



II CONGRESSO  
INTERNACIONAL  
DA SAÚDE GAIA-PORTO

DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO

19 - 21 DE NOVEMBRO<sup>2015</sup>

Escola Superior de Tecnologia da Saúde

Instituto Politécnico do Porto

Portugal





II CONGRESSO  
INTERNACIONAL  
DA SAÚDE GAIA-PORTO  
DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO



**TÍTULO:**

II Congresso Internacional da Saúde Gaia Porto: Livro de Atas

**EDIÇÃO:**

1ª Edição / Livro em 1 Volume, 102 páginas

**COORDENAÇÃO:**

Silva, Regina A; Baylina, P; Barros, P.

**EDITORIA:**

Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto (ESTSP-IPP)

**DESIGN / LAYOUT:**

4CS

**LOCAL / DATA:**

Porto / novembro 2015

**ISBN:**

978-989-20-6341-6

**DEPÓSITO LEGAL:**

406753/16

**AVISO LEGAL:**

Este livro contém informações obtidas através de fontes autênticas. Foram efetuados esforços para publicar os dados e informações fiáveis, mas os coordenadores/editores, bem como a editora, não podem assumir a responsabilidade pela validade de todos os materiais ou pelas consequências do seu uso. Este livro, ou qualquer parte deste, não pode ser reproduzido ou transmitido por qualquer forma ou por qualquer meio, eletrónico ou suporte físico, incluindo fotocópias, microfilmagem, e gravação, ou por qualquer armazenamento de informações ou sistema de recuperação sem autorização prévia por escrito da ESTSP-IPP.

Todos os direitos reservados. Autorização para fotocopiar itens para uso interno ou pessoal pode ser concedido por ESTSP-IPP.

**Aviso da marca comercial:** Produto ou nomes de empresas podem ser marcas comerciais ou marcas comerciais registadas, e são usados somente para identificação e explicação, sem intenção de infringir.

**(ESTSP-IPP)**

Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico do Porto

Rua de Valente Perfeito, 322

4400-330 Vila Nova de Gaia

Porto - Portugal

t. +351 222 061 000

f. +351 222 061 001

e. geral@estsp.ipp.pt

w. www.estsp.ipp.pt

© 2016 pela ESTSP-IPP

## PRESIDENTE DO CONGRESSO

Agostinho Cruz

### COMISSÃO CIENTÍFICA

Regina A. Silva

Ana Filipa Vieira  
Ângelo Miguel Jesus  
Artemisa Rocha Dóres  
Brígida da Costa Ferreira  
Manuel Rubim Santos  
Maria Cristina Prudêncio  
Marisa Alexandra Freitas  
Nuno Barbosa Rocha  
Paula Clara Santos  
Pedro Manuel Monteiro  
Paula Portugal Cardoso  
Piedade Aurora Barros  
Pilar Baylina Machado  
Rui Assunção Pimenta  
Sandra Marlene Mota  
Sandra Rua Ventura

### COMISSÃO ORGANIZADORA

Paula Portugal Cardoso

Ana Brígida Patrício  
Ana Paula do Nascimento  
Ana Sucena Santos  
Andreia Noites Pinho  
Cláudia Barrias Alves  
Diana Patrícia Tavares  
Isabel Maria Faria  
Luís F. Metello  
Mafalda Cardoso Nunes  
Maria de Fátima Monteiro  
Maria Luísa Nogueira  
Maria Manuela Amorim e Sousa  
Maria Rosário Fidalgo Martins  
Marta Susana Henriques  
Mónica Almeida Vieira  
Paula Maria Lopes  
Regina A. Silva  
Rita Ferraz Oliveira  
Sílvia Patrícia Fernandes  
Sónia Pinheiro de Magalhães  
Tiago Filipe Coelho

## Contatos

**Comissão Científica:** [ccientifica.cisgp2015@gmail.com](mailto:ccientifica.cisgp2015@gmail.com)

**Comissão Organizadora:** [corganizadora.cisgp2015@gmail.com](mailto:corganizadora.cisgp2015@gmail.com)

## Caracterização, terapêutica e controlo da hipertensão arterial em utentes de farmácias do Concelho de Vila Nova de Famalicão

