



FARMÁCIA HOSPITALAR E CLÍNICA E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA 3

DÉBORA LUANA RIBEIRO PESSOA
(ORGANIZADORA)

G Medicamento
Genérico

**VENDA SOB
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Contém: 30 comprimidos



FARMÁCIA HOSPITALAR E CLÍNICA E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA 3

DÉBORA LUANA RIBEIRO PESSOA
(ORGANIZADORA)

G Medicamento
Genérico

**VENDA SOB
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Contém: 30 comprimidos

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Débora Luana Ribeiro Pessoa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
F233	Farmácia hospitalar e clínica e prescrição farmacêutica 3 / Organizadora Débora Luana Ribeiro Pessoa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0945-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.458231701 1. Farmácia. 2. Medicamentos. I. Pessoa, Débora Luana Ribeiro (Organizadora). II. Título. CDD 615
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br


CAPÍTULO 1 1**A INTERVENÇÃO DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CAUSADAS PELO USO INDISCRIMINADO DE DESCONGESTIONANTES NASAIS**

Joselia Pereira Lopes
 Kamilla Carlos Silva
 Kyara Barroso do Nascimento
 Laura Alves Ribeiro Braga
 Anna Maly de Leão e Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4582317011>


CAPÍTULO 2 14**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO FARMACOLÓGICO NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Carlos Pires Magalhães
 João Ricardo Miranda da Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4582317012>

CAPÍTULO 327**ANÁLISE DE CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS EM FITOTERÁPICOS: UMA REVISÃO**

Milenna Eduarda de Melo Feitosa
 Tibério Cesar Lima de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4582317013>


CAPÍTULO 436**ANÁLISE E PERSPECTIVAS DO DESCARTE DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Matheus Oliveira de Souza
 Lauane Ramos de Matos
 João Paulo Assunção Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4582317014>

CAPÍTULO 553**ANÁLISE DO SEDIMENTO DO SOLO DE QUATRO PRAIS DE SANTARÉM-PARÁ: AVALIAÇÃO DA CONTAMINAÇÃO POR PARASITAS HUMANOS**

Anderson da Silva Oliveira
 Pollyana Cardoso Canto
 Reneh Pinto de Castro
 Cassiano Junior Saatkamp

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4582317015>

CAPÍTULO 667**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL – DESAFIOS INERENTES A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Sanã Souza Maia

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO FARMACOLÓGICO NA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Data de submissão: 15/11/2022

Data de aceite: 02/01/2023

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

João Ricardo Miranda da Cruz

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-4316-481X>

RESUMO: Em idades mais avançadas, a maior vulnerabilidade inerente ao processo de envelhecimento, incrementa o risco à doença, essencialmente de cariz crónico, como revelam os dados epidemiológicos. A Hipertensão Arterial (HTA) é uma das doenças crónicas mais prevalentes. É considerada como uma assassina silenciosa, na medida em que pode desenvolver-se assintomaticamente até que surjam lesões graves ao nível vascular. O presente trabalho consiste numa revisão da literatura, em que se procurou essencialmente: identificar os principais fatores de risco associados à HTA, salientar a importância do seu diagnóstico e tratamento, identificar os principais fatores que interferem na

adesão à terapêutica medicamentosa e apontar as principais estratégias para a prevenção/combate da não adesão. O controlo da HTA pode requerer para além das medidas não farmacológicas, medidas farmacológicas. A adesão à terapêutica medicamentosa prescrita pelo médico deve ser cumprida de forma rigorosa, sendo esta influenciada por diversos fatores, como: os sociais e económicos; o sistema de saúde; a doença; a terapêutica medicamentosa; e o doente. O papel do enfermeiro é de extrema importância no que concerne à monitorização da adesão, prevenção do seu incumprimento, definição e implementação de estratégias promotoras de adesão.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Hipertensão; Fatores de risco; Adesão à medicação.

ADHERENCE TO THE PHARMACOLOGICAL THERAPEUTIC REGIMEN IN THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

ABSTRACT: At older ages, the greatest vulnerability inherent to the aging process increases, according to epidemiological data, the risk of disease, mainly of chronic nature. Hypertension is one of the most prevalent chronic diseases. It is considered

as a silent killer, as it can be developing asymptotically until serious vascular damage occur. This study consists of a literature review, in which we sought mainly to: identify the main risk factors associated with hypertension, emphasize the importance of its diagnosis and treatment, identify the main factors that interfere with adherence to drug therapy, and point out the main strategies to prevent/combat of non-adherence. Besides non-pharmacological measures, the control of hypertension may require pharmacological measures. The adherence to the drug therapy prescribed by the physician should be strictly followed, which is influenced by several factors, such as: social and economic factors; the health system; the disease; the drug therapy; and the patient. Nurse's role is extremely important in monitoring adherence, preventing non-compliance, and defining and implementing adherence-promoting strategies.

