



Rafaela Patrícia dos Santos Silva

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Influence of active coping with health problems in hypertensive patients’ adherence” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Leonor Martins, da Dra. Rita Oliveira e da Professora Doutora Maria Margarida Coutinho Seabra Castel-Branco Caetano e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Rafaela Patrícia dos Santos Silva

Relatório de Estágio e Monografia intitulada “*Influence of active coping with health problems in hypertensive patients’ adherence*” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, respetivamente, da Dra. Leonor Martins, da Dra. Rita Oliveira e da Professora Doutora Maria Margarida Coutinho Seabra Castel-Branco Caetano e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Rafaela Patrícia dos Santos Silva, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2012157468, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia Intitulada “*Influence of active coping with health problems in hypertensive patients’ adherence*” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 11 de julho de 2018.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Rafaela Silva".

“O que as vitórias têm de mau é que não são definitivas.
O que as derrotas têm de bom é que também não são definitivas.”

José Saramago

Agradecimentos

Finda esta importantíssima e dura etapa da minha vida académica e pessoal, é tempo de respirar de alívio e agradecer àqueles que motivaram o meu sucesso e permitiram o meu crescimento pessoal e enquanto futura farmacêutica.

Em primeiro lugar, à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra pelo ensino de excelência.

À Professora Doutora Margarida Castel-Branco, por ter aceitado, de imediato, orientar este trabalho, pela disponibilidade e pelo encorajamento constantes.

A toda a equipa da Farmácia do Centro, em particular à Dra. Leonor Martins, minha orientadora, pelos ensinamentos constantes, pela oportunidade de aprender e crescer enquanto profissional de saúde, pelo companheirismo, pelo espírito de equipa e por me terem feito sentir em casa.

À equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Infante Santo por me terem acolhido e transmitido valiosos conhecimentos e me terem dado a oportunidade de contactar com a realidade do Farmacêutico Hospitalar, nas mais diferentes áreas de intervenção.

À Delegação de Coimbra da Cruz Vermelha Portuguesa, por ser uma segunda casa e uma segunda família. Por me ter dado a oportunidade de ser voluntária, de crescer enquanto pessoa e por me ter dotado de competências fundamentais para o meu desenvolvimento profissional.

À minha família de praxe por me ter permitido vivenciar ao máximo as tradições académicas, por ser um pilar nesta etapa.

À Catarina Silva, por ter sido uma verdadeira *roomie*, pela partilha de bons e maus momentos pessoais e académicos, pelas horas de estudo, pelas lágrimas de alegria e frustração, pela motivação constante e, sobretudo, pela amizade.

À Filipa e à Sofia por serem as minhas amigas de sempre e para sempre, pelo apoio incondicional e pela partilha constante.

À Paula pelas revisões incontáveis desta Monografia e por todo o apoio durante a realização da mesma.

À Ana, à Tânia e à Chris pelas palavras certas nas horas certas, pelos momentos de partilha de conhecimento e, sobretudo, pela confiança nunca negada.

À Catarina Rodrigues, por ser uma verdadeira companheira na vida académica e pessoal, pelas horas de estudo intenso, pelas loucuras cometidas no desespero, por ser uma verdadeira confidente, pelo apoio constante e pelas incontáveis palavras de incentivo e confiança.

À Bela, minha tia do coração, por ter acompanhado todo este percurso académico desde o primeiro ao último dia.

À minha irmã, Cristina, por não me deixar desistir e me fazer acreditar que valia a pena, mesmo quando tudo corria mal.

Aos meus pais, Lucinda e Rafael, por permitirem a concretização deste sonho e por me apoiarem em qualquer decisão.

Ao Zé, pelo apoio absoluto, pela paciência constante, pela força, pela confiança, pela amizade, pelas palavras de motivação e, sobretudo, pelo amor incondicional e por ser o meu melhor amigo.

Por fim, à minha Avó Cristina, que mesmo não estando entre nós para testemunhar este feito, foi a primeira a acreditar que isto seria possível. A ela, por me guiar na vida e neste caminho.

A todos eles, o meu mais sincero e sentido obrigado!