J Botas<sup>1†</sup>, D Carvalho<sup>2†</sup>, M Ferreira<sup>3†</sup>, O R Pereira<sup>4\*</sup> & I C Pinto<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup> Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, PORTUGAL

<sup>5</sup> Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

†Os autores contribuíram igualmente para o estudo

\*Autor correspondente: [oliviapereira@ipb.pt](mailto:oliviapereira@ipb.pt)

### RESUMO

Uma vez que a Hipertensão Arterial (HTA) constitui um dos mais preocupantes problemas de saúde pública pretendeu-se determinar a prevalência da HTA, caracterizar a doença, o tratamento e fatores de risco associados.

A recolha de dados envolveu a aplicação de um questionário e a medição da pressão arterial a utentes de duas farmácias comunitárias.

A prevalência de HTA foi de 34,4% e ocorre principalmente nas faixas etárias mais elevadas. Uma quantidade considerável de hipertensos tem os valores de pressão arterial não controlados, 24,8% dos utentes hipertensos não tomam medicação e apresentam fatores de risco pessoais de HTA.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial, Prevalência da HTA, Caracterização da HTA, Controlo da HTA, Terapêutica farmacológica da HTA.

### ABSTRACT

Since Arterial Hypertension (HTA) is one of the most troubling public health problems it was intended to determine the prevalence of HTA, characterize the disease, treatment and associated risk factors.

Data collection involved the application of a questionnaire and measurement of blood pressure at two community pharmacies users.

The prevalence of hypertension was 34.4% and mainly occurs in older age groups. A considerable amount of hypertensive users have blood pressure values uncontrolled, 24.8% of do not take medication and have personal risk factors of hypertension.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Prevalence of Hypertension, Characterization of Hypertension, Control of Hypertension, Hypertension Therapeutics.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HTA) afeta, em Portugal, cerca de 2 milhões de pessoas, das quais apenas metade tem conhecimento, um quarto está medicado e 16% estão controlados (Ministério da Saúde, 2014). A nível mundial estima-se que anualmente 9,4 milhões de mortes são devidas a complicações desta patologia (OMS, 2013). A HTA não causa sintomas e, como tal, se a pressão arterial (PA) não for avaliada regularmente pode passar despercebida (Macedo *et al.*, 2007).

Consideram-se hipertensos os indivíduos cujas PAs, medidas no mínimo em duas ocasiões diferentes, pelo menos três vezes, de acordo com os critérios definidos, excedam sistematicamente o valor de 140/90 mm/Hg. Em pediatria estes valores variam consoante a idade, o sexo e os percentis de

estatura (Cooke & Frohlich, 1993; Rosa & Ribeiro, 1999; Direção Geral de Saúde, 2005; Direção Geral de Saúde, s. d.; Polónia *et al.*, 2006).

A HTA pode ser influenciada por fatores de risco não modificáveis tais como a idade, constituição, hereditariedade, desequilíbrio hormonal e perturbações renais; ou por fatores modificáveis tais como hábitos alimentares, stress, tabagismo, alcoolismo, medicamentos e conflitos psicossociais (Cavalcante & Bombig, 2007; Furtado, 2005). Se a HTA for tratada e controlada, é possível prevenir a ocorrência de aproximadamente 40% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e 25% dos enfartes do miocárdio. Para tal é essencial o seu diagnóstico precoce e que a terapêutica seja rigorosamente cumprida (DGS, 2013; DGS, 2013b; DGS, s.d.; Gusmão *et al.*, 2009; Salgado & Carvalhaes, 2003).

Uma vez diagnosticada a HTA, devem implementar-se inicialmente alterações não farmacológicas, de acordo com o estilo de vida do paciente (Furtado, 2005). As medidas não farmacológicas consistem na redução do consumo de sal, na implementação de atividade física regular, na redução do peso (no caso de este ser excessivo), na redução do consumo excessivo de álcool, na promoção da cessação tabágica e em privilegiar uma dieta rica em legumes e frutas (Mancia *et al.*, 2013).