KEYWORDS: Older people; Hypertension; Risk factors; Medication adherence.

1 | INTRODUÇÃO

Tendo por base os últimos censos que ocorreram em Portugal em 2011 e 2021, o índice de envelhecimento, passou de 128 para 182 (INE, 2021), significando que por cada cem jovens existiam 182 pessoas idosas. A esperança média de vida aos 65 anos, relativa ao período 2019-2021 (INE, 2022), aponta para um valor estimativo de 19,35 anos, sendo mais elevado no sexo feminino (20,80 anos) do que no sexo masculino (17,38 anos). Pretender alcançar uma idade longa, constitui por norma um desígnio do ser humano, sendo que uma multiplicidade de fatores (determinantes), vão permitir ou não esse alcance. Envelhecimento não é sinónimo de doença, mas acarreta uma maior vulnerabilidade à mesma, fruto do declínio das reservas fisiológicas. Tal ocorre essencialmente em idades mais avançadas, como demonstram vários estudos, de que é exemplo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, realizado em Portugal em 2015 (INSA, 2019), sendo evidente a maior frequência das patologias crónicas no grupo etário de maior idade. Ficou ainda evidente que a doença crónica mais frequente em ambos os sexos foi a hipertensão arterial (HTA). Tendo por base o retrato da saúde editado pelo Ministério da Saúde (2018), Portugal possui uma das prevalências mais elevadas de HTA na Europa, constituindo o principal fator de risco de doença cardiovascular (CV). Considerada uma doença silenciosa, o seu diagnóstico e tratamento é de extrema importância. Aquando da prescrição médica de medicamentos anti-hipertensores, necessários para controlar a HTA, o doente deve seguir com rigor essa prescrição, permitindo diminuir de forma significativa o risco de ocorrerem complicações. Estudos, como o realizado por Mata, Filho e Cesarino (2020), constataram que uma elevada percentagem de indivíduos hipertensos não cumpria a prescrição, sendo apontado razões de índole multifatorial. O presente trabalho baseia-se numa revisão da literatura, em que se procurou essencialmente: identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HTA; salientar a importância do diagnóstico e tratamento da HTA; identificar fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa; e apontar as principais estratégias que melhorem o nível de adesão.

2 | HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

A pressão arterial consiste na força que o pulsar do sangue exerce sobre as paredes de uma artéria (FERREIRA E FERREIRA, 2018), sendo dependente da quantidade de sangue que o coração bombeia (débito cardíaco) e da resistência dos vasos (resistência vascular periférica). Segundo Pinto (2013) a classificação da hipertensão pode ter por base um critério etiológico, fisiopatológico ou relativamente à gravidade. Com base no critério etiológico, esta pode ser definida como primária ou secundária. Denomina-se primária quando estamos perante uma causa desconhecida (idiopática, regra geral por causa multifatorial, sendo a mais comum) e secundária quando fruto de uma complicação causada por outras patologias (por doença renal, doença endócrina, entre muitas outras) ou por fármacos. Quanto ao critério fisiopatológico, a HTA pode ser denominada sistólica e diastólica ou apenas sistólica. Na HTA sistólica e diastólica, que constitui a forma mais comum, verifica-se uma elevação quer ao nível da pressão arterial sistólica (PAS), quer ao nível da pressão arterial diastólica (PAD), enquanto na HTA sistólica apenas a PAS se encontra alterada, com valores acima de 139 mmHg (denominada HTA sistólica isolada). A pressão sistólica isolada é mais comum nas pessoas idosas. O critério da gravidade tem por base os níveis de hipertensão.

Tendo por base a norma 020/2011 emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS) atualizada em 2013 (DGS, 2013a), o diagnóstico de HTA, em avaliação de consultório, define-se como o aumento persistente da PAS para um valor igual ou acima de 140 mmHg e/ou da PAD para um valor igual ou acima de 90 mmHg, determinado em várias medições e distintas ocasiões. Esta classificação reporta-se a adultos com mais de dezoito anos, não medicados com fármacos anti-hipertensores e que não se encontrem nalgum processo patológico agudo concomitante ou em estado de gravidez. O diagnóstico contempla no mínimo duas avaliações em distintas consultas, num intervalo mínimo de uma semana. Aquando da monitorização da HTA deve-se efetuar a avaliação do risco CV global. Na mesma norma a HTA é classificada em três graus: Grau 1 - HTA ligeira, aquando de valores PAS de 140-159 mmHg e/ou PAD de 90-99 mmHg; grau 2 - HTA moderada, aquando de valores PAS de 160-179 e/ou PAD de 100-109; e grau 3 - HTA grave, aquando de valores PAS igual ou acima de 180 e/ou PAD igual ou acima de 110 mmHg. As recomendações para o tratamento da HTA, emanadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia e a Sociedade Europeia de Hipertensão (ESC/ESH), traduzido para o português (ESC, 2018), salientam que o diagnóstico da HTA pode ser efetuado com recurso a medições repetidas em consultório ou através da monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) e/ou da medição da pressão arterial em casa (AMPA) se logística for economicamente exequível, para avaliações fora do consultório. Na avaliação em consultório ou em casa, recomendam três medições, em intervalos 1-2 minutos, sendo que as medições adicionais devem ser realizadas se entre as duas primeiras leituras existir uma diferença superior a 10mmHg.