Índice

AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	IX
I. RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA	1
A. INTRODUÇÃO	2
B. FARMÁCIA DO CENTRO.....	3
C. ANÁLISE SWOT.....	4
1. <i>Pontos Fortes</i>	4
2. <i>Pontos Fracos</i>	7
3. <i>Oportunidades</i>	8
4. <i>Ameaças</i>	9
D. CASOS CLÍNICOS	11
1. <i>Caso 1</i>	11
2. <i>Caso 2</i>	11
E. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
II. RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM FARMÁCIA HOSPITALAR	13
A. INTRODUÇÃO	14
B. HOSPITAL CUF INFANTE SANTO: SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	14
C. ANÁLISE SWOT	15
1. <i>Pontos Fortes</i>	15
2. <i>Pontos Fracos</i>	18
3. <i>Oportunidades</i>	19
4. <i>Ameaças</i>	20
D. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
III. INFLUENCE OF ACTIVE COPING WITH HEALTH PROBLEMS IN HYPERTENSIVE PATIENTS' ADHERENCE ...	22
RESUMO	23
PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO; ADESÃO À TERAPÊUTICA; ACTIVE COPING; QUESTIONÁRIO MUAH.ABSTRACT	23
A. ATITUDES PROATIVAS DO DOENTE EM RELAÇÃO AOS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE	25
A.1. <i>Adesão à terapêutica e active coping</i>	26
A.2. <i>Papel dos profissionais de saúde na adesão à terapêutica</i>	28
B. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: CONHECIMENTOS / CRENÇAS / ADESÃO / CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL EM DOENTES HIPERTENSOS	29
B.1. <i>Objetivo</i>	29
B.2. <i>Metodologia</i>	29
B.3. <i>Resultados e Discussão</i>	33
B.4. <i>Conclusão</i>	43
IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
V. ANEXOS	1
A. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - DIARREIA	2
B. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO – AFEÇÕES DO APARELHO GENITO-URINÁRIO	5
C. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO – TOSSE NA CRIANÇA	11
D. FOLHA DE RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA	14
E. NUTRIÇÃO PARENTÉRICA	17
F. PARECER COMISSÃO DE ÉTICA	19
G. FORMULÁRIO CONSENTIMENTO INFORMADO	20
H. QUESTIONÁRIOS	23

Índice de figuras

Gráfico 1. Comorbilidades dos doentes hipertensos participantes no estudo.....	33
Gráfico 2. Classes de anti-hipertensores dos participantes no estudo.	34
Gráfico 3. Frequência de respostas ao domínio 4 do questionário MUAH.....	35
Gráfico 4. Perfil das respostas à questão 20 do domínio 4 do MUAH.....	36
Gráfico 5. Perfil das respostas à questão 21 do domínio 4 do MUAH.....	37
Gráfico 6. Perfil das respostas à questão 22 do domínio 4 do MUAH.....	37
Gráfico 7. Perfil das respostas à questão 37 do domínio 4 do MUAH.....	38
Gráfico 8. Perfil das respostas à questão 39 do domínio 4 do MUAH.....	39
Gráfico 9. Perfil das respostas à questão 40 do domínio 4 do MUAH.....	39
Gráfico 10. Correlação entre o domínio 4 do MUAH e o BMQ - Preocupações.....	40

Índice de abreviaturas

ARA – Antagonistas dos Recetores da Angiotensina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BB – Beta-Bloqueadores (bloqueadores beta-adrenérgicos)

BEC – Bloqueadores da Entrada de Cálcio

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire*

Brief COPE – *Brief Coping Orientation to Problems Experienced*

HKT – *Hypertension Knowledge Test*

HTA – Hipertensão Arterial

IECA – Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MUAH – *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*

PA – Pressão Arterial

RCOPE – *Religious Coping*

SWOT – *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).

WCS – *Ways of Coping Strategies*

I. Relatório de estágio curricular em Farmácia Comunitária

Farmácia do Centro

A. Introdução

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) é a única formação académica que permite a inscrição na Ordem dos Farmacêuticos e consequente desempenho da profissão farmacêutica. A sua duração é de 10 semestres letivos, sendo o último semestre destinado à realização do estágio curricular de carácter obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Durante os 5 anos do MICF somos dotados de conhecimentos técnicos e científicos que nos servem de base para a interligação de conhecimentos e exercício da profissão farmacêutica.

A formação em Ciências Farmacêuticas culmina com a realização de um estágio curricular de 6 meses nas diferentes áreas de intervenção do farmacêutico, em que, 4 dos quais se destinam à Farmácia Comunitária. O estágio curricular tem como principal objetivo um contato direto com o ato farmacêutico e a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo dos 5 anos do MICF.

Assim, de forma a terminar a minha formação, tive a oportunidade de realizar o estágio curricular de farmácia comunitária, na Farmácia do Centro, em Lisboa. O estágio decorreu entre 8 de Janeiro e 30 de Abril (648h) e serve o presente relatório para avaliar esta fase final do MICF através de uma análise SWOT.