Uma das principais dificuldades no tratamento da HTA é a falta de adesão ao tratamento (Castro & Fuchs, 2008; Gusmão *et al.*, 2009; Júnior *et al.*, 2006). Dado que se trata de uma patologia “silenciosa” uma parte significativa dos doentes, ao sentir-se bem, interrompe a terapêutica medicamentosa (Gusmão *et al.*, 2009). Os anti-hipertensores só são eficazes se tomados regularmente devendo, no entanto, ser bem tolerados para que tal suceda (Gusmão *et al.*, 2009). Um dos motivos que levam ao abandono da terapêutica são precisamente os efeitos adversos dos mesmos (Bloch *et al.*, 2006; Cooke & Frohlich, 1993). Outra das motivações referidas são as dificuldades económicas (Cooke & Frohlich, 1993).

Os objetivos do presente artigo são determinar a prevalência de HTA em utentes de 2 Farmácias do concelho de Vila Nova de Famalicão, caracterizar os hipertensos e fatores associados à HTA e os tratamentos medicamentosos em uso.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo-correlacional de nível 2. A amostra, do tipo local, é constituída por 352 utentes de 2 Farmácias comunitárias do Concelho de Vila Nova de Famalicão que procuraram as Farmácias para fazer a medição dos valores de PA.

Foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados: um tensiómetro automático para avaliar a medida objetiva (medição da PA) e um questionário, como medida subjetiva. A medição da PA foi realizada 3 vezes em cada inquirido, sendo considerado para a análise dos dados o valor da média das 3 medições. O questionário aborda questões de caracterização do perfil sociodemográfico (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e setor profissional), do perfil antropométrico (peso, altura), dos hábitos diários (tabaco, exercício físico), da facilidade de acesso aos serviços de saúde (existência ou não de médico de família, número de consultas e de medições da PA realizadas no ano anterior, facilidade de acesso ao posto médico e às consultas), da HTA (se tem HTA, como tomou conhecimento da mesma, tratamento e controlo da HTA), dos antecedentes cardiovasculares pessoais (angina de peito, enfarte do miocárdio, AVC, dislipidémia, diabetes, HTA na gravidez) e antecedentes familiares (de HTA, AVC e dislipidémia). A partir dos dados de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a fórmula descrita pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

O tratamento e a análise estatística dos dados recolhidos foram realizados através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foi usada estatística descritiva e medidas de tendência central. Para avaliar a relação entre as diferentes variáveis e a HTA utilizou-se o teste de Independência do Qui-quadrado.

### 3. RESULTADOS

A amostra é constituída por 352 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 95 anos. A média de idades da nossa amostra é de 46,8 anos sendo que 22,4% tem entre 40 e 49 anos e 21,9% tem entre 30 e 39 anos. Quanto ao género, existe uma maior predominância de inquiridos do sexo masculino 51,1%, contra 48,9% de inquiridos do sexo feminino. Relativamente à raça, a maioria dos indivíduos eram de raça caucasiana 97,4%, existindo alguns indivíduos de raça negra 2%, e uma minoria de raça asiática 0,6%.

Entre os indivíduos que afirmam não ter HTA, 13,9% apresentam valores de PA diastólica altos e 15,6% apresentam valores altos de PA sistólica. Por sua vez, de entre os que se dizem hipertensos, 62% apresentam valores de PA diastólica baixos/normais e 38% apresentam valores altos da mesma, 51,2% apresentam valores de PA sistólica baixos/normais e 48,8% apresentam valores altos.

Dos indivíduos inquiridos, apenas 36,1% admite fazer exercício físico pelo menos 3 vezes por semana, durante 30 min, sendo que os restantes ou não fazem exercício físico de todo, ou realizam-no com menos frequência.