Antes de iniciar a medição a pessoa deve estar sentada de forma confortável, em ambiente sossegado por um período de cinco minutos. O registo terá por base a média das últimas duas leituras. Recomendam ainda que aquando da presença de utentes com arritmias, medições adicionais podem ser necessárias, e sob condições específicas.

3 I HIPERTENSÃO ARTERIAL: FATORES DE RISCO, SEMIOLOGIA, CONSEQUÊNCIAS, IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os principais fatores de risco da HTA podem ser classificados em dois grupos: não modificáveis e modificáveis. Integram o grupo dos não modificáveis: a idade, o sexo e a hereditariedade. Quanto à idade, várias alterações estruturais e funcionais, inerentes ao processo de envelhecimento, que ocorrem ao nível do coração, dos vasos e ao nível renal, tais como a deposição de placas ateroscleróticas, a fragmentação da elastina arterial, o comprometimento ao nível da vasodilatação, entre outros (CHEEVER E HINKLE, 2015), podem contribuir para a elevação da pressão arterial. No que concerne à hereditariedade, Cheever e Hinkle (2015, p. 397) citam-nos que:

“A tendência ao desenvolvimento de hipertensão é hereditária; entretanto, os perfis genéticos por si sós são incapazes de prever quem irá ou não desenvolver hipertensão”.

Num estudo efetuado em Portugal por Serafim et al. (2019) envolvendo uma amostra de 843 pessoas, encontrou-se uma maior prevalência de HTA no grupo dos mais velhos (76,2%) e no sexo masculino (43%). Constataram ainda que os valores médios de PAS e de PAD eram significativamente superiores ($p < 0.05$) no sexo masculino, para as três faixas etárias consideradas (35anos/35-64; ≥ 65 anos).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2013, ano em que o tema selecionado para o Dia Mundial da Saúde reportava-se à hipertensão, emanou um documento onde salientava como principais fatores de risco relacionados com o comportamento: a alimentação inadequada - consumo de alimentos com excesso de sal e gorduras, com baixa quantidade de frutas e hortaliças; o tabagismo; o consumo nocivo de álcool; o sedentarismo; e o inadequado controlo do stress. A OMS (2013) salientava ainda que, quer as condições de vida, quer as condições de trabalho, influenciam sobretudo estes fatores. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Marques et al. (2020) no âmbito dos fatores associados à HTA sistémica, onde se incluíram 42 artigos para revisão, constataram que havia um maior risco de desenvolvimento de HTA sistémica associada às seguintes variáveis: idade mais elevada; sexo masculino; menor escolaridade; menor rendimento; índice de massa corporal elevado; perímetro abdominal elevado; e baixa atividade física. Verificaram ainda uma associação ao menor risco de HTA sistémica com o nunca ter fumado e com o nunca ter consumido álcool.

Como nos refere Pinto (2013), a maior parte dos doentes com HTA está assintomática, por isso é comumente designada como <<assassina silenciosa>>, até que surjam lesões graves ao nível vascular. A autora refere-nos ainda que aquando de uma HTA grave ou

que dure há imenso tempo, sem que se tenha recebido tratamento, podem surgir sintomas como a cefaleia, a fadiga, as náuseas, os vômitos, a dispneia, a agitação, a visão pode ficar turva, fruto de lesões que ocorrem ao nível cerebral, cardíaco, renal e ocular.