B. Farmácia do Centro

A Farmácia do Centro iniciou a sua atividade no dia 14 de Março de 2017, resultado da transferência da Farmácia Ducal. Trata-se duma farmácia muito bem localizada e com excelentes acessos, pois a sua localização é no Centro Comercial Continente, em Telheiras, Lisboa, na Avenida das Nações Unidas e o seu horário de funcionamento está compreendido entre as 9h00 e as 22h00, todos os dias, incluindo fins-de-semana e feriados. A farmácia faz parte de um grupo de 5 farmácias (Farmácia Lisboa e Farmácia Benfica, em Lisboa e Farmácia Central de Armação de Pera e Farmácia Maria Paula, no Algarve) e está integrada na Rede Claro.

A equipa, jovem e dinâmica, é composta por 9 farmacêuticos, um técnico de farmácia e uma conselheira cosmética. A direção técnica está a cargo da Dra. Inês Pereira, licenciada em Ciências Farmacêuticas e existem, ainda, três farmacêuticos substitutos.

A farmácia possui seis balcões de atendimento, uma área de cosmética e está dotada das mais recentes inovações tecnológicas: *robot* e *cashlogy*.

A Farmácia do Centro oferece aos seus utentes inúmeros serviços farmacêuticos como a determinação de parâmetros bioquímicos, administração de vacinas, administração de injetáveis e, ainda, consultas de nutrição ao abrigo da Dieta EasySlim®.

A diversidade de utentes que frequentam a farmácia é encarada como um desafio constante por parte de todos os colaboradores, uma vez que além dos utentes fiéis e comuns, surgem os utentes “de passagem”. Além disso existem utentes de diferentes classes sociais o que leva à adaptação constante quer do aconselhamento farmacêutico quer dos produtos disponíveis na farmácia, a fim de se conseguir dar resposta às mais diversas necessidades dos mais diversos utentes.

A Farmácia do Centro encontra-se em constante evolução e é notório o seu crescimento não só enquanto espaço de saúde, mas também, no que toca à confiança e satisfação que os utentes demonstram em todos os serviços prestados.

C. Análise SWOT

SWOT é um acrónimo que deriva da junção de quatro palavras inglesas: *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). As forças e fraquezas são as vertentes internas, sendo as externas avaliadas pelas oportunidades e ameaças.

Assim a avaliação do meu estágio curricular realizado na Farmácia do Centro será feita através da análise SWOT a seguir apresentada.



I. Pontos Fortes

a) Espírito de Equipa e Integração

Desde o primeiro contacto com a equipa da Farmácia do Centro que me apercebi que revelavam um enorme espírito de equipa e de interajuda. A equipa é composta por 11 pessoas jovens e dinâmicas, com enorme vontade de fazer mais e melhor e de aprender sempre mais. Deste modo, identifiquei-me de imediato com o modo de trabalhar da equipa ressaltando o atendimento personalizado e profissional que desenvolviam. Assim, foi extremamente fácil integrar-me na equipa o que levou ao aumento da minha confiança enquanto estagiária e me permitiu uma aprendizagem constante e facilitou todo o processo evolutivo enquanto futura profissional de saúde.

Este foi um aspeto de enorme importância pois permitiu que todo o meu estágio decorresse de forma natural e produtiva uma vez que a equipa esteve sempre inteiramente disponível para me ajudar e esclarecer dúvidas e impulsionou a minha autonomia em todas as tarefas que me eram propostas.

b) Diversidade Populacional

A Farmácia do Centro encontra-se localizada num centro comercial o que, por si só, leva à frequência de diferentes tipos de utentes. Durante todo o estágio foi notória a diversidade populacional quer a nível etário quer a nível social. Todos os dias nos deparámos com utentes novos, que estão de passagem no centro comercial, mas também com utentes que se fidelizaram à farmácia e são habituais. Assim, foi muito interessante todo o processo pela qual temos que passar para nos adaptarmos às diferentes realidades e necessidades que surgem diariamente. O atendimento na Farmácia do Centro é um desafio constante, pois nunca sabemos o tipo de utente que vamos ter e as realidades e necessidades são muito díspares. Deste modo, considero este fator um verdadeiro desafio que contribuiu para o meu desenvolvimento e aprendizagem e, sobretudo, capacidade de adaptação necessários ao desempenho da profissão farmacêutica.