Todos os indivíduos que participaram no estudo referiram ter medido a PA no mínimo uma vez na vida. E destes, 72,7% afirma ter medido a PA pelo menos uma vez no último ano. Mesmo entre os indivíduos que afirmam ter HTA, 4,8% dos indivíduos afirmam não ter feito nenhuma medição da PA no último ano.

Dos elementos da amostra, 34,3% afirma ter HTA. Quanto à forma através da qual descobriram a patologia, dos 121 indivíduos que afirmam ser hipertensos, 53,7% referem ter sido diagnosticados pelo médico, 37,2% dizem ter sido alertados por um enfermeiro e apenas 9,1% referem ter descoberto por automedicação.

Dos indivíduos que se consideram hipertensos, 75,2% afirmam tomar medicação para a HTA e 79,1% destes dizem que os seus valores de HTA estão controlados (TA<140/90mmHg). Temos ainda, 24,8% que afirmam que não tomam regularmente a medicação. Estes, referem diferentes motivos para não tomar a medicação, tal como apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.** *Motivos apresentados pelos hipertensos para o incumprimento da terapêutica medicamentosa.*

<b>Motivos apresentados para não tomar regularmente a medicação</b>	<b>Inquiridos (%)</b>
<i>Ausência de sintomas</i>	44,2
<i>O médico não prescreveu</i>	28,8
<i>Os medicamentos são caros</i>	19,2
<i>Apresenta efeitos colaterais</i>	5,8
<i>O médico fica longe da residência</i>	1,9

Os grupos de anti-hipertensores que os inquiridos mais usam para o tratamento e controlo da HTA são os Diuréticos e os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAS), seguidos da associação de IECAS com um tiazida análogo (a Hidroclorotiazida) e dos Antagonistas dos Recetores da Angiotensina (ARAs). No grupo dos Diuréticos obteve-se 11,6% de indivíduos que dizem tomar Furosemida que pertence ao grupo dos Diuréticos da ansa e 8,3% que tomam Indapamida que pertence ao grupo dos Tiazidas e análogos. No caso dos IECAS 3,3% usava Lisinopril, 6,6% Perindopril e 5% Ramipril. A associação entre IECAS e Tiazidas análogos, que se usa quando o utente não responde à monoterapia, obteve 8,3% de Lisinopril+Hidroclorotiazida e 3,3% de Captopril+Hidroclorotiazida.

Dentro do grupo dos ARAs os fármacos mais usados foram o Losartan com 3,3% e Telmisartan com 5%.

Em relação à idade dos indivíduos, a faixa etária que demonstra uma maior predominância de hipertensos é dos [80; 95] anos, com 82,4% de hipertensos, tal como pode ser consultado na Tabela 2. Também se pode verificar que na amostra existe um aumento de indivíduos hipertensos com o aumento da idade e que existe relação estatisticamente significativa entre a presença de HTA e a idade ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao IMC, os indivíduos com um IMC mais elevado apresentam uma maior predominância de HTA. No que respeita à realização de exercício físico (no mínimo 3 vezes por semana durante 30min) verifica-se que 41,8% dos inquiridos que não praticam exercício físico dizem ser hipertensos e apenas 21,3% dos que praticam exercício afirmam o mesmo.

No que toca a antecedentes pessoais de enfarte do miocárdio, os indivíduos com antecedentes desta doença parecem ter uma predominância de HTA muito superior (73,3%) em relação aos inquiridos que não apresentam estes antecedentes (32,6%). Também os indivíduos que já sofreram de AVC aparentam ter uma predominância consideravelmente superior de HTA (76,0%). Quem tem antecedentes pessoais de dislipidémia tem aparentemente uma maior predisposição para a HTA (60,4%) e entre os diabéticos parece existir uma maior percentagem de hipertensos (53,8%) do que entre os indivíduos não diabéticos (31,0%). Por último, quem afirma ter familiares que sofrem/sofreram de HTA demonstra ter uma maior probabilidade de desenvolver a mesma (52,9%).

