



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOSÉ PIMENTEL MAIA

***Adesão à terapêutica não farmacológica na Hipertensão
Arterial em Portugal em Cuidados de Saúde Primários***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

BEATRIZ ROSENDO SILVA

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

FEVEREIRO/2023

Adesão à Terapêutica não Farmacológica na HTA em Portugal em Cuidados de Saúde Primários

TRABALHO FINAL COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO
ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA

Autores e Afiliações

José Pimentel Maia ¹

Beatriz Rosendo Silva ^{1,2}

Inês Rosendo ^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² UCSP Figueira Sul — ACES Baixo Mondego, Coimbra, Portugal

³ USF Coimbra Centro — ACES Baixo Mondego, Coimbra, Portugal

Morada institucional

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Pólo III – Ciências da Saúde
Azinhaga de Santa Comba, Celas 3000-548 Coimbra | Portugal
Telefone +351239857700 | Fax. +351239857746

Email: josepmaia@gmail.com

ÍNDICE

ÍNDICE	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS	9
INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS	12
Desenho do estudo	12
Seleção dos participantes	12
Recolha de dados	13
Análise de dados	13
RESULTADOS	14
1. Definição de HTA e estratégias para o seu controlo	14
2. Preferência por terapêutica não farmacológica vs. farmacológica	16
3. Hábitos de consumo de sal	18
3.1 Perceção do consumo de sal	18
3.2 Papel da família	18
3.3 Papel dos serviços de saúde	19
3.4 Proposta de estratégias modificadoras de hábitos	20
4. Hábitos de atividade física	22
4.1 Papel dos serviços de saúde	22
5. Outras estratégias sugeridas e comentários	23
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	28
AGRADECIMENTOS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	34
ANEXO I – GUIÃO UTILIZADO NAS SESSÕES COM OS UTENTES	34
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO	36
ANEXO III – FORMULÁRIO UTILIZADO PARA A RECOLHA DE DADOS SOBRE OS PARTICIPANTES	41
ANEXO IV — PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO	43

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial apresenta uma prevalência crescente, representando um desafio de saúde pública global, com uma prevalência estimada em Portugal de 36%. Esta patologia exige um tratamento farmacológico e não farmacológico, impondo o desafio da mudança de hábitos dos utentes. A nível não farmacológico, são escassos os estudos que focam a opinião do doente sobre a adesão à terapêutica. **Objetivos:** Identificar os obstáculos à adesão à terapêutica não farmacológica na Hipertensão Arterial e quais as melhores estratégias para a aumentar, segundo utentes portugueses com Hipertensão Arterial seguidos nos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Estudo qualitativo composto por 3 *focus groups online* com utentes adultos com Hipertensão Arterial, de diferentes regiões do país, recrutados pelos seus médicos de família. Os dados foram recolhidos durante os *focus groups* gravados, utilizando um guião. Após transcrição, os dados foram analisados por análise de conteúdo através do programa MAXQDA®2022. Foram recolhidas variáveis sociodemográficas por questionário *online*.

Foi obtido o consentimento informado escrito dos participantes e o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro. Foram seguidas as recomendações COREQ.

Resultados: Amostra de conveniência constituída por 22 utentes com Hipertensão Arterial, com média de 60 anos (mínimo: 40 e máximo: 82), tendo a maioria escolaridade igual ou inferior ao 12º ano (54,6%). Os utentes referiram barreiras à adesão, incluindo fatores externos — stress, falta de tempo ou recursos, falta de controlo sobre o modo de confeção, emprego sedentário — e fatores internos — falta de motivação, comodidade da toma de fármacos em comparação com a mudança de hábitos.

Foram propostas medidas para o aumento da adesão, como a promoção de workshops de confeção de alimentos com pouco sal, o aumento de legislação acerca da restrição de sal em diversos produtos e na restauração, a alocação de nutricionistas e psicólogos nos Cuidados de Saúde Primários e o apoio à mensalidade de ginásios mediante prescrição pelo médico de família.

Discussão: Este estudo identificou barreiras à adesão à terapêutica sentidas pelos hipertensos portugueses, que ainda não estavam descritas na literatura nacional, como a falta de motivação e de recursos para uma melhor adesão, indiciando uma possível

perceção desfasada sobre a adesão à terapêutica. Foram reunidas propostas para colmatar estas barreiras.

A principal limitação foi a amostra compor-se de doentes seguidos por médicos de família cuja literacia é elevada, pelo que pode não representar todos os hipertensos portugueses.

Conclusão: Este estudo foi o primeiro a reunir a perspetiva dos utentes com HTA sobre a adesão à terapêutica não farmacológica em Portugal, permitindo identificar possíveis estratégias para a aumentar, que poderão ser estudadas e testadas em Cuidados de Saúde Primários em Portugal, no futuro.

Palavras-chave: Hipertensão arterial (HTA), Terapêutica não farmacológica, *Focus group*, Adesão à Terapêutica

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension has an increased prevalence, representing a global public health challenge, with an estimated prevalence in Portugal of 36%. This pathology demands both pharmacological therapy and lifestyle modifications, commanding the challenge of changing the habits of patients. There is a scarcity of qualitative studies in Primary care in Portugal that focus on patients' views on therapy adherence. **Objectives:** To identify the obstacles to patient adherence to lifestyle modifications in Arterial Hypertension and assemble the best strategies to increase it, according to Portuguese patients with this disease.

Methods: Qualitative study composed of 3 focus groups with adult patients with Arterial Hypertension of different regions of Portugal, recruited by family doctors. The data were collected during the recorded focus groups, using a script. After the transcription of the focus groups, the data were analyzed by content analysis, using the program MAXQDA®2022. Socio demographical variables were collected via an online form.

The written informed consent of the participants was obtained, and the study was approved by the *ARS Centro* Ethics Committee. The COREQ recommendations were followed.

Results: Convenience sampling was used to select 22 participants with Arterial Hypertension, with a mean of 60 years (minimum: 40, maximum: 82) The majority had completed the 12th grade or less (54.6%). The patients mentioned obstacles to therapy adherence related to external factors — stress, lack of time or resources, lack of control over cooking the meals, having a sedentary job — and internal factors — lack of motivation, ease related to taking medication compared to changing habits.

Strategies to increase adherence were proposed, such as the organization of workshops that teach how to cook healthy, the extension of laws to limit the amount of salt in foods and restaurants, the presence of nutritionists and psychologists in Primary Care settings and subsidies to prescribed gym memberships.

Discussion: This study identified obstacles to therapy adherence felt by Portuguese patients with Arterial Hypertension, not yet described in national literature, namely the lack of motivation and resources for better adherence, as well as indications of inaccuracy in perception of such adherence. Suggestions to overcome these obstacles were collected.

The sample was composed of patients who were followed by their family doctor and had high level education, representing the main limitation of this study.

Conclusion: This study was the first to collect the perspectives of patients with Arterial Hypertension about nonpharmacological therapy adherence in Portugal, enabling the recognition of strategies to increase it, which can be further studied and tested in Primary Care in Portugal in the future.