c) Dieta EasySlim®

A Dieta EasySlim® foi criada e desenvolvida para as Farmácias Nacionais como resposta à procura crescente de soluções para o combate ao excesso de peso e à obesidade. Oferece uma solução estruturada, segura e personalizada para quem pretende perder peso de forma saudável, rápida e eficaz. (<https://www.dietaeasyslim.com/dieta-easyslim/> consultado dia 12/04/2018 às 21h30)

Na Farmácia do Centro as consultas decorrem à segundas-feira das 14h às 20h. Existe a possibilidade de o utente realizar um rastreio de forma gratuita e depois decidir se quer ou não enveredar pelo acompanhamento da nutricionista, baseado na Dieta EasySlim®.

Considero que este serviço disponibilizado pelas farmácias é uma mais-valia pois permite que as pessoas sejam acompanhadas devidamente pelos profissionais de saúde o que, de certa forma, os motiva a cumprir os objetivos traçados para alcançarem o resultado pretendido através de uma alimentação equilibrada composta por alternativas saudáveis e apelativas e ainda por suplementos alimentares que têm um papel adjuvante no sucesso da dieta.

d) Dermocosmética

A dermocosmética é uma área, sem dúvida alguma, muito interessante e desafiante devido à sua grandiosidade e complexidade. Trata-se de uma área muito pouco abordada durante o tempo curricular do MICF, o que se refletiu durante o meu estágio, pois esta era uma área na qual eu não me sentia à vontade, pois não tinha o conhecimento necessário. Na Farmácia do Centro, a dermocosmética é um setor bem desenvolvido e conta com uma conselheira cosmética que me transmitiu conhecimentos a fim de melhorar o meu aconselhamento nas mais diferentes necessidades dermatológicas com base nos produtos disponibilizados pela farmácia. No final do estágio, sinto-me muito mais capaz de aconselhar de forma assertiva e confiante.

e) Filosofia Kaizen

Kaizen surge da junção de duas palavras japonesas: “Kai” (mudar) e “Zen” (melhor) e significa “mudar para melhor”. A filosofia Kaizen assenta no princípio de que um conjunto de pequenas mudanças pode levar a grandes resultados. A implementação da filosofia Kaizen tem como objetivo levar os líderes de uma estrutura ou organização a uma melhoria contínua. (<https://pt.kaizen.com/quem-somos/significado-de-kaizen.html> consultado dia 14/04/2018 às 14h30)

A Farmácia do Centro tem vindo a implementar estratégias de liderança e de desempenho de funções baseadas nesta metodologia o que tem levado a uma maior organização da equipa e a uma maior produtividade, apesar de ainda existirem algumas falhas. Considero que, com o avançar do tempo, a implementação da filosofia Kaizen trará mais benefícios à Farmácia do Centro e contribuirá para o seu crescimento.

f) Robot e Cashlogy

A Farmácia do Centro possui as mais recentes tecnologias como é o caso do robot e da cashlogy. O robot é uma espécie de armazém de medicamentos que permite uma arrumação e dispensa mais rápidas. Assim, no que diz respeito ao aprovisionamento, o processo de arrumação de medicamentos é muito mais ágil e eficiente, pois apenas necessitamos de confirmar as validades e de introduzir as embalagens no tapete rolante do robot e ele mesmo procede à sua arrumação de forma lógica, otimizando o espaço da melhor forma. Relativamente ao atendimento, a existência do robot permite uma maior rapidez pois o farmacêutico necessita apenas de dar a ordem no Sifarma2000® e a embalagem é dispensada na saída do robot que se encontra mais próxima do balcão de atendimento em uso. Quando ocorre falha energética ou na calibração do robot, por

exemplo, existe a possibilidade de entrarmos no robot e retirarmos a embalagem pretendida, depois do mesmo nos ter indicado, especificamente, a sua localização.

Além do robot, a farmácia do Centro tem ainda a cashlogy que é, nada mais, nada menos, que uma caixa automática que nos permite efetuar os pagamentos em numerário de forma rápida e eficaz, pois é a própria máquina que recebe e armazena o dinheiro e nos dá o troco respetivo. Esta tecnologia, sem dúvida alguma, que é uma mais-valia, pois diminui os erros que podem advir da realização de trocos, retirando, assim, uma preocupação ao farmacêutico aquando do atendimento.

2. Pontos Fracos

a) Medicamentos Manipulados

A Farmácia do Centro está preparada com um laboratório para a preparação de medicamentos manipulados básicos. No entanto, as solicitações são escassas e esta é uma área subdesenvolvida da farmácia.