A HTA constitui um fator de risco para o desenvolvimento de patologias como a doença coronária, a insuficiência cardíaca, a doença arterial periférica e a insuficiência renal, entre outras, sendo responsável pelo aumento da mortalidade e morbidade CV, essencialmente no grupo dos mais idosos, pelo que o diagnóstico e tratamento correto é um imperativo (FERREIRA, SOARES, E GONÇALVES, 2014). Confirmado o diagnóstico de HTA impõe-se descortinar alguma causa secundária. Na população idosa as causas mais comuns são: a patologia do parênquima renal, a estenose da artéria renal e a apneia obstrutiva do sono. Ferreira, Soares e Gonçalves (2014) alertam-nos ainda para o despiste de fatores agravantes da HTA, de que são exemplos: os fármacos comumente usados, como os anti-inflamatórios não esteroides (AINE); o sedentarismo; uma alimentação com uso abusivo de sal. Também a lesão ao nível dos órgãos-alvo deve ser despistada por rotina, recorrendo-se aos exames complementares de diagnóstico. Ferreira, Soares e Gonçalves (2014) relativamente ao tratamento da HTA no idoso, o seu objetivo visa a redução do risco CV e outras complicações. Salientam ainda que as metas terapêuticas devem atender à variabilidade da pressão arterial, pois facilmente podem desenvolver uma hipotensão sintomática, uma hipotensão postural, exigindo ajustamentos. Quanto à abordagem Terapêutica da HTA a norma 026/2011 atualizada em 2013, emanada pela DGS (2013b), enumerava como objetivo da terapêutica anti-hipertensora, num sentido estrito, e a curto prazo, a diminuição e controlo dos valores de pressão arterial para valores abaixo de 140/90mmHg, considerando que estes fossem tolerados e não estivessem contraindicados. As recomendações emanadas pela ESC/ESH (ESC, 2018) acrescentam que se o tratamento for bem tolerado os valores da PA devem visar os 130/80mmHg. Relativamente ao tratamento da HTA nas pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos), as recomendações de 2018 da ESC/ESH salientam que o tratamento da PAS o alvo deve atender ao intervalo 130-139 mmHg. O alvo da PAD deve ser direcionado para um valor inferior a 80 mmHg.

Um dos aspetos a considerar na abordagem terapêutica da HTA é segundo a DGS (2013b) o estilo de vida da pessoa, sendo que neste campo as intervenções devem ser sistematicamente integradas. Aponta ainda para a necessidade em se estabelecer e estratificar o risco absoluto na pessoa com doença hipertensiva (atendendo à coexistência de fatores de risco, lesões ao nível dos órgãos-alvo, síndrome metabólica, diabetes mellitus, e patologia CV ou renal).

O tratamento depende da gravidade da hipertensão. A ESC (2018) refere que, a adoção de um estilo de vida saudável pode contribuir para a prevenção e atraso do início da hipertensão, bem como, reduzir o risco CV. Por outro lado, podem ainda prevenir ou atrasar a necessidade de utilização de terapêutica farmacológica na pessoa com HTA de grau 1,

bem como, incrementar os efeitos da terapêutica anti-hipertensiva em doentes tratados. A mesma fonte alerta que a terapêutica farmacológica não deve ser atrasada aquando de doentes com lesão dos órgãos alvo ou com um nível elevado de risco CV. Entre as recomendações, destacam-se: a restrição do sal para valores inferiores a 5 gramas por dia; a restrição de álcool para menos de 14 unidades por semana para os homens e 8 unidades para as mulheres; o incremento do consumo de vegetais, fruta fresca, peixe, nozes, azeite; o consumo baixo de carnes vermelhas; a prática regular de exercício físico (no mínimo 30 minutos em atividade física dinâmica moderada, 5 a 7 dias/semana); cessação tabágica, recorrendo-se a programas para o efeito; controlo do peso, visando evitar a obesidade, para atingir um índice de massa corporal saudável e valores adequados no perímetro abdominal (<94 cm para os homens e <80 para as mulheres), visando reduzir a pressão arterial, bem como o risco CV; restrição do consumo de álcool excessivo.

Quanto à seleção inicial da terapêutica farmacológica anti-hipertensiva, a DGS (2013b) destaca que se deve atender: à recomendação, implementação e monitorização correta das medidas não farmacológicas; à idade da pessoa; às lesões dos órgãos-alvo, coexistentes; aos fatores de risco CV coexistente(s); às patologias e condições clínicas presentes; às indicações e contra-indicações (relativas e absolutas) e efeitos adversos dos medicamentos; aos condicionamentos determinantes para a adesão à terapêutica; aos fatores económicos. Presentemente, ao nível da terapêutica farmacológica, existe um vasto leque de fármacos. A ESC (2018) recomenda cinco classes principais no que concerne ao tratamento de rotina da hipertensão (inibidores da enzima de conversão da angiotensina; antagonista dos recetores da angiotensina; betabloqueadores; bloqueador dos canais de cálcio e diuréticos). A sua seleção depende do anteriormente referido, a ser avaliado e prescrito sempre pelo clínico. A pessoa com HTA deve cumprir com rigor a adesão à medicação prescrita pelo médico, bem como seguir as respetivas recomendações terapêuticas não farmacológicas. O doente com HTA quando inicia a terapêutica medicamentosa prescrita, juntamente com alterações no estilo de vida, os valores de pressão arterial podem alcançar o intervalo desejável nos valores de pressão arterial num espaço curto de tempo, o que pode levar a interrupção abrupta da medicação, sem conhecimento/autorização médica, pelo que os profissionais de saúde devem despistar as situações de incumprimento, o que releva a importância da supervisão contínua/monitorização da adesão para o sucesso do tratamento.