Keywords: Arterial Hypertension, Nonpharmacological therapy, Focus group, Treatment Adherence

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC — Acidente Vascular Cerebral

CSP — Cuidados de Saúde Primários

EAM — Enfarte Agudo do Miocárdio

EF — Exercício Físico

FA — Fibrilhação Auricular

HTA — Hipertensão Arterial

IC — Insuficiência Cardíaca

MF — Médico de Família

INTRODUÇÃO

Pela sua prevalência (36% em Portugal¹) e complicações, a Hipertensão Arterial (HTA) é uma patologia extensamente estudada, com vista à sua maior compreensão, melhoria de tratamento e prevenção^{2,3}. Porém, apesar de todo o investimento e dispêndio de recursos, a sua prevalência tem vindo a aumentar⁴ e o seu controlo, apesar de melhorias sustentadas, é ainda insuficiente⁵.

Estima-se que seja responsável por 12.8% das mortes anualmente⁶, por constituir um fator de risco importante para patologias como a Fibrilhação Auricular (FA), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a Insuficiência Cardíaca (IC)⁷⁻¹⁰.

Esta realidade evidencia a necessidade de pesquisa e identificação de fatores que possam estar a impedir uma melhoria mais rápida da prevenção e controlo desta patologia, bem como a adequação da abordagem terapêutica às particularidades de cada país e comunidade.

Neste contexto, a terapêutica não farmacológica mostrou ser eficaz no controlo da HTA, assentando essencialmente em 5 pilares: redução do consumo de sal, prática de atividade física regular, moderação do consumo de álcool, redução de peso e dieta rica em fruta e vegetais^{3,11-14}.

O presente estudo incidiu particularmente sobre a redução do consumo de sal e a prática regular de exercício físico (EF). A redução do consumo de sal contribui para o controlo da HTA, a diminuição da mortalidade cardiovascular e do risco de doença renal^{11,15,16}. O EF, por sua vez, é eficaz a controlar a HTA^{17,18}, a reduzir a morbimortalidade cardiovascular¹⁹ e a melhorar a qualidade de vida²⁰, mas tem uma taxa de adesão muito baixa²¹, pelo que é essencial a identificação das principais barreiras a uma maior adesão.

Porém, escasseia informação relativamente às dificuldades na adesão a este tipo de terapêutica e quanto às melhores estratégias disponíveis para ultrapassá-las, que devem ser devidamente moldadas às diferentes populações com menor representação nos estudos internacionais, como a portuguesa.

O presente estudo tem como objetivo perceber a perspetiva de utentes portugueses com HTA sobre os entraves à adoção de terapêutica não farmacológica, com o intuito

de identificar diferentes estratégias para ultrapassar estas dificuldades, na população portuguesa.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este trabalho trata-se de um estudo qualitativo constituído por 3 *focus groups online* com cerca de 1 hora de duração. O estudo foi desenhado por 2 investigadores com experiência em metodologia qualitativa, um dos quais desempenhou o papel de moderador. O guião utilizado pelo moderador (Anexo I) foi construído após revisão da literatura atual e revisto por 2 investigadores com experiência em moderação. Este foi validado linguisticamente com 10 utentes hipertensos de Cuidados de Saúde Primários (CSP) numa unidade de Saúde, previamente à realização dos *focus groups*.

O guião é composto por perguntas de resposta aberta, que os participantes foram convidados a discutir entre si. Foi utilizada uma plataforma *online* para facilitar a participação de utentes de diferentes regiões do país, incluindo ilhas.

Os investigadores não conheciam os participantes.

Seleção dos participantes

O estudo foi divulgado através de *e-mails* enviados entre os dias 1 de junho de 2022 e 22 de julho de 2022 a médicos de família (MF) de várias zonas do país (urbanas, rurais e das diferentes regiões de Portugal Continental e ilhas) através de *mailing list* de MF portugueses. Os clínicos que aceitaram participar, não envolvidos no restante estudo, procederam ao recrutamento de participantes nos seus centros de saúde, com o objetivo de se criar uma amostra variada. Foi obtida uma amostra de conveniência, com os participantes organizados em 3 *focus groups* e selecionados de acordo com características de idade, género e educação formal, para se obter o máximo de variedade.

Os critérios de inclusão foram a idade adulta e presença de HTA diagnosticada. Não foram introduzidas quaisquer outras limitações de sexo ou comorbilidades.

O primeiro *focus group* confirmou a viabilidade do estudo e o número de *focus groups* foi determinado pela saturação de respostas.

Nenhum benefício financeiro foi dado aos participantes.

Recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada durante os 3 *focus groups* realizados e gravados via *Zoom*, após consentimento informado assinado de todos os participantes (Anexo II). Foi usado um guião formado por perguntas abertas, desenhado para explorar com os participantes os principais tópicos relacionados com o estudo: definição de HTA e estratégias para o seu controlo, cumprimento da terapêutica não farmacológica, hábitos de consumo de sal, o papel da família e dos serviços de saúde na adesão à terapêutica não farmacológica e propostas de estratégias modificadoras de hábitos alimentares e de atividade física (Anexo I).

Dados adicionais sobre os participantes foram recolhidos através de um formulário *online* enviado após a realização dos *focus groups*, contendo os seguintes campos de informação: idade, sexo, área de residência, tipo de espaço geográfico, agregado familiar, grau de escolaridade, profissão e tempo decorrido desde o diagnóstico de HTA (Anexo III). Os participantes consentiram no tratamento dos seus dados e opiniões emitidas nos *focus groups*, tal como na gravação destes, e foram informados de que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento.

Posteriormente, as gravações das sessões foram transcritas e destruídas, de forma a garantir a anonimização dos diálogos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo IV).

Na elaboração deste estudo, foram considerados os princípios de elaboração de investigação qualitativa por *focus groups*, através de critérios e padrões de qualidade e transparência já definidos: *COREQ*²² (*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*) e *Standards for Reporting Qualitative Research*²³.

Análise de dados

A análise qualitativa dos dados transcritos foi feita com recurso ao software MAXQDA® 2022, entre 20 de dezembro de 2022 e 5 de janeiro de 2023.

Os dados foram analisados por dois investigadores por comparação e consenso posterior. A informação foi classificada e analisada por análise de conteúdo com o objetivo de identificar os principais temas, que maioritariamente corresponderam às perguntas do guião. A análise foi revista por um terceiro investigador.

RESULTADOS

As características sociodemográficas, profissionais e de patologia da amostra encontram-se descritas na Tabela 1.

Amostra de conveniência constituída por 22 utentes com HTA, com média de idades de 60 anos (mínimo: 40 e máximo: 82). Dos participantes, 11 eram do sexo feminino (50%), 18 habitavam em áreas urbanas (81,8%). A profissão mais representada foi a de professor (5 participantes — 22,7%). A maioria dos participantes obteve grau de escolaridade igual ou inferior ao 12º ano (12 participantes — 54,6%), 7 completaram a Licenciatura, 2 o Bacharelato e 1 o Doutoramento. O tempo médio decorrido desde o diagnóstico de HTA foi de 12 anos (2-40 anos).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

Sexo	Masculino	11 (50.0%)
	Feminino	11 (50.0%)
Idade (anos)	60 (41 — 82)	
Área de Residência	Norte	5 (22.7%)
	Centro	8 (36.4%)
	Sul	7 (31.8%)
	Ilhas	2 (9.1%)
Tipo de espaço geográfico	Urbano	18 (81.8%)
	Rural	4 (18.2%)
Nº de pessoas do agregado familiar	1	5 (22.7%)
	≥ 2	17 (77.3%)
Grau de escolaridade	12º ano ou menos	12 (54.6%)
	Bacharelato	2 (9.1%)
	Licenciatura	7 (31.8%)
	Doutoramento	1 (4.5%)
Tempo desde o diagnóstico de HTA (anos)	12 (2 — 40)	

1. Definição de HTA e estratégias para o seu controlo

Os participantes oscilaram entre considerar a HTA uma doença predominantemente assintomática e referir sintomas como cefaleias e mal-estar, mas foram unânimes no reconhecimento da relevância das suas potenciais consequências e na identificação das mesmas. Descreveram também uma grande variabilidade de fatores predisponentes, que se coadunam com a natureza multifatorial da HTA (Quadro 1). A definição concreta de HTA variou consoante os grupos entre uma definição mais fisiopatológica (“esforço do coração”), mais prática (“valores acima da média”) ou mais relacionada com sintomas e complicações.