Durante o meu estágio não tive a oportunidade de preparar medicamentos manipulados nem de assistir à preparação de nenhum medicamento.

Considero que seja uma lacuna no estágio, pois não tive a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Farmácia Galénica, nem a legislação específica do processo de preparação destes medicamentos.

b) Diversidade de Produtos

Ao longo do estágio fui-me apercebendo da quantidade de produtos distintos que uma farmácia comunitária pode disponibilizar aos seus utentes. Além da quantidade incontável de medicamentos para uso humano, existe toda uma panóplia de produtos cosméticos, dispositivos médicos, produtos de puericultura, suplementos alimentares, produtos ortopédicos, medicamentos veterinários, etc. Esta quantidade e diversidade são um desafio e o pouco conhecimento sobre o mercado acaba por se tornar um obstáculo.

No decorrer do estágio fui-me deparando com algumas dificuldades no que toca ao reconhecimento dos nomes, das embalagens que me eram solicitadas pelos utentes, pois, muitas vezes desconhecia a sua existência.

No entanto, considero que ao longo do estágio fui adquirindo mais conhecimento, apesar de insuficiente e considero que a prática é, sem dúvida, a melhor aliada para contornar estas dificuldades.

c) Conteúdo Programático das Unidades Curriculares do MICE

Durante o período curricular do MICE, temos contacto com as mais diversas áreas das ciências farmacêuticas onde temos a oportunidade de adquirir conhecimentos em muitas matérias diferentes. No entanto, julgo que as unidades curriculares não nos preparam para o desempenho da profissão farmacêutica, principalmente, no que toca à farmácia comunitária. Apesar de possuímos largos conhecimentos de farmacologia e de outras áreas que nos permitem interligar conceitos e organizar raciocínios, o atendimento e o aconselhamento estão pouco desenvolvidos, daí, muitas vezes, ser um choque os primeiros tempos no desempenho real da profissão, o que acaba por nos deixar um pouco inseguros e com a sensação de pouco conhecimento.

d) Espaço Veterinária

Em muitas farmácias o espaço dedicado aos medicamentos e produtos veterinários está bem desenvolvido. Na Farmácia do Centro isto não acontece e possuímos apenas um número reduzido de produtos destinados à veterinária. Considero este um ponto fraco do estágio, pois não tive oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta área, pois tive muito pouco contacto com os produtos/medicamentos existentes.

3. Oportunidades

a) Formação

A Farmácia do Centro permite aos seus colaboradores o máximo acesso à formação. Durante todo o tempo em que estagiei foi-me dada a oportunidade participar nas mais diversas formações quer as realizadas em horário laboral, na farmácia, quer aquelas que decorriam fora da farmácia. Frequentei inúmeras formações na área da dermocosmética que me permitiram desmistificar este mundo e adquirir conhecimentos cruciais para o meu desenvolvimento enquanto estagiária e que permitiram um melhoramento do meu desempenho no aconselhamento dermocosmético. Os conteúdos das formações colmataram, de certa forma, as lacunas que existem no programa curricular do MICE e permitem-nos uma adaptação mais fácil ao contexto real da farmácia comunitária.

Considero que a oportunidade de formação constante durante o meu estágio foi um fator muito relevante e enriquecedor, tornando o estágio mais cativante e motivando-me a querer saber sempre mais.

b) Protocolos de Aconselhamento

O grupo de farmácias à qual pertence a Farmácia do Centro foi desafiado a desenvolver protocolos de aconselhamento, de forma a facilitar o aconselhamento farmacêutico nas diferentes situações que podem ocorrer durante o atendimento.

Assim, foi-me lançado o desafio de realizar três protocolos de atendimento (Tosse na Criança, Diarreia e Infecções Vaginais) (ANEXO A, ANEXO B e ANEXO C) em estreita colaboração com a minha orientadora, a Dra. Leonor Martins. Ao longo do estágio fomos pesquisando e realizando os protocolos e este foi, sem dúvida, um desafio muito gratificante e uma oportunidade de demonstrar os meus conhecimentos e de os aprofundar, bem como de conhecer e contactar com os produtos e soluções existentes para cada situação específica.

c) Serviços Farmacêuticos

Ao longo dos últimos anos, o leque de serviços que as Farmácias Comunitárias em Portugal prestam à população tem aumentado. Na Farmácia do Centro, os utentes têm à sua disposição inúmeros serviços: determinação de glicémia, pressão arterial, colesterol e triglicéridos e, ainda, administração de vacinas e outros medicamentos injetáveis. Durante todo o meu período de estágio, tive a oportunidade de executar todos os serviços farmacêuticos disponibilizados, à exceção, da administração de vacinas e de injetáveis, pois são serviços que exigem uma formação específica. De qualquer modo, tive a possibilidade de auxiliar os farmacêuticos aquando da sua execução. Considero este ponto uma excelente oportunidade para o meu desenvolvimento enquanto futura profissional de saúde e, de certa forma, um desafio, pois permitiu-me sair da minha zona de conforto e superar as dificuldades e, ainda, uma maior proximidade com os utentes da farmácia.