4 | A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO

O termo *compliance* foi desenvolvido por Haynes, sendo entendido como a medida em que o comportamento do doente vai de encontro aos conselhos médicos ou de saúde, relativamente à toma de medicação, à dieta, entre outros (HAYNES et al., 1979). Posteriormente este termo foi substituído de forma preferencial pelo termo adesão, uma vez

que este integra noções de concordância, cooperação e parceria, enquanto a *compliance* consignava uma relação de subordinação (VERMEIRE, et al., 2001). A adesão ao tratamento é fulcral para o sucesso de um regime terapêutico proposto, controlo de uma doença crónica, bem como para a sua prevenção, pelo que a não adesão deve questionar-nos porque tal ocorre (LEITE E VASCONCELLOS, 2003). A OMS (2003) integrou os principais fatores determinantes para a adesão terapêutica em 5 grupos: 1) os socioeconómicos; 2) aqueles que se relacionam com o sistema e equipa de saúde; 3) aqueles que se relacionam com a condição – doença; 4) aqueles que se relacionam com a terapia – tratamento; 5) os que se relacionam com o paciente. Tendo ainda por base o documento publicado pela OMS no âmbito da adesão, no que se reporta ao desenvolvimento de cada grupo, salienta-se: quanto ao primeiro grupo, a adesão pode ser condicionada por fatores como o baixo estatuto socioeconómico, a pobreza, a iliteracia, o baixo nível de escolaridade, o analfabetismo, o desemprego, a ausência de redes de apoio social eficazes, os custos elevados da medicação, entre muitos outros. Relativamente ao segundo grupo, a adesão pode ser condicionada por fatores relativos ao sistema e equipa de saúde, de que são exemplo: o fraco desenvolvimento dos serviços de saúde, com inadequado ou inexistente participação; as deficiências ao nível dos sistemas de distribuição de medicamentos; o défice de conhecimento e formação dos prestadores de cuidados de saúde no âmbito da gestão das doenças crónicas; a sobrecarga de trabalho por parte dos prestadores de cuidados de saúde; o défice de conhecimento no âmbito da adesão e relativamente às estratégias interventivas eficazes a adotar para a sua melhoria; entre outros. Relativamente à condição – doença (terceiro grupo), constituem condicionantes que podem influenciar a adesão: a gravidade dos sintomas, o agravamento da doença (no que concerne à taxa de progressão e nível de gravidade); alterações ao nível da capacidade física, psíquica, social e profissional; entre outros. Também os fatores relacionados com a própria terapia (quarto grupo), como a terapêutica medicamentosa, podem condicionar a adesão, de que são exemplo, os esquemas terapêuticos complexos, a duração do tratamento necessária, os efeitos secundários resultantes da medicação, entre outros. Os fatores relacionados com o paciente (quinto grupo) que podem influenciar a adesão, reportam-se aos seus conhecimentos, crenças, atitudes, perceções e expectativas.

No âmbito da enfermagem, a adesão integra a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (ICN, 2019, on-line) como foco de atenção. Como nos refere Farmer (1999) a adesão ao regime terapêutico medicamentoso pode ser avaliada por métodos diretos e indiretos. Integram os métodos diretos a observação direta e a determinação dos níveis de fármaco ou metabolitos nos fluídos corporais. Os indiretos integram as informações relatadas pelo doente, a medição da medicação – contagem do número de comprimidos, entre outros. Comumente o cumprimento da adesão à medicação é avaliada de forma subjetiva, questionando-se o paciente nesse sentido. Para uma avaliação mais fidedigna podem ser utilizados instrumentos validados para o efeito,