**Tabela 2.** *Relações dos fatores de risco com a HTA.*

		Frequência (N)	Presença de HTA (%)	P
<b>Classes etárias</b>	18-28	58	3,4	<0,001
	29-39	77	13,0	
	40-50	79	36,7	
	51-61	65	47,7	
	62-72	23	56,5	
	73-83	33	66,7	
	84-95	17	82,4	
<b>Género</b>	Masculino	180	37,8	0,169
	Feminino	172	30,8	
<b>Raça</b>	Caucasiana	343	97,4	0,558
	Negra	7	2,0	
	Asiática	2	0,6	
<b>IMC</b>	Baixo	2	0	0,001
	Normal	145	23,4	
	Alto	205	42,4	
<b>Consumo de tabaco</b>	Nunca fumou	171	33,3	0,248
	Ex Fumador	90	41,1	
	Fumador	91	29,7	
<b>Habitualmente faz exercício físico (mínimo 3 vezes por semana durante 30min)</b>	Não	225	41,8	<0,001
	Sim	127	21,3	

**Tabela 2.** Relações dos fatores de risco com a HTA (cont).

			Frequência (N)	Presença de HTA (%)	P
<b>Antecedentes pessoais</b>	Angina de Peito	Não	338	33,1	0,016
		Sim	14	64,3	
	Enfarte do Miocárdio	Não	337	32,6	0,001
		Sim	15	73,3	
	AVC	Não	327	31,2	<0,001
		Sim	25	76,0	
	Dislipidémia	Não	256	24,6	<0,001
		Sim	96	60,4	
	Diabetes	Não	300	31,0	0,001
		Sim	52	53,8	
HTA durante a gravidez	Não	335	33,4	0,099	
	Sim	17	52,9		
<b>Antecedentes Familiares</b>	HTA	Não	125	11,2	<0,001
		Sim	227	47,1	
	AVC	Não	206	36,9	0,237
		Sim	146	69,2	
	Enfarte do Miocárdio	Não	248	35,5	0,499
		Sim	104	31,7	
	Dislipidémia	Não	138	29,0	0,087
		Sim	214	37,9	

Através da aplicação do teste do Qui-quadrado cujos resultados se apresentam na Tabela 2, pode verificar-se que algumas variáveis aparentam estar associadas com a presença de HTA: a idade dos indivíduos ( $p < 0,001$ ), o IMC ( $p = 0,001$ ), a realização de exercício físico ( $p < 0,001$ ), os antecedentes pessoais de enfarte do miocárdio ( $p = 0,001$ ), AVC ( $p < 0,001$ ), dislipidémia ( $p < 0,001$ ) e diabetes ( $p = 0,001$ ) e os antecedentes familiares de HTA ( $p < 0,001$ ). Das variáveis analisadas, algumas parecem não estar associadas à presença de HTA entre elas: o género ( $p = 0,169$ ), a raça dos indivíduos ( $p = 0,558$ ), o consumo de tabaco ( $p = 0,248$ ), antecedentes pessoais de angina de peito ( $p = 0,016$ ), presença de HTA durante a gravidez ( $p = 0,099$ ), antecedentes familiares de AVC ( $p = 0,237$ ), enfarte do miocárdio ( $p = 0,499$ ) e dislipidémia ( $p = 0,087$ ).

#### 4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente artigo mostram um aumento da HTA com a idade, com maior predominância na faixa etária mais elevada (84-75 anos). Estes dados vão de encontro ao conhecimento que se tem da patologia, que indica uma maior prevalência na população idosa (Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, 2010; Ong *et al.*, 2007).

Encontrou-se uma maior predominância de HTA nos indivíduos com IMC mais elevado e nos indivíduos que não realizam exercício no mínimo 3 vezes por semana (durante 30min), tal como referido pela literatura (Potter & Perry, 2006; OMS, 2013).