Em relação a estratégias não farmacológicas para controlar a HTA, a promoção de uma vida saudável assente na alimentação variada, com pouco sal, e o EF foram repetidamente abordados. Para além disso, a evicção tabágica, alcoólica e do stress psicológico do quotidiano foi também referida.

Quadro 1 – Definição e impacto da HTA e estratégias para o seu controlo pelos utentes

<u>Categoria</u>	<u>Citação</u>
Definição	“É grave” “É ter os valores acima da média” “É quando o coração faz mais esforço para o sangue percorrer o corpo” “É o aceleração do coração e ter mais dores de cabeça”
Causas	“Stress do meu dia a dia” “O grande problema (...) chama-se escola (...) e café” “Normalmente é mais provocada pela alimentação e pela falta de exercício físico” “Tiveram uma suspeita que fosse derivado de um feocromocitoma” “Problema hereditário, porque a minha avó materna e a minha mãe (...) o meu avô paterno e o meu pai eram todos hipertensos”
Sinais e sintomas	“Quando tinha a tensão alta 21/12 (...) não senti nada” “Quando sinto a cabeça esquisita, vou ver e tenho a tensão alta” “Parecem duas mãos a apertar” “Fortes dores de cabeça na zona da nuca e isso coincidiu com a altura da menopausa” “Eu não me sinto bem com a tensão alta e pronto”
Impacto na vida	“Já tive de sair de restaurantes por causa de me sentir tão mal, parecia que a minha cabeça ia rebentar” “Tensão alta é stressante, quando nós falamos [sobre ela] vamos a perceber que a nossa tensão está a subir”
Medos e receios	“Pode dar problemas graves”
Medidas não farmacológicas para controlo da HTA	“Controlo do peso” “Cuidado com a alimentação” “Evitar o sal” “Reduzir só para 2 cafés” “Dormir bem” “Praticar desporto” “Beber muita água” “Não ter muito stress”

2. Preferência por terapêutica não farmacológica vs. farmacológica

Todos os participantes, exceto um — que destacou a simplicidade que a toma de um medicamento fornece ao controlo da HTA —, mostraram uma marcada preferência pela terapêutica não farmacológica, por diversas razões (Quadro 2), afirmando ainda que o seu MF transmitia uma mensagem semelhante. Nesse aspeto, os participantes foram unânimes, com exceção de um participante que refere pouco contacto com o seu médico.

Na sua visão sobre se o diagnóstico de HTA e aconselhamento subsequente os levaram a alterar algum hábito (terapêutica não farmacológica bem-sucedida), houve uma maior divisão, ainda que com uma marcada prevalência de resposta afirmativa — mudança na alimentação, particularmente na quantidade de sal ingerido, e na prática de EF.

Os hábitos que não alteraram foram maioritariamente atribuídos a impossibilidade por conta de constrangimentos da vida familiar ou laboral (Quadro 2) e, por vezes, a falta de motivação.

Quadro 2– Terapêutica farmacológica vs não farmacológica

<u>Categorias</u>	<u>Citações</u>
Preferência farmacológico vs não farmacológico	<p>“Tenho por princípio evitar tomar medicamentos”</p> <p>“[Prefiro] mudar um hábito”</p> <p>“Para mim é mais fácil tomar um comprimido de manhã e não pensar mais na tensão”</p> <p>“A medicação que eu tomo para a hipertensão, eu não gosto dela”</p> <p>“Estou de acordo que o ideal seria [mudar hábitos], mas tenho pouco tempo (...), portanto sou adepto da medicação”</p>
O que o MF valoriza mais	<p>“O meu médico disse logo que eu tinha de mudar os meus hábitos alimentares (...) e depois então a medicação podia ajudar”</p> <p>“A minha médica ao mesmo tempo que passa a medicação da tensão arterial alerta-me para o que é um estilo de vida saudável!”</p> <p>“A minha enfermeira foca mais a questão dos hábitos alimentares e do estilo de vida sem dúvida, está sempre a falar disso”</p> <p>“O meu médico deu as informações todas para eu mudar os hábitos”</p>
Mudança efetiva de hábitos	<p>“Eu, foi o tabaco”</p> <p>“A nível alimentar mudei muita coisa, (...) tudo o que eu gostava era mau pelos vistos”</p> <p>“Hábitos alimentares tenho mudado muito, não só do que se come, mas da forma que se cozinha”</p> <p>“Aprendi a comer a fruta como se fosse uma salada: laranja, maçã, tangerina, manga misturadas com esparguete ou com arroz ou com carne, o que evita muito na minha opinião. Nota-se menos a falta de sal”</p> <p>“Comecei a fazer caminhadas 1 hora por dia”</p> <p>“Faço bastante exercício. Corro 6 vezes por semana em média entre 10 e 15 km”</p> <p>“Comecei a fazer exercício aos 53 anos. Faço uma média regular de exercícios e sei que só por isso consigo controlar a tensão”</p> <p>“Sal zero, exercício físico praticamente 3 vezes por semana vou nadar (...). Como peixe, legumes, frutas, cereais. A carne é assim uma vez ou duas por mês”</p> <p>“Fazer tudo nas calmas, <i>relax</i>. Deixei de trabalhar há 20 anos, de maneira que é tudo nas calmas”</p> <p>“Tento mudar estar mais tranquila, mais calma. Controlar a minha ansiedade e lidar melhor com os picos de stress”</p> <p>“Reduzi o café”</p> <p>“Tive que ajustar o meu sono”</p>
Ausência de mudança de hábitos	<p>“Eu não consigo mudar os meus hábitos alimentares (...), porque eu como o que gosto. Só por isso, nada mais”</p> <p>“Mas, hoje em dia, o esforço que nós temos que fazer [para mudar um hábito] ..., os nossos empregos são um bocado sentados à secretária, é muito mais difícil conseguir usar os métodos naturais”</p> <p>“Eu chego ao trabalho às 6h da manhã e saio às 19h30. Vou almoçar e jantar fora (..), faço karaté quando posso (...) e acaba por ser mais fácil tomar um comprimido”</p> <p>“Em mim não alterei nada. Eu almoço e janto fora, saio à noite, tenho uma vida e faço desporto, mas de resto, não mudei nada”</p> <p>“Eu não consigo fazer muito exercício, porque nós não temos quase tempo nenhum livre”</p>

	<p>“[Não faço mais caminhadas] por falta de vontade” “A preguiça também é um grande fator” “O álcool eu gostava de parar totalmente e ainda não consegui, mas estou tentando, estou quase” “A cozinha portuguesa, por natureza, é uma comida muito apaladada e com isto torna-se muito mais difícil conseguir mudar os nossos hábitos”</p>
--	--

3. Hábitos de consumo de sal

3.1 Perceção do consumo de sal

Dos 23 participantes, apenas 2 consideraram consumir uma quantidade de sal elevada, sendo que todos os outros pensam ingerir, em regra, uma quantidade indicada ou mesmo baixa.