exemplo disso é a escala de “medida de adesão aos tratamentos” apelidada de MAT. A mesma mereceu adaptação e validação para a População Portuguesa por Delgado e Lima (2001), comportando sete itens, em que “os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994)” (DELGADO E LIMA, 2001, p. 89). A avaliação de cada item é efetuada num formato likert, com seis possibilidades de resposta, que variam entre o sempre (1) e o nunca (6). A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos (= adesão ao regime terapêutico medicamentoso), no qual um nível mais elevado de adesão corresponderá a valores mais elevados. Com base na mediana, o nível de adesão pode ainda ser definido em duas categorias, aderente e não aderente. Num estudo elaborado em Portugal por Ferreira, Graça e Calvino (2016), envolvendo uma amostra de 332 pessoas com mais de 18 anos, em que se procurou descrever a adesão ao regime terapêutico, nas pessoas com HTA, com vigilância de saúde em cuidados de saúde primários, constatou-se que 97,3% da amostra tinha medicação anti-hipertensiva prescrita e 2,7% tinham em curso medidas não farmacológicas. Para avaliar a adesão à medicação utilizou-se o MAT. A média do número de medicamentos anti-hipertensivos prescritos foi de $1,97 \pm 0,82$, obtendo-se uma pontuação média de adesão de $5,63 \pm 0,46$. Dias et al. (2016) efetuaram um estudo, no qual procuraram avaliar a adesão ao tratamento e relacionar as crenças acerca dos medicamentos com a adesão ao tratamento, utilizando o MAT e um questionário de crenças acerca dos fármacos, numa amostra de 119 utentes hipertensos, tendo encontrado uma prevalência de 51,3% de adesão e constatado que a elevada crença nas necessidades específicas relativas à medicação prescrita constituiu-se como pedidora da adesão à medicação.

No mesmo âmbito, no Brasil validou-se o Teste Morisky-Green (TMG), constituída apenas por quatro questões, com possibilidade de resposta dicotómica (sim=0; não=1), variando entre um mínimo possível de zero e um máximo de 4 pontos, no qual se consideram mais aderentes os que possuem pontuação de 4 e de menos aderentes os que possuem pontuações que se situam entre 0-3, frequentemente ainda utilizado, de que é exemplo o estudo elaborado Rosa et al. (2020). Estes autores procuraram avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo numa amostra de 205 hipertensos, seguidos na atenção primária à saúde, tendo constatado que 76,59% da amostra se enquadrava na categoria não aderente, com muitos dos pacientes a relatarem que abandonaram a medicação em virtude de se sentirem bem e por desconhecem que a HTA se trata de uma doença crónica que necessita de tratamento de forma continuada. Ainda no Brasil, há uma década, visando analisar a confiabilidade e o desempenho da versão em português de instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, recorreram ao TMG e ao Brief Medication Questionnaire (BMQ). A versão em língua portuguesa do BMQ ficou constituída por 11 questões, representando três domínios a identificar na perspetiva do paciente: barreiras à adesão no que concerne ao regime, às crenças e à recordação

(BEN, NEUMANN E MENGUE, 2012). Filho et al. (2016) efetuaram um estudo descritivo e transversal, no qual procuraram avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por utilizadores atendidos em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), recorrendo ao BMQ, apuraram que 63,3% foram considerados não aderentes. Encontraram ainda uma relação estatisticamente significativa associada à adesão com o possuir idade até 65 anos (menor ou igual) e com o usar até dois medicamentos por dia.

Numa revisão sistemática realizada por Abegaz et al. (2017), acerca da não adesão ao regime terapêutico medicamentoso anti-hipertensivo, foram incluídos 28 estudos respeitantes a 15 países, 13688 pacientes hipertensos, referente ao período entre janeiro de 2009 e março de 2016, em que se aplicou uma meta-análise, constatou-se que a não adesão ocorreu em 45% dos indivíduos. Verificou-se ainda que a não adesão ocorreu essencialmente em pacientes com pressão arterial não controlada (83,7%).

5 I ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO

Em Portugal, o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) é publicado em 1996, sendo introduzidas alterações em 1998. Nesse regulamento clarificam-se conceitos, caracterizam-se os cuidados de enfermagem e especificam-se as competências dos profissionais. Define-se ainda a responsabilidade, os direitos e deveres. No seu artigo 4.º a Enfermagem é definida como (REPE, 2015, p. 99):

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O enfermeiro, além de ter o papel de cuidar, também tem o papel e dever de educar e informar o indivíduo quanto aos cuidados de enfermagem, bem como os recursos a que pode aceder e como podem aceder.