Encontrou-se, nos indivíduos com antecedentes pessoais de AVC e enfarte do miocárdio, uma maior prevalência de HTA. Não se encontraram dados que indiquem que um passado de doenças cardiovasculares aumentem a probabilidade de desenvolver HTA. O que se encontra referenciado na literatura é que a presença de HTA aumenta o risco de contrair doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2014; OMS, 2013; OMS, 2012; OMS, s.d.; Potter & Perry, 2006; Sowers *et al.*, 2001). Os dados

do questionário não permitem inferir se estes indivíduos já teriam HTA antes do episódio de AVC ou de enfarte do miocárdio. Relativamente a antecedentes familiares destas patologias, não se verificou associação com a HTA.

Neste estudo demonstrou-se uma maior prevalência de HTA nos indivíduos com antecedentes pessoais de dislipidemia e de diabetes, o que está de acordo com a bibliografia (OMS, 2013). Os antecedentes familiares de dislipidemia não apresentaram associação com a HTA e na literatura não foram encontradas informações que permitam tirar conclusões relativamente a estes dados.

Obteve-se uma maior prevalência de HTA em indivíduos que afirmam ter antecedentes familiares de HTA. Sabe-se que a HTA é uma patologia com algum carácter hereditário (OMS, 2013; Potter & Perry, 2006; Sowers *et al.*, 2001).

Quanto ao género, neste artigo, não foi encontrada associação entre o género e a presença de HTA. Ainda não existem dados que permitam afirmar uma ligação entre o género e a HTA. No entanto, algumas fontes referem que na idade adulta o género masculino apresenta valores mais altos de PA, sendo que a partir dos 65 anos o género feminino tende a desenvolver HTA (Potter & Perry, 2006).

Não foi, igualmente, encontrada associação entre o consumo de tabaco e a HTA. Contudo, o consumo de tabaco é referido como um dos principais fatores de risco da patologia (Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, 2010; OMS, 2013).

Quanto à HTA na gravidez, não foi encontrada associação. Existem vários tipos de HTA gestacional, no entanto este estudo não teve em conta qual o tipo que os inquiridos referiam ter tido no passado. Segundo alguns artigos, os indivíduos que sofreram desta patologia não sofrem de HTA ao longo da sua vida (à exceção daqueles que já sofriam de HTA antes da gravidez) (Cordovil, 2003; Pascoal, 2002).

Verificou-se uma maior percentagem de indivíduos com PA sistólica alta do que com PA diastólica alta, tanto nos inquiridos que se dizem hipertensos como naqueles que se dizem não hipertensos. Também na literatura se afirma ser mais comum valores altos de PA sistólica, especialmente na população com mais de 65 anos (DGS, 2013b; Ministério da Saúde, 2014).

Os grupos de fármacos anti-hipertensores mais referidos pelos inquiridos que afirmam ser hipertensos são os diuréticos, seguidos dos IECAS isolados e em associação com Tiazidas e dos ARAs. Os fármacos mais consumidos pelos inquiridos foram assim, a Furosemida, a Indapamida, o Lisinopril+Hidroclorotiazida e o Perindopril. Este resultado vai de encontro ao recomendado pela Direção Geral de Saúde para o tratamento da HTA. Os diuréticos são recomendados como tratamento de primeira linha devido à sua eficácia, poucos efeitos adversos e por terem demonstrado reduzir a mortalidade associada a problemas cardiovasculares. De acordo com a literatura revista, os IECAs têm demonstrado efetividade clínica em doentes que têm co-morbilidades associadas à HTA, nomeadamente insuficiência cardíaca congestiva, enfarte do miocárdio levando a uma redução de episódios e de morte por doença cardiovascular. Os ARAs têm indicações semelhantes aos IECAs, no entanto, devido ao elevado custo são mais recomendados em doentes para os quais os IECAs estejam contraindicados (Furtado, 2005)

Um fator que poderá ter influenciado os resultados e que não foi tido em conta no questionário, relativamente aos valores de HTA, é o fato de a maioria dos não hipertensos apenas se dirigir à Farmácia para fazer a medição de PA quando se sente mal, sendo que poderão ter um pico de PA relacionada com outros fatores, e não HTA.

