 2003.
20. Zyoud H, Al-jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension : A cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2012;168(3):2981-2983.
21. Levy J, Gerber LM, Wu X, Mann SJ. Nonadherence to Recommended Guidelines for Blood Pressure Measurement. 2016;18(11):1157-1161.
22. Penetra J, Rodrigues M, Santiago LM e Gomes I. Medição de Pressão Arterial por Dinamap vs Esfigmomanómetro de Mercúrio e vs Anaeróide – um estudo observacional:Podemos confiar no DINAMAP? *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular* 2015(49):10-14.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

Adesão à Terapêutica, Capacitação, Qualidade de Vida: Relação com o controlo da Hipertensão Arterial

Caro utente.

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito da Dissertação para obtenção do grau de Mestre pelo aluno Pedro Nuno Sousa Pereira e tem como objectivo avaliar a capacitação e a adesão à terapêutica dos doentes diagnosticados com Hipertensão Arterial.

Os materiais utilizados são: “Questionário de Capacitação dos Doentes que sofrem de Hipertensão Arterial”, “Questionário *Morisky Medication Adherence Scale* de 4 items” e “EQ-5D-3L”.

Os métodos utilizados inserem-se num estudo observacional, transversal por aplicação de inquérito a doentes que sofrem Hipertensão Arterial.

A participação é totalmente voluntária, podendo o utente interromper a realização do inquérito a qualquer momento. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo. A entrega do questionário preenchido pelo utente ao investigador pressupõe o consentimento para que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.

Pedro Nuno Sousa Pereira

Discente do Mestrado Integrado em Medicina

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Assinatura do participante: _____

Anexo 2 – Formulário de recolha de informação

Questionário

- 1) **Género:** Feminino Masculino
- 2) **Idade:** _____ anos
- 3) **A mais alta escolaridade / formação académica:**
- 4º ano 6º ano 9º ano
- 12º ano Ensino Superior
- 4) Há quanto tempo é hipertenso? _____
- 5) Neste momento, está a tomar anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) (Exemplos: Brufen®; Voltaren®)?
- Sim Não
- 6) Acha que nos últimos 6 meses a sua tensão arterial esteve controlada?
- Sim Não
- 7) Tendo em conta as seguintes questões apresentadas, assinale com uma cruz (assim “X”) a opção “Sim” ou Não”, **quanto aos medicamentos para a Tensão Arterial:**

	SIM	NÃO
a) Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
b) Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?		
c) Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
d) Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de tomar a sua medicação?		

8) Responda às perguntas da tabela com uma cruz (assim “X”) de acordo com a legenda seguinte:

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Os medicamentos na hipertensão apenas actuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Sem opinião	Discordo parcialmente	Discordo totalmente

9) Assinale com uma cruz (assim “X”), uma opção de cada um dos seguintes grupos, indicado qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

➤ **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho de estar na cama

➤ **Cuidados Pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim
- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

➤ **Actividades Habituais** (exemplo: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais

➤ **Dor / Mal-Estar**

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

➤ **Ansiedade / Depressão**

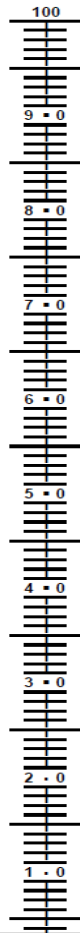
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

➤ **Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:**

- Melhor
- O mesmo
- Pior

➤ Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde

O seu estado de saúde hoje	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">O melhor estado de saúde imaginável</div>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">O pior estado de saúde imaginável</div>
-----------------------------------	--

10) Controlo Tensão Arterial (deve ser preenchido pelo profissional de saúde):

Sim

Não

Grato pela sua participação!