Para além do cuidar, é dada ênfase à educação para a saúde, pelo que tendo por base a temática em abordagem, constituirá certamente uma arma de arremesso no acompanhamento e controlo da pessoa idosa hipertensa. Visando alcançar a melhor adesão ao regime terapêutico, farmacológico e não farmacológico, podem ser necessárias alterações/ajustes ao nível do estilo de vida, do autocuidado, entre outros, em consonância com a evidência científica, de que são exemplo as recomendações emanadas pela ESC/ESH (ESC, 2018), abordadas no capítulo 2 do presente trabalho, a considerar aquando da educação para e na saúde. Visando uma administração segura ao nível do regime medicamentoso, deve existir previamente uma avaliação da pessoa idosa, relativamente às limitações, ao nível da funcionalidade, cognitivo, educativo, sensorial, económico, entre outros, a partir do qual se irão planear intervenções em prole da minimização para a ocorrência de erros (ELIOPOULOS, 2014), pretendendo-se a melhor adesão. O enfermeiro

deve fomentar o autocuidado, apostando no ensino do paciente idoso relativamente ao manuseamento dos seus medicamentos, complementando com a disponibilização de uma informação detalhada (oral e escrita) ao paciente idoso/cuidadores acerca da medicação, no que concerne: aos medicamentos a tomar, horário a respeitar, via de administração a utilizar, ação esperada, precauções a ter em consideração, reações adversas que podem surgir, incompatibilidade com outros medicamentos e/ou alimentos (ELIOPOULOS, 2014). O enfermeiro deve relevar a importância da medicação anti-hipertensiva prescrita para o controlo da HTA, desmistificando crenças e ideias erradas, pois como nos salienta Dias et al. (2016, p. 54):

“O doente que não acredita na necessidade e nos benefícios da administração da terapêutica, apresenta um grande risco de se tornar não aderente”.

Gosmanova e Kovesdy (2015), tendo em consideração os grupos de fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico, reportados pela OMS (2003), apontaram algumas das intervenções facilitadoras da adesão em pacientes com HTA, entre os quais destacamos: incentivar a melhoria da comunicação com o paciente; recorrer ao elogio quando alcançados os objetivos; educar de uma forma não ameaçadora, apontando as consequências que podem decorrer da HTA não controlada e salientando os benefícios do controlo da mesma; fornecer informação acerca de possíveis efeitos secundários que possam surgir com a medicação anti-hipertensiva prescrita, e educar como lidar com os mesmos, esclarecendo ainda que existe sempre a possibilidade do mesmos poderem ser alterados em função dos efeitos adversos que possam causar; educar de igual forma a família envolvida nos cuidados.

Abegaz et al. (2017), face aos resultados decorrentes da revisão sistemática e visando a melhoria dos níveis de adesão ao regime terapêutico medicamentoso anti-hipertensivo, salientam para a necessidade de se desenvolverem intervenções que associam o comportamento da adesão às rotinas diárias, bem como para o desenvolvimento de intervenções específicas em função do paciente, através de entrevistas motivacionais, e envolvendo de forma ativa os membros da família. De resto, já num estudo elaborado por Barreto e Marcon (2014), de natureza qualitativa, em que se procurou compreender de que forma as pessoas com HTA percebiam a influência da família na adesão ou não adesão ao tratamento, salientava-se com base na maioria das respostas obtidas, a importância da família enquanto um agente facilitador para o processo de adesão, quer relativamente ao apoio direto, quer relativamente ao acompanhamento do roteiro terapêutico a seguir, com destaque para o incentivo de práticas de autocuidado, de que são exemplo a realização de exercício físico e a alimentação adequada. No mesmo estudo, com base nalgumas respostas, alertava-se que também a família poderia dificultar o processo de adesão, o que releva a importância da educação para a saúde não ser restritiva apenas para o paciente hipertenso.

6 | CONCLUSÃO

No presente estudo, recorrendo-se a uma revisão da literatura, procurou-se inicialmente efetuar uma abordagem da HTA, entre os quais se destaca a classificação, os fatores de risco, a semiologia, as consequências, a importância do diagnóstico e tratamento. Descortinaram-se como principais fatores de risco da HTA: a idade, o sexo, a hereditariedade, a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o stress, entre outros. A monitorização da pressão arterial, a estratificação do risco CV, o estabelecimento rápido do diagnóstico e respetivo tratamento, são de extrema importância para evitar complicações de maior, de que são exemplo a doença vascular cerebral, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal, entre outras. Para além das medidas não farmacológicas, o tratamento pode implicar medidas farmacológicas que devem ser seguidas de acordo com a prescrição médica, o que nem sempre ocorre, como se comprova pelos estudos realizados no âmbito. Entrou-se na questão central da temática, abordando-se a adesão ao regime terapêutico medicamentoso. Enumeraram-se os principais fatores passíveis de interferir na mesma e alguns dos métodos de avaliação existentes. Integrado no método indireto, salientam-se como instrumentos construídos para avaliar a mesma, o MAT, o TMG e o BMQ. Após a apresentação de alguns resultados em que se utilizaram os mesmos, finalizou-se o estudo com estratégias relevantes para a prevenção/combate do seu incumprimento, no qual os enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar possuem um papel fundamental.