## 5. CONCLUSÕES

A HTA é atualmente considerada como um dos maiores problemas de saúde pública, devido à sua importância como fator de risco cardiovascular. Neste estudo, verificou-se que 24,8% de inquiridos afirmou ser hipertenso e não tomar medicação para o seu tratamento, e ainda 38% de indivíduos que dizem ter HTA apresentaram valores de PA diastólica alta e 48,8% apresentaram valores de PA

sistólica alta. Assim, pode concluir-se que uma percentagem relevante dos utentes que afirma ser hipertensos, no momento da medição, não apresentava a PA controlada. Neste sentido seria relevante trabalhar mais na consciencialização da importância do controlo da doença e do cumprimento da terapêutica, quer seja medicamentosa ou não-medicamentosa. Seria igualmente importante alertar para uma medição regular dos valores de PA, contribuindo para um diagnóstico precoce da doença.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte (2010). Normas de Orientação Clínica para a Hipertensão Arterial. Lousã.
- Bloch, K., Rodrigues, C. & Fizman, R. (2006). Epidemiologia dos fatores de risco para a Hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13, 134-143.
- Castro, M. S. & Fuchs, F. D. (2008). Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15, 25-27.
- Cavalcante, M. A. & Bombig, M. T. (2007). Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89, 245-250.
- Cooke, J. & Frohlich, E. (1993). Hipertensión y enfermedad vasculares. Madrid: Ediciones Científicas y Técnicas SA.
- Cordovil, I. (2003). Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 16, 9-15.
- Direção Geral de Saúde - Divisão de Saúde Materna (2005). Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Atuação. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 020/2011 - Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013)b. Portugal: Doenças Cérebro-cardiovasculares em números 2013. Lisboa : Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (s.d.). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção Geral de Saúde.
- Furtado, C. (2005). Análise da evolução dos anti-hipertensivos em Portugal continental entre 1999 e 2003. Lisboa: Infarmed/SNS.
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C. & Mion D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 16, 38-43.
- Júnior, D., Amaral, R., Veiga, E., Cármió, E. Nogueira, M. & Pelá I. (2006). A farmacoterapia no idoso: Revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistémica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 435-441.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal: estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, 21-39.
- Mancia, G. et al (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial Hypertension. *European Heart Journal*. [tipo E-texto]. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/28/2159>.
- Ministério da Saúde (2005). Como se diagnostica a obesidade? [tipo E-texto]. [http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/obesidade/comosediagnosticaaobesidade.htm?wbc\\_purpose=basic%3Fwbc\\_purpose%3Dbasic](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/obesidade/comosediagnosticaaobesidade.htm?wbc_purpose=basic%3Fwbc_purpose%3Dbasic)
- Ministério da Saúde (2014). Hipertensão Arterial. [tipo E-texto]. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>
- Ong, K. L., Cheung, B. M. Y., Man, Y. B., Lau, C. P. & Lam, K. S. L. (2007). Hypertension Treatment and Control, Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999-2004. *Hypertension*, 49, 69-75.
- Organização Mundial de Saúde (2012). Action Plan for implementation of the european Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Organização Mundial de Saúde, Regional Office for Europe.
- Organização Mundial de Saúde (2013). A global brief on Hypertension. [tipo E-texto]. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)
- Organização Mundial de Saúde (2013) Questions&Answers on Hypertension. [tipo E-texto]. <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
- Pascoal, I. F. (2002). Hipertensão e gravidez. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9, 256-261.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L. & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. 25, 649-660.

- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Portugal: Lusociência.
- Rosa, A. A. & Ribeiro, J. P. (1999). Hipertensão arterial na infância e na adolescência: fatores determinantes. *Jornal de Pediatria*, 75, 75-82.
- Salgado, C. M. & Carvalhaes, J. T. A. (2003). Hipertensão arterial na infância. *Jornal de Pediatria*, 79, S116-124.
- Sowers, J. R., Epstein, M. & Frohlich, E. D. (2001). Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Diseases: an update. *Hypertension*, 37, 1053-1059.