3.2 Papel da família

Os participantes expressaram, sobretudo, sentimentos positivos em relação à influência da família nos seus hábitos de consumo de sal. Os doentes proferiram, na sua maioria, ver-se como os maiores impulsionadores do controlo do consumo de sal na família, havendo, portanto, pouco espaço para desconforto ou desagrado com a pressão da família. Porém, pontualmente, algumas opiniões divergiram, com destaque para o facto de os comentários dos familiares acerca de a comida estar salgada gerarem tristeza. De destacar também que alguns participantes notam uma perceção dos familiares a respeito do nível de sal da comida diferente da sua. Outros aplaudiram a atitude positiva dos familiares, que induzem o consumo de comida sem sal. As principais opiniões dos doentes acerca do papel da família encontram-se descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Motivação e papel da família na adesão à terapêutica não farmacológica

<u>Categorias</u>	<u>Citações</u>
Doentes como grandes impulsionadores	“Em minha casa é o contrário, eu é que tenho de incentivar os meus filhos a baixar drasticamente o consumo de sal” “As minhas filhas é que se queixam muito — “Isto está sem sal” —, e eu costumo dizer-lhes que o sal faz mal”
Papel neutro da família	“Não é preciso, que as pessoas de casa até notam que tem sal a menos” “A minha família não tenta que eu coma menos sal, porque cá em casa ninguém usa sal”
Papel positivo da família	“Eu vou cortando, mas a minha filha quando come comigo diz-me que está sempre salgado (...) ela tem esse hábito de me ajudar” “As minhas netas ensinaram-me a comer sem sal (...). Dou-lhes razão” “Quando é a minha mulher a fazer a refeição, cozinha tudo sem sal” “Pessoas de casa até notam que às vezes nós pomos sal a menos” “Mudou a quantidade de sal por eles? Sim, quando eles comem comigo claro, porque eles não aceitam a comida salgada”
Reações à intervenção da família	“Faz-me sentir que eu estou errado, passo a expressão, tenho que aceitar” “A minha filha (...) diz me que está sempre salgado e fico sempre triste com a situação”

3.3 Papel dos serviços de saúde

A opinião dos participantes relativamente aos serviços de saúde foi muito positiva, afastando a responsabilidade pela não adesão à terapêutica da HTA da atuação destes. Foram referidas algumas sugestões de melhoria (Quadro 4), mas reforçada a importância da motivação e vontade individuais.

Quanto a sugestões de melhoria, o tema mais vezes levantado respeitou à importância de uma intervenção legislativa no sentido de regular a quantidade de sal nos alimentos.

Foi ainda referida a possibilidade de comercialização de doses individuais de sal pré-definidas adequadas para adicionar a cada tipo de refeição.

Quanto a intervenções possíveis em Centros de Saúde, foi destacada a importância da divulgação de informação, quer através da sugestão de distribuição de folhetos indicativos da quantidade de sal presente em média em cada alimento, quer através de

um reforço dos malefícios decorrentes da ingestão de sal em demasia. Foi ainda sugerido um plano de atividades como workshops sobre modos de cozinhar sem sal e a disponibilização de apoio psicológico e motivacional aos utentes a nível dos CSP.

Quadro 4 – Papel dos Serviços de Saúde na adesão à Terapêutica não farmacológica

<u>Categorias</u>	<u>Citações</u>
Desresponsabilização dos Serviços de Saúde	<p>“Eu acho que está nas minhas mãos, tenho tudo, tenho apoio”</p> <p>“Eu acho que isto é uma questão que não compete propriamente ao SNS”</p> <p>“Eu acho que a gente põe sal a mais porque quer, por desconhecimento não é”</p>
Sugestões de melhoria no âmbito dos Serviços de Saúde	<p>“Podiam fazer daqueles workshops onde o tema era a redução do sal e as pessoas aprendiam a cozinhar”</p> <p>“Penso que já estava legislado o caso do pão, foi reduzida a quantidade de sal, podiam fazer o mesmo para a restauração”</p> <p>“Era importante um psicólogo no Centro de Saúde para nos mentalizar para a diminuição do consumo de sal”</p> <p>“Os serviços de saúde podiam aconselhar, reforçando os malefícios que o consumo de sal tem para a saúde”</p> <p>“Informando, fazer uma tabela com a quantidade média de sal que vem em cada alimento”</p> <p>“A mim falta saber, na realidade, as consequências que eu posso sofrer se a minha tensão ficar em permanência alta (...) já me falaram que vais ter um AVC (...), mas é assim tudo muito vago”</p>
Sugestões de melhoria fora do âmbito dos Serviços de Saúde	<p>“O sal vir em doses individuais, com determinadas porções para cada alimento”</p> <p>“Penso que já estava legislado o caso do pão, foi reduzido a quantidade de sal, podiam fazer o mesmo para a restauração”</p>

3.4 Proposta de estratégias modificadoras de hábitos

Foram apresentadas aos participantes duas propostas de estratégias de combate ao consumo excessivo de sal, seguidas de discussão sobre as mesmas. As propostas apresentadas foram: (1) a disponibilização ao nível dos CSP de uma refeição com a quantidade de sal adequada, com o objetivo de a população dispor de uma referência de paladar e (2) a criação de um dispensador de sal de cozinha, que automaticamente

diminuísse a quantidade de sal dispensada ao longo de um período alargado de tempo (para as pessoas não sentirem a nível do paladar a diminuição progressiva de sal).

À primeira proposta, os participantes responderam positivamente de forma unânime, com perspetiva de uma elevada probabilidade de sucesso e de utilidade, tendo apenas um participante mostrado dúvidas sobre a sua potencial eficácia (Quadro 5).

Já a segunda proposta dividiu mais as opiniões nos diferentes *focus groups*, oscilando as reações entre o entusiasmo e o ceticismo, por questões relacionadas com a dificuldade de execução e a aceitação por parte da população (Quadro 5).

Quadro 5 – Reações a propostas de estratégias para maior adesão à Terapêutica não farmacológica

<u>Categories</u>		<u>Citações</u>
Prova de refeição com quantidade de sal adequada	Reações positivas	“Realmente não tenho nada para comparar como termo de referência e era uma ótima ideia” “Sim, acho que ajudava” “Ajudava imenso”
	Reações negativas/ceticismo	“Acho que podia ser uma ajuda, mas não era isso que ia fazer diferença, a diferença está em nós”
Dispensador de sal	Reações positivas	“Sim, é uma ideia, era mais prático” “Eu utilizava”
	Reações negativas/ceticismo	“Não sei (...) há alimentos que nós consumimos com diferentes quantidades de sal” “Não, eu não. Eu gosto de temperar com a “pitada”” “Eu não usaria, porque depende da comida” “Teríamos que medir a tensão e então ajustar a quantidade de sal que teríamos de comer naquela refeição” “Por uma questão de hábito acho que não conseguiria” “O que é preciso é que os alimentos saibam àquilo que estamos a comer e não a sal”

4. Hábitos de atividade física

4.1 Papel dos serviços de saúde

Quanto ao papel dos Serviços de Saúde na promoção de hábitos de exercício físico, foram sugeridos planos organizados, principalmente de caminhadas, havendo algum ceticismo sobre a existência de opções de melhoria válidas e exequíveis.