4. Ameaças

a) Pontos de Venda de MNSRM

Os espaços destinados à venda de MNSRM são cada vez mais e considero que o seu crescimento seja uma ameaça para as farmácias e para a profissão farmacêutica. Uma vez que a Farmácia do Centro se encontra num centro comercial onde existe um ponto de venda de MNSRM, contactei de forma direta com esta realidade. Esta proximidade é um ponto negativo para a localização da farmácia pois muitas vezes as pessoas comparam preços e dada a proximidade, principalmente em produtos de dermocosmética, optam

pelos pontos de venda de MNSRM que têm a possibilidade de praticar preços mais baixos, acabando por não comprar na farmácia.

Além disso, dada a facilidade de acesso aos MNSRM nestes espaços, o aconselhamento farmacêutico é fortemente descurado e menosprezado pelos utentes, pois não percebem a diferença de um atendimento num ponto de venda de MNSRM comparativamente ao atendimento realizado por um farmacêutico.

Assim, considero que cabe às farmácias e aos farmacêuticos alertarem as pessoas para a importância do aconselhamento farmacêutico e que as farmácias devem continuar a ser um espaço de eleição para a compra de medicamentos sujeitos ou não a receita médica, bem como outros produtos e de esclarecimento de possíveis dúvidas relacionadas com a sua saúde graças ao atendimento diferenciado e ao aconselhamento de qualidade que as farmácias oferecem.

b) Stocks

A Farmácia do Centro tem como principal distribuidor a Alliance Healthcare que nos permite a entrega de medicamentos (que estejam disponíveis em armazém) no próprio dia. Este fator contribui para uma elevada rotatividade de *stocks*, pois não necessitamos de ter uma grande quantidade de produto armazenada, uma vez que quando precisamos basta-nos encomendar o produto e rapidamente ele é entregue na farmácia (na maior parte das vezes, no próprio dia).

Apesar disto ser um aspeto positivo, muitas vezes surgem falhas de *stock* e apesar de conseguirmos ter o produto rapidamente, a primeira resposta que damos ao utente é de que não temos disponível. Na maioria das vezes, os utentes percebem e reservam o produto vindo levantar mais tarde. No entanto, existem muitas situações em que os utentes ficam desapontados com a farmácia e não querem esperar pelo produto, preferindo procurarem o produto noutra farmácia.

Estas falhas de *stock* são, por vezes, uma ameaça para a farmácia, pois são um obstáculo à fidelização dos utentes que vão pela primeira vez à farmácia e podem causar desconforto nos utentes que são habituais e que se deparam frequentemente com estas situações.

D. Casos Clínicos

1. Caso 1

Senhora de 55 anos chega à farmácia e refere ter tomado, recentemente, um antibiótico. Queixa-se de prurido intenso na zona vaginal. Refere, ainda, que já colocou Gino - Canesten[®] (clotrimazol 10mg/ml) e que os sintomas persistiram. Solicita uma nova embalagem para repetir tratamento. Sugeri um substituto da flora vaginal, Woman Isdin Isadin Plus[®] (*Lactobacillus plantarum*), uma vez que esta podia estar alterada devido à toma do antibiótico.

2. Caso 2

Homem de 62 anos dirige-se à farmácia a fim de procurar uma solução para a sua tosse seca persistente. Refere que já tomou antitússicos e anti-histamínicos, no entanto a tosse permanece. Tentando perceber a origem da tosse, questiono o senhor sobre quais os seus problemas de saúde. O doente diz sofrer de hipertensão arterial. Quando questiono sobre a medicação que faz habitualmente para a hipertensão, o senhor refere fazer captopril 25mg (IECA). Ao constatar este facto, informo o senhor que a sua tosse seca pode tratar-se dum efeito secundário do captopril e, como tal, deve consultar o médico sobre a possibilidade de alteração do medicamento anti-hipertensor.