REFERÊNCIAS

- ABEGAZ, T.M. *et al.* Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. **Medicine**, v.96, n.4, p.1-9, 2017 DOI: 10.1097/MD.0000000000005641. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>. Acesso em 10 out. de 2022.
- BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. (2014). Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto & Contexto - Enfermagem**, V.23, n.1, p.38-46, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100005>
- BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.2, p.279-289, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000013. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rsp/a/VMrFLFZCKj6gYhGTCH3DksB/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2022.
- CHEEVER, K.H.; HINKLE, J.L. **Brunner & Suddarth - Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução Patricia L. Voeux. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- DELGADO, A. B.; & LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia Saúde & Doenças**, v.2 n.2, p.81-100, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>

DIAS, A. *et al.* A. Crenças acerca da medicação e adesão terapêutica em utentes hipertensos. *Servir*, [S. l.], n.59, p.68–69, 2016. DOI: 10.48492/servir0259.23187. Disponível em: <https://revistas.ccaap.pt/servir/article/view/23187>. Acesso em: 14 out. 2022.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Hipertensão Arterial: definição e classificação.** 2013. Norma n. 020/2011 atualizada em 19/03/2013. 2013a. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf Acesso em: 14 ago. 2022.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial**, 2013b. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial.pdf>

ELIOPOULOS, C. **Enfermería Gerontológica**. Tradução Bardo A. L. Mendoza, Juan R.P. Martínéz, Eumir U. Farcug, Margarita R.M. Rangel. 8ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Espanha, 2014, Cap. 18, p.225-250.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). **Hipertensão: recomendações da ESC/ESH para o tratamento da hipertensão arterial: recomendações de bolso de 2018 da ESC** (Versão Portuguesa). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2018. Disponível em: <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket-guidelines-Hipertens%C3%A3o.pdf> Acesso em: 15 set. 2022.

FARMER, K.C. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther.* [S. l.], V. 21 nº6, p.1074-90, 1999. Doi: 10.1016/S0149-2918(99)80026-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10440628/>

FERREIRA, M.; FERREIRA, C. **Intervenções E Procedimentos Em Enfermagem**. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2018.

FERREIRA, R.; SOARES, F.; GONÇALVES, L. Patologia Cardíaca e envelhecimento. *In: VERÍSSIMO, Manuel Teixeira (org.). Geriatria fundamental. Saber e Praticar*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2014. p. 187–198.

FILHO, J.J. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo por usuários atendidos em unidades de estratégia saúde da família. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, V.15, n.3, p.17-22, 2016. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160804_210355.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

GOSMANOVA, E.O.; KOVESDY, C.P. Adherence to antihypertensive medications: is prescribing the right pill enough? **Nephrol Dial Transplant**. V.30, n.10, p. 1649-56. Out. 2015. DOI: 10.1093/ndt/gfu330. Disponível em: <https://academic.oup.com/ndt/article/30/10/1649/2336981?login=true>. Acesso em 30 de set. 2022.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in Health Care**. Johns Hopkins University Press. 1979.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE - INSA. **Infográfico INSA — Doença crónica**. 2019. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>, Acesso em: 2 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Censos 2021 – divulgação dos resultados provisórios**. 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=536533815&att_display=n&att_download=y. Acesso em: 2 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Esperança de vida à nascença diminuiu em todas as regiões do Continente - 2019-2021**. 2022. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquess&DESTAQUESdest_boui=541021600&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2 Acesso em: 2 set. 2022.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Browser CIPE. 2019**. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> Acesso em: 14 set. 2022.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.775-782, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>. Acesso em 30 out de 2022.

MARQUES, A. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p.2271-2282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018>

MATA, J.G.F.; FILHO, M.B.G.; CESARINO, C.B. Adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão. **Saúde e Pesquisa**. v.13, n.1, p.31-39, 2020. DOI: 10.17765/2176-9206. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p31-49>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Retrato da Saúde, Portugal**, 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action, 2003**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

PINTO, A. M. **Fisiopatologia. Fundamentos e aplicações**. 2.^a ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2013.

REPE. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**, 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf. Acesso em 13 out. de 2022.

ROSA, M.M. *et al.* A Utilização do teste Morisky-Green na adesão ao tratamento anti-hipertensivo: detecção precoce na atenção primária à saúde. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v.3, n.1, p.132-141, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n1p132-141>. Acesso em 10 out. de 2022.

SERAFIM, A. P. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial na população portuguesa em contexto de férias e abordagem multivariada dos fatores de risco através do método HJ-Biplot. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 35, n.6, p.450–464, 2019. DOI:10.32385/rpmgf.v35i6.12319. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12319>. Acesso em 9 out. de 2022.

VERMEIRE, E. *et al.* Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v.26, n.5, p.331–342, 2001. DOI: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>. Acesso em 10 out de 2022.