Foi, porém, unânime a percepção da necessidade de uma vontade individual, que se sobrepõe à importância do papel dos serviços públicos, bem como o reconhecimento de dificuldades elevadas de execução de planos de atividade física em conjunto (Quadro 6).

Quadro 6 – Papel dos Serviços de Saúde na promoção da prática de EF

<u>Categorias</u>	<u>Citações</u>
Sugestões	“Alocar recursos a caminhadas ou outros exercícios” “O SNS teria de organizar um plano de desporto” “É importante um psicólogo no CS, por exemplo” “Podiam definir os resultados positivos da realização de exercício físico e o mal que acontecia não fazendo” “Eu tenho uma ideia: temos que fazer o mínimo! Fazer uma tabela com o mínimo de caminhadas e se não fizéssemos, por exemplo perdíamos o médico de família ou não nos passavam receitas” “O médico de família passa uma credencial para o ginásio para diminuir a mensalidade, fazer um acordo com o ginásio”
Desresponsabilização dos Serviços de Saúde	“Eu acho que eles já fazem o essencial, que é dar informação” “É como dizem, isso também depende muito de nós, não vale a pena estar a gastar muito dinheiro”
Reflexões	“Uma intervenção dos Serviços de Saúde não sei se resultaria” “O plano de desporto penso que seria difícil por falta de dinheiro” “Também temos tempo chuvoso (...) e as pessoas de alguma idade não podem ir para a rua a chover (...) e há dificuldade em arranjar espaços fechados”

5. Outras estratégias sugeridas e comentários

Por fim, a discussão foi aberta a comentários adicionais que os utentes considerassem relevantes acerca do tema abordado, tendo sido resumidos no Quadro 7.

Quadro 7 – Outras estratégias e Comentários

<u>Categorias</u>	<u>Citações</u>
Outras medidas	<p>“Controlo maior, não só no pão, mas também nos restantes alimentos (...) e se calhar um bocadinho mais publicidade na televisão”</p> <p>“Ali na escola de hotelaria sei que estão a fazer uns workshops de culinária”</p> <p>“Nutricionistas fazem planos alimentares e informam as pessoas. Era ótimo, mas a nível financeiro é muito complicado”</p> <p>“Publicidade, mas não só no Centro de Saúde. Na televisão, nos jornais e mesmo na rádio”</p> <p>“Devia haver mais oferta de comida vegetariana, saladas de fruta nas cantinas dos trabalhos”</p>
Comentários sobre MF	<p>“Os médicos de hoje os conselhos que dão é mesmo combater o sal e dizem que se condimente com outros produtos como ervas aromáticas”</p> <p>“Os médicos passam a vida a aconselhar, eu vejo pelo meu médico”</p> <p>“Eu quase não vejo a minha médica de família, há sempre outra pessoa no lugar dela”</p>
Comentários sobre hábitos	<p>“Eu vou acrescentar que a medicação é para tomar sempre”</p> <p>“Acho que falta motivação para fazer as coisas”</p>

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou qualitativamente os fatores que influenciam a adesão à terapêutica não farmacológica da HTA. Constatou também as principais barreiras que os doentes portugueses com HTA sentem como dificultadoras de adesão, com o objetivo de desenvolver estratégias para as ultrapassar.

Os doentes revelaram conhecimento sobre a HTA, as suas consequências e o que se pode fazer para a controlar, contrastando com as evidências de outros estudos²⁴. Este facto talvez tenha contribuído para uma maior adesão à terapêutica não farmacológica aparente pelas entrevistas.

A noção subjetiva generalizada de baixo consumo de sal pelos participantes contrasta com os dados epidemiológicos objetivos disponíveis — que indicam que um adulto português consome, em média, o dobro da dose recomendada²⁵. Esta disparidade pode sugerir um hiato entre a quantidade de sal que os doentes pensam ser correta (através do paladar) e a quantidade que a literatura demonstra ser adequada — constituindo uma barreira importante ao cumprimento da terapêutica. Não é, contudo, possível excluir um viés de seleção/voluntarismo na amostra (esta ser constituída por pessoas que consomem uma quantidade de sal adequada, inferior à observada em estudos epidemiológicos). Ainda assim, a triangulação das questões relativas ao consumo de sal permite identificar uma desconformidade entre a convicção pessoal de baixo consumo de sal (revelada nas respostas à pergunta 8 do guião) e a insegurança sobre o conhecimento do nível adequado de consumo de sal (aparente no apoio a medidas como a prova da refeição, apresentada nas respostas à pergunta 9 do guião).

Por outro lado, este estudo revelou boa aceitação e entusiasmo em relação a novas abordagens com o intuito de melhorar a perceção da dose adequada de sal, como provar uma refeição, que poderia colmatar essa deficiência. Vários estudos destacam o papel do paladar como barreira à diminuição do consumo de sal²⁶, mas não foi encontrado qualquer estudo que testasse hipóteses de o utilizar para guiar essa redução. Para além disso, uma metanálise organizada pela OMS demonstrou boa relação custo-benefício em estratégias impulsionadoras de diminuição de consumo de sal, nas quais esta se pode enquadrar²⁷.

As opiniões dos participantes também destacaram o papel positivo que o contacto com a família pode ter, tal como observado em outros estudos^{28,29}, tendo a OMS descrito o suporte familiar como componente essencial para o acompanhamento bem-sucedido de

pacientes com doenças crónicas³⁰. Porém, alguns participantes esboçaram sentimentos de tristeza ao referir, por exemplo, que a família apontava o seu consumo elevado de sal. Esta situação pode sugerir que, em populações com menor adesão à terapêutica, a influência da família seja sentida como menos benéfica, *nuance* pouco abordada em literatura internacional.

As respostas dos participantes permitiram identificar algumas das barreiras à prática de EF, como falta de tempo, capacidade de locomoção, vontade e motivação, sobreponíveis às encontradas em estudos em Singapura e no Canadá^{31,32}. Para além disso, foram sugeridas diversas soluções inovadoras: criação de credenciais que garantissem desconto nas mensalidades dos ginásios, bem como tornar a facilidade de acesso a alguns recursos (como prescrições de medicação para HTA) dependente do cumprimento do exercício recomendado.

A preferência teórica pela terapêutica não farmacológica foi observada num estudo conduzido em profissionais de saúde em relação à terapêutica da demência³³ e num estudo com pacientes com dor crónica, no qual 66% mostraram preferência pela terapêutica não farmacológica³⁴. De salientar, porém, que a preferência por terapêutica não farmacológica em comparação com a farmacológica parece variar perante a patologia em causa, havendo poucos dados disponíveis. Na mesma linha, os participantes deste estudo mostraram marcada preferência teórica pela mudança de hábitos, que contrasta com a baixa taxa de adesão a esta terapêutica descrita na literatura^{35,36}. A aplicação de algumas das estratégias sugeridas pelos próprios utentes pode ajudar a aproximar as taxas de adesão às elevadas taxas de aparente preferência por métodos não farmacológicos. De destacar, porém, a escassez de estudos que meçam a taxa adesão à terapêutica não farmacológica em Portugal, dificultando uma interpretação dos dados mais precisa.

Os quadros 8 e 9 sumarizam os fatores influenciadores de adesão à terapêutica não farmacológica e as sugestões para ultrapassar as barreiras identificadas nos *focus groups*.