E. Considerações Finais

Finda a derradeira etapa do MICF, encontro-me certa de que o estágio curricular em farmácia comunitária contribuiu fortemente para a afirmação da minha vocação enquanto profissional de saúde.

Ao longo dos anos de formação, fui-me auto propondo a estágios extracurriculares em diferentes áreas que me permitiram uma visão mais aproximada da realidade dos farmacêuticos em Portugal. Graças a esses estágios consegui a motivação necessária para terminar o MICF, pois apercebi-me que queria mesmo ser farmacêutica e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde em Portugal, privilegiando sempre a interação com os doentes.

A oportunidade de realizar o estágio curricular do MICF na Farmácia do Centro foi, sem dúvida alguma, o ponto mais alto da minha formação académica. Na Farmácia do Centro, foi-me permitido ser farmacêutica (mesmo antes de o ser) o que me levou a apaixonar, ainda mais, pela profissão farmacêutica, principalmente, pela farmácia comunitária. O farmacêutico comunitário é muito mais do que um vendedor de medicamentos especializado e está sujeito a constantes desafios que levam à obrigatoriedade de uma aprendizagem constante. É, muitas vezes, o primeiro profissional de saúde que os doentes procuram e em quem depositam máxima confiança.

Todos estes aspetos despoletaram em mim um enorme sentimento de gratidão pelo facto de poder desempenhar a profissão farmacêutica.

Assim, termino o estágio curricular com a certeza de que o farmacêutico, apesar da conjectura atual das farmácias e das dificuldades dos farmacêuticos, será sempre um profissional de referência e com um papel ativo na sociedade.

Em jeito de conclusão, agradeço à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra a possibilidade de realização do estágio curricular na Farmácia do Centro e, principalmente à equipa da farmácia por me ter acolhido, por todos os conhecimentos que me transmitiram e por terem contribuído de forma tão ativa e influente para a minha formação académica e profissional.

II. Relatório de estágio em Farmácia Hospitalar

Hospital CUF Infante Santo

A. Introdução

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) é a única formação académica que permite a inscrição na Ordem dos Farmacêuticos e consequente desempenho da profissão farmacêutica.

O último semestre do MICF é destinado ao estágio curricular de carácter obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Sendo o estágio de farmácia comunitária obrigatório, surge, ainda, a oportunidade de se realizar estágio noutras áreas de atuação do farmacêutico. Assim, de forma a terminar a minha formação, pude realizar o estágio curricular de farmácia hospitalar, no Hospital CUF Infante Santo, em Lisboa. O estágio decorreu entre 2 de Maio e 29 de Junho (270h) e serve o presente relatório para avaliar esta fase final do MICF através de uma análise SWOT.

B. Hospital CUF Infante Santo: serviços farmacêuticos

A rede CUF pertence ao grupo José de Mello Saúde que conta com cerca de 70 anos de experiência. O hospital CUF Infante Santo (HCIS) foi inaugurado em 1945, continuando a ser uma referência na prestação privada de cuidados de saúde em Portugal, mantendo-se fiel ao lema de qualidade e inovação.

O HCIS dispõe de internamento, bloco operatório, atendimento permanente, consulta pediátrica não programada, consultas de especialidade, uma oferta alargada de exames. Além de todos estes serviços, o hospital dispõe de serviços farmacêuticos.

Os serviços farmacêuticos contam com 7 farmacêuticos e 6 auxiliares de ação médica.

Os farmacêuticos desempenham funções de validação de prescrições médicas, verificação e preparação de dose unitária de medicação, monitorização do circuito de estupefacientes e hemoderivados, reconciliação da terapêutica, gestão de stocks, entre outras. A receção de encomendas, preparação de medicação para dose unitária e distribuição da mesma pelos diferentes serviços e a reposição de stocks destina-se aos auxiliares de ação médica.

C. Análise Swot

SWOT é um acrónimo que deriva da junção de quatro palavras inglesas: *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). As forças e fraquezas são as vertentes internas, sendo as externas avaliadas pelas oportunidades e ameaças.

Assim a avaliação do meu estágio curricular realizado nos serviços farmacêuticos do HCIS será feita através da análise SWOT a seguir apresentada.

Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none">• Distribuição de funções• Filosofia <i>Kaizen</i>• Comunicação interdisciplinar• Hospital de dia• Reconciliação da terapêutica	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none">• Rotatividade de equipa• Ausência de técnicos de farmácia• Serviço de Ambulatório• Conteúdo programático das unidades curriculares do MICF
Oportunidades <ul style="list-style-type: none">• Reorganização de stocks e serviços• CUF Descobertas: citotóxicos	Ameaças <ul style="list-style-type: none">• Duração do estágio• Falta de organização

I. Pontos Fortes

a) Distribuição de funções

Nos serviços farmacêuticos do HCIS cada farmacêutico é responsável por um determinado serviço do hospital. Esta divisão de funções permite que cada um se foque nas exigências do serviço específico, conheça a sua própria dinâmica, mantenha uma maior proximidade com a equipa multidisciplinar, acompanhe a evolução clínica dos doentes, conseguindo gerir melhor as necessidades dos serviços.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar os diferentes farmacêuticos, colaborando nas diferentes funções adaptadas a cada serviço pelo qual eram responsáveis (gestão de stocks, revisão de carros de emergência, etc.), o que me permitiu conhecer um bocadinho do funcionamento de todo o hospital e contactar com as diferentes realidades e necessidades.

b) Filosofia Kaizen

Kaizen surge da junção de duas palavras japonesas: “Kai” (mudar) e “Zen” (melhor) e significa “mudar para melhor”. A filosofia *Kaizen* assenta no princípio de que um conjunto de pequenas mudanças pode levar a grandes resultados. A implementação da filosofia *Kaizen* tem como objetivo levar os líderes de uma estrutura ou organização a uma melhoria contínua. (<https://pt.kaizen.com/quem-somos/significado-de-kaizen.html> consultado dia 14/04/2018 às 14h30)

Os serviços farmacêuticos do HCIS têm esta metodologia como base da sua organização. Assim, diariamente, são feitas reuniões de curta duração onde são abordados temas relevantes específicos do dia como por exemplo, formações de curta duração, sugestões de melhoria, a fim de se promover uma melhor gestão/organização. A participação nas reuniões e o contacto com esta metodologia permitiram-me adquirir algumas ferramentas que são fundamentais para uma boa organização dum serviço, levando a um melhor desempenho do farmacêutico.

c) Comunicação interdisciplinar

Ao longo do MICEF, mais precisamente nas unidades curriculares com uma componente mais direccionada para a clínica e para a prática farmacêutica, vamos percebendo que a comunicação do farmacêutico com os restantes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) é de extrema importância para que os cuidados prestados aos doentes sejam os melhores.

Durante o estágio realizado no HCIS tive a oportunidade de contactar com uma realidade que nem sempre é comum. Os farmacêuticos do HCIS têm um papel bastante ativo e prezam a comunicação com os diferentes profissionais de saúde. Os farmacêuticos contactam, frequentemente, médicos e enfermeiros a fim de encontrarem a melhor solução terapêutica para o doente, e os próprios médicos e enfermeiros, recorrem, inúmeras vezes, ao farmacêutico para esclarecimento de eventuais dúvidas relacionadas com doses, métodos de reconstituição, alternativas terapêuticas, etc.

Este fator é, de facto, um ponto forte nos serviços farmacêuticos do HCIS, que me permitiu consolidar alguns conhecimentos previamente adquiridos sobre a forma como contactar os médicos e como expor cada situação e ainda perceber a verdadeira importância numa boa comunicação entre equipas multidisciplinares.

d) Hospital de dia

O hospital de dia é o serviço de internamento onde as pessoas apenas permanecem algumas horas, nomeadamente o nº de horas necessárias à realização de tratamentos de quimioterapia ou outros medicamentos em que seja necessário vigilância e monitorização como é o caso da administração de ferro por via endovenosa.

Na maior parte dos hospitais, a responsabilidade do farmacêutico relativamente ao hospital de dia passa apenas pela validação dos protocolos de quimioterapia com base no tipo de cancro, nas análises dos doentes, verificação de doses, etc. No HCIS, o hospital de dia conta com a presença permanente de um farmacêutico que está preparado para esclarecer eventuais dúvidas relacionadas com o tratamento, agir em situações de efeitos adversos, ceder medicação para ambulatório, acompanhar o doente e a sua evolução clínica.

Este estágio permitiu-me contactar com esta realidade e perceber a importância que o farmacêutico tem neste serviço. Deu-me, ainda, a possibilidade de explorar uma vasta área e ter uma pequena ideia daquilo que o farmacêutico faz e pode fazer na área da oncologia.

e) Farmacêutico Clínico

Segundo a Norma nº 018/2016 de 30/12/2016, a Direção Geral de Saúde define reconciliação da terapêutica