Quadro 8 — Principais fatores adjuvantes e dificultadores de adesão à terapêutica não farmacológica identificados neste estudo.

<u>Fatores adjuvantes</u>	<u>Fatores dificultadores/barreiras</u>
Conhecimento/informação sobre a HTA, suas complicações e formas de prevenção	Gosto/paladar da comida
Incentivos da família	Falta de motivação
	Laboral
	Sedentarismo
	Falta de tempo (para cozinhar, praticar EF, ...)
	Stress associado
	Dificuldade de acesso a refeições saudáveis

Quadro 9 — Resumo das sugestões promotoras de adesão à terapêutica não farmacológica identificadas neste estudo

<u>Categorias</u>	<u>Intervenções sugeridas/aceites</u>
Legislação	Comparticipação da mensalidade de ginásio para a prática de EF
	Legislação limitante da quantidade de sal em alimentos/restauração
	Publicidade informativa/educativa nos meios de comunicação social
	Dependência do acesso a benefícios de saúde (acesso a MF, participação da medicação, ...) da adesão à terapêutica
Capacitação	Comparticipação da mensalidade de ginásio para a prática de EF Prova de refeição com a quantidade recomendada de sal
	Organização de workshops de culinária
Serviços e utilitários	Comercialização de doses individuais de sal para adicionar a cada tipo de refeição
	Criação de aparelho dispensador de sal, que diminuísse quantidade dispensada de forma progressiva
	Acesso a psicólogos e nutricionistas nos Centros de Saúde

LIMITAÇÕES

As pessoas com disponibilidade para dar a sua opinião sobre este tema poderão ser aquelas com HTA bem controlada (viés de voluntarismo) ou ter propensão para não serem totalmente verdadeiras (viés de desejabilidade social).

As pessoas estudadas são provavelmente bem acompanhadas pelo MF (pela forma de obtenção da amostra se basear na recomendação do estudo por MF), pelo que este estudo não explora as barreiras sentidas pelos utentes que não têm MF associado, nem as suas opiniões (viés de seleção).

O facto de o estudo ter sido recomendado aos utentes pelo seu MF pode também ter inibido a crítica, especialmente nas questões relacionadas com a atuação dos Serviços de Saúde.

Por termos utilizado uma plataforma de videoconferência, poderá ter existido dificuldade em estabelecer a comunicação entre os participantes, por dificuldades técnicas que não conseguimos controlar, como falhas na *internet* e dificuldade em interagir com a tecnologia, como no caso das pessoas mais idosas. Esta dificuldade terá sido mitigada, ao menos em parte, pelo aconselhamento prévio aos participantes de obter ajuda por alguém capaz. A plataforma de comunicação utilizada pode também ter influenciado a constituição da amostra, designadamente a sua literacia superior à da faixa etária desta população.

PONTOS FORTES

As idades e tempo de duração da doença são variadas e a idade média é próxima das pessoas que têm maior prevalência de HTA³⁷. A distribuição geográfica da população foi alargada.

A utilização de uma abordagem qualitativa permitiu aceder a informação mais abrangente e granular, bem como a *nuances* de opiniões relevantes para uma melhor adaptação da abordagem terapêutica na HTA ao contexto português.

O estudo apresentou aos participantes hipóteses de abordagens inovadoras no combate à HTA, permitindo aferir, numa fase embrionária, a receptividade à sua adoção, o que alarga o espectro de potenciais instrumentos para o fomento da adesão à terapêutica não farmacológica.

CONCLUSÃO

Este estudo reuniu informações importantes acerca da perspetiva dos doentes sobre a terapêutica não farmacológica da Hipertensão Arterial e permitiu identificar possíveis estratégias de melhoria da abordagem para aumentar a adesão terapêutica.

Os obstáculos apontados, apesar de maioritariamente individuais — preferências gastronómicas, condições laborais e de falta de motivação —, indiciam ser passíveis de intervenção através de estratégias como a prova de refeição com quantidade adequada de sal, realização de workshops de culinária ou a participação de EF prescrito.

Foram identificadas barreiras ainda não descritas nos estudos internacionais sobre este tema, como o hiato aparente entre a perceção de boa adesão à redução do consumo de sal e o real consumo e a possibilidade de a família desempenhar um papel desencorajador em algumas situações, a serem mais bem definidas em estudos com amostras maiores. Em relação às estratégias para fomentar o aumento da adesão à terapêutica não farmacológica, houve boa aceitação de algumas propostas inovadoras, tais como a prova de uma refeição com a quantidade adequada de sal, a subsidiação de EF prescrito e reserva de alguns benefícios de saúde (acesso a MF, participação da medicação, ...) a doentes com boa adesão à terapêutica.

Deste modo, reconhece-se a utilidade do aprofundamento deste tema, através de (1) novos estudos qualitativos cuja amostra se componha de clínicos, por forma a completar a perspetiva mais alargada sobre o tema; (2) estudo quantitativo com base nas sugestões abordadas (prova de refeição, participação do exercício físico, legislação limitante da dose de sal utilizada alargada à restauração, ...) para apurar as percebidas como mais eficazes, a avaliar posteriormente em estudos clínicos; (3) estudo para aferição da taxa de adesão à terapêutica não farmacológica na HTA e, para isso, definição de consensos acerca de escalas para avaliação de grau de adesão à terapêutica não farmacológica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Doutora Beatriz Silva, e à minha co-orientadora Prof. Doutora Inês Rosendo, pela dedicação no acompanhamento da minha investigação e pela permanente disponibilidade para um diálogo crítico na concretização deste trabalho desafiante.

Agradeço também aos clínicos, Drs. Alexandre Coelho (USF Terras de Cister), Ana Beatriz Coelho (USF Viseu-Cidade), Ana Nascimento (USF Coimbra Centro), Cristina Gonçalves (Centro de Saúde do Estreito de Câmara de Lobos, SESARAM), Hugo Gomes (USF Santo António), Inês Caetano (USF Linha de Algés) Joana Ribeiro (USF Rainha D. Amélia), João Machado (USF Eborae), Mariana Duarte (USF São Pedro da Cova), Mariana Santos (USF Cidade do Lis), Pedro Arantes (USF Rainha D. Amélia), Rafaela Ventura (USF São Martinho de Pombal), Rita João (UCSP Lagos), Rita Marques (USF Pulsar) e Tânia Bairos (Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria pela colaboração na formação da amostra deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues AP, Gaio V, Kislaya I, Graff-Iversen S, Cordeiro E, Silva AC, et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). *Boletim Epidemiológico Observações*. 2017;6(Supl 9):11-4.
2. Maaliki D, Itani MM, Itani HA. Pathophysiology and genetics of salt-sensitive hypertension. *Front Physiol* [Internet]. 2022 [citado 2023 jan];13:2425-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9513236/> doi: 10.3389/fphys.2022.1001434
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH), *European Heart Journal*, 2018;39(33): 3021-104.
4. World Health Organization. More than 700 million people untreated hypertension [Internet]. 2021 [atualizado 2021 ago 25, citado 2023 jan] Disponível em: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
5. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2021 [atualizado 2021 ago 25, citado 2023 jan] Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
7. Kallistratos M, Poulimenos L, Manolis A. Atrial fibrillation and arterial hypertension. *Pharmacol Res*. 2018;128:322-6.
8. Zeng X, Deng A, Ding Y. The INTERSTROKE study on risk factors for stroke. *Lancet*. 2017 Jan;389(10064):35-6.
9. Yusuf S, Hawken S, Ôunpui S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep;364(9438):937-52.
10. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, Beiser A, D'agostino RB, Kannel WB, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2002 Dec;106(24):3068-72.

11. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* [Internet]. 2013 Apr [citado 2023 jan].3;346:f1325. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23558162/> doi: 10.1136/bmj.f1325
12. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials [Internet]. *Ann Intern Med*. 2002 Apr [citado 2023 jan] 2;136(7):493-503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11926784/> doi: 10.7326/0003-4819-136-7-200204020-00006.
13. Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motsamai, O. I., & Whelton, P. K. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 2001 Nov; 38(5):1112-17.
14. Zomer E, Gurusamy K, Leach R, Trimmer C, Lobstein T, Morris S, et al. Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016 Oct;17(10):1001-11.
15. Malta D, Petersen KS, Johnson C, Trieu K, Rae S, Jefferson K, et al. High sodium intake increases blood pressure and risk of kidney disease. From the Science of Salt: A regularly updated systematic review of salt and health outcomes (August 2016 to March 2017). *J Clin Hypertens*. 2018 Dec;20(12):1654-65.
16. He FJ, Pombo-Rodrigues S, MacGregor GA. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. *BMJ open* [Internet]. 2014 Apr [citado 2023 jan];4(4):e004549. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24732242/> doi: 10.1136/bmjopen-2013-004549
17. Lopes S, Mesquita-Bastos J, Alves AJ, Ribeiro F. Exercise as a tool for hypertension and resistant hypertension management: current insights. *Integr Blood Pressure Control*. 2018 Sep:65-71.
18. Naci H, Salcher-Konrad M, Dias S, Blum MR, Sahoo SA, Nunan D, et al. How does exercise treatment compare with antihypertensive medications? A network meta-analysis of 391 randomised controlled trials assessing exercise and medication effects on systolic blood pressure. *Br J Sports Med*. 2019 Jul;53(14):859-69.
19. Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from

- 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet*. 2017 Dec;390(10113):2643-54.
20. Gill DL, Hammond CC, Reifsteck EJ, Jehu CM, Williams RA, Adams MM, et al. Physical activity and quality of life. *J Prev Med Public Health*. 2013 Jan;46(Suppl 1):S28.
21. Lopes S, Félix G, Mesquita-Bastos J, Figueiredo D, Oliveira J, Ribeiro F. Determinants of exercise adherence and maintenance among patients with hypertension: a narrative review. *Rev Cardiovasc Med*. 2021 Dec;22(4):1271-8.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57.
23. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1245-51.
24. Agrela PJF. Análise da capacitação dos doentes com Hipertensão Arterial comparativamente à perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar [Internet]. 2016 [citado 2023 jan]. 36 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/5269>
25. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens*. 2014 Jun;32(6):1211-21.
26. Keast R, Daton P, Breslin P. Flavor interactions at the sensory level. In: Taylor A., Roberts D., editors. *Flavor perception*. Blackwell Publishing Oxford; 2004. p. 228-255.
27. Neal B, Yangfeng W, Li N. The effectiveness and costs of population interventions to reduce salt consumption [Internet]. 2007 [citado 2023 jan]. 33 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43739>
28. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [citado 2023 jan];13:2425-41. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/30568434/> doi: 10.2147/CIA.S182881
29. Ashoorkhani M, Majdzadeh R, Gholami J, Eftekhar H, Bozorgi A. Understanding non-adherence to treatment in hypertension: a qualitative study [Internet]. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018 [citado 2023 jan];6(4):314-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6226612/>

30. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. 2003 [citado 2023 jan]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
31. Manaf H. Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore Med J*. 2013 Oct;54(10):581-6.
32. Gee ME, Bienek A, Campbell NR, Bancej CM, Robitaille C, Kaczorowski J, et al. Prevalence of, and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (from a national survey of Canadians with hypertension). *Am J Cardiol*. 2012 Feb;109(4):570-5.
33. Janus SI, van Manen JG, Van Til JA, Zuidema SU, IJzerman MJ. Pharmacological and non-pharmacological treatment preferences of healthcare professionals and proxies for challenging behaviors in patients with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2017 Aug;29(8):1377-89.
34. Corcoran KL, Bastian LA, Gunderson CG, Steffens C, Brackett A, Lisi AJ. Association between chiropractic use and opioid receipt among patients with spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Med*. 2020 Feb;21(2):e139-e45.
35. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Jesús IL-M, Ortega-Padrón M. Prevalence of therapeutic adherence in hypertensive patients with the use of the martin-bayarre-grau questionnaire. *Aten Fam*. 2016;23(2):48-52.
36. Costa E. Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial [Internet]. 2012 [citado 2023 jan]. 201 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9322/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf>
37. Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T, Nguyen DT. Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017–2018. *NCHS*. 2020 Apr.(364):1-8.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO UTILIZADO NAS SESSÕES COM OS UTENTES

Guião a ser usado durante as sessões com os utentes

Agradecimento:

Obrigada por terem aceitado participar nesta reunião de recolha de opiniões. Agradecemos o vosso interesse em participar.

Introdução:

Apresentação do moderador e da equipa de investigação.

Este estudo está a ser conduzido no âmbito de um projeto de investigação e o objetivo deste grupo é obter informação acerca dos obstáculos ao tratamento não farmacológico da Pressão Arterial. Esta sessão durará cerca de 1h15 e decorrerá da seguinte forma: Existirá um moderador, que será responsável por vos colocar as questões e ir moderando o grupo e um moderador assistente que irá tomar nota de algumas respostas durante a sessão.

Precisamos da vossa opinião pois ela é muito importante para nós. Pretendemos que partilhem connosco os vossos pensamentos sobre esta temática e a vossa opinião sincera.

Funcionamento

1. Queremos que falem e debatam os assuntos. Gostaríamos que todos participassem. Eu poderei chamar-vos para incentivar a vossa participação
2. Não há respostas erradas. Cada pessoa tem opiniões e experiências importantes. Expressem a vossa perspetiva sobre os assuntos, quer concordem, quer discordem. Pretendemos obter opiniões variadas
3. Tudo o que for dito neste grupo, será anónimo.
4. Iremos gravar esta sessão para conseguirmos retirar o máximo de informação possível desta discussão. Contudo, nos relatórios, ninguém será identificado e as gravações serão destruídas.

Apresentação da Moderadora:

- Beatriz Silva

Quebra gelo/Promoção da socialização

Apresentação e “o que comeram o pequeno-almoço?” “Obrigada por terem vindo de tão longe”

Questões

1. Por favor digam o vosso nome e o que significa Pressão Arterial elevada/Hipertensão para vocês.
2. Conhecem alguma coisa/ hábito que faça baixar a Pressão Arterial? Qual/quais consideram importantes?
3. Para diminuir a Pressão Arterial preferem tomar um medicamento ou mudar um hábito, como diminuir o consumo de sal ou aumentar o exercício? Porquê?
4. Sentem que o vosso médico/enfermeiro de família dá a mesma importância relativamente aos conselhos sobre mudança de hábitos e à toma da medicação para a HTA?
5. Desde que descobriram que tinham Hipertensão, alteraram alguma coisa na vossa vida? O que foi e porquê? (Se necessário referir: por exemplo, sobre a alimentação, exercício físico, consumo de álcool, hábitos tabágicos)
6. Quanto ao que não alteraram, porque é que acham que isso aconteceu?
7. A vossa família tenta que diminuam o consumo de sal? O que é que isso vos faz sentir? Alteram a quantidade de sal por causa disso?
8. Acham que consomem uma quantidade baixa, adequada ou elevada de sal? Como é que acham que os serviços de saúde poderiam contribuir para vos ajudar a consumir a quantidade adequada de sal?
9. Pensam que um programa organizado pelo centro de saúde para vos dar a provar uma refeição com a quantidade adequada de sal vos motivaria/ajudava a consumir a quantidade adequada de sal?
10. Se tivessem um dispensador que diminuísse ao longo de meses a quantidade de sal que dispensava para porem na comida, de forma a irem diminuindo sem sentir muito a diferença no paladar, utilizavam?
11. Como é que acham que os serviços de saúde poderiam contribuir para vos ajudar a praticar atividade física?
12. Há mais alguma coisa que queiram adicionar relativamente ao foi dito, ou que sintam que seria importante dizerem? Estejam livres para acrescentar o que quiserem.

Encerramento do grupo:

Realiza-se uma síntese do trabalho realizado pelo grupo e das sugestões mais emergentes, seguindo-se o respetivo agradecimento a cada um dos elementos.

Agradecimento pela participação

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

Adesão à terapêutica não farmacológica na HTA em Portugal em Cuidados de Saúde Primários

PROMOTOR:

Beatriz Rosendo de Carvalho e Silva – Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar

INVESTIGADOR COORDENADOR/ORIENTADOR:

Luiz Miguel Santiago

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

FMUC

INVESTIGADOR:

Beatriz Rosendo Silva

Inês Rosendo

José Maia

MORADA:

Rua Virgílio Correia lote 12/13, 4º dto

CONTACTO TELEFÓNICO:

917170665

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo, participando num grupo para compreendermos quais são as estratégias que aumentam a adesão à terapêutica não farmacológica na Hipertensão Arterial.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário.

Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer com utentes de Centros de Saúde de diferentes zonas do país, rurais, urbanas, norte, centro, sul, ilhas, litoral, interior e tem por objetivo compreender a opinião de utentes, sobre quais as melhores estratégias para melhorar a adesão e manutenção da adesão à terapêutica não farmacológica da Hipertensão Arterial

Trata-se de um estudo qualitativo, clínico, sem intervenção, multicêntrico, feito no âmbito de tese de Mestrado da faculdade de medicina da Universidade de Coimbra de José Pimentel Maia, orientada pela

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Doutora Beatriz Rosendo Silva, com coorientação da Professora Doutora Inês Rosendo e na tese de Doutoramento da faculdade de medicina da Universidade de Coimbra de Beatriz Rosendo Silva, orientada pelo Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, com a coorientação do Professor Doutor Filipe Prazeres.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo será um estudo qualitativo com 3 focus groups (grupos de cerca de 4-8 pessoas) para compreender a perceção de utentes, sobre quais as melhores estratégias para melhorar a adesão e manutenção da adesão à terapêutica não farmacológica da Hipertensão arterial. Existirá um moderador do grupo, que colocará à discussão o tema em questão. Serão analisados os resultados dos grupos, após gravação áudio, com listagem e classificação dos fatores e intervenções sugeridas por dois revisores distintos. Será realizada apenas uma sessão, não sendo previstas deslocações. Prevê-se que o grupo dure 1 hora. O estudo decorrerá de julho a setembro de 2022.

Será garantida a confidencialidade e anonimato dos utentes participantes. O investigador terá uma base de identificação dos participantes inicial, para a promoção dos focos grupos, que será ocultada após a realização dos *focus groups*.

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Beatriz Rosendo de Carvalho e Silva

3.2 Recolha de dados

Recolha da informação através de áudio, que depois será convertida a texto, e organizada em documento Microsoft Word segundo os resultados obtidos.

3.3 Categorias de dados

Dados qualitativos

3.4 Tratamento de dados

Os dados serão tratados pelos investigadores

3.5 Medidas de proteção adotadas

Os dados serão anónimos, não serão revelados os participantes dos *focus groups*.

3.6 Prazo de conservação dos dados

10 anos

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

3.7 Informação em caso de publicação

O investigador compromete-se a informar os participantes se os resultados forem publicados, comprometendo-se também a assegurar a confidencialidade da sua identidade e dos seus dados.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

Não estão previstos quaisquer riscos, à exceção do tempo a despende para participação nos *focus groups*

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de, para os utentes, permitir um contacto com outros utentes com Hipertensão Arterial. Para além disso, a informação que será recolhida será útil para melhorar os cuidados prestados na gestão da Hipertensão Arterial.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

No caso de ser um utente, apenas participará em grupos com outros utentes com Hipertensão arterial. Caso seja profissional de saúde, apenas participará em grupos com profissionais de saúde.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

A sua participação no estudo não implica intervenções fora dos cuidados habituais e/ou deslocações específicas.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, solicita-se a sua participação sem uma compensação financeira para a sua colaboração.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Os Investigadores não receberão uma compensação financeira pelo seu trabalho na realização do estudo.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	BEATRIZ ROSENDO DE CARVALHO E SILVA
Morada	RUA VIRGÍLIO CORREIA LOTE 12/13, 4ºDTO
Telefone	917170665
Email	beatrizrosendosilva@gmail.com

NÃO ASSINE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

--


Nome do Participante:	
BI / CC:	Contactos:
E-mail:	
Nome do Investigador: Beatriz Rosendo	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer *(quando aplicável)*;
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Local e data:	Assinaturas
	Participante:
	Representante legal:
	Representante legal:
	Investigador (*): 

(*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

ANEXO III – FORMULÁRIO UTILIZADO PARA A RECOLHA DE DADOS SOBRE OS PARTICIPANTES

Dados do Participante

No âmbito do projeto - Adesão à terapêutica não farmacológica da HTA: Perspetiva dos Doentes, peço-vos que preencham este formulário, para poder fazer a análise das características dos participantes. Muito obrigado pela colaboração!

***Obrigatório**

1. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

2. Idade *

3. Área de Residência *

4. Habita numa zona: *

Marcar apenas uma oval.

Rural

Urbana

5. Habita: *

Marcar apenas uma oval.

- Sozinho/a
 Com família
 Num lar/instituição

6. Grau de escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- Analfabeto
 1º
 2º
 3º
 4º
 5º
 6º
 7º
 8º
 9º
 10º
 11º
 12º
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

7. Profissão *

8. Há quantos anos lhe foi diagnosticada Hipertensão Arterial? *

ANEXO IV — PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tornar conhecido e deliberado homologar o Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>19.07.2023</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO: **Título:** "Adesão à terapêutica não farmacológica na HTA em Portugal em Cuidados de Saúde Primários " (processo 83-2022) - resubmissão
Autores: Beatriz Rosendo Silva/ José Maia/ Inês Rosendo Silva
Instituições: UCSP Figueira Sul/ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Dr. Maria Reis Marques
Presidente,
Dr. Maria Ruivo
Vogal,

Fernando
Dr. Fernando Crave
Vogal,

Atendendo ao facto de que os autores tiveram em consideração os pontos referidos na avaliação do projecto e procederam aos respectivos esclarecimentos, somos de parecer Favorável à realização do mesmo.

Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

O Relator da CES-ARS do Centro

Profª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo

O Presidente da CES: prof. Doutor Fontes Ribeiro

Ressalva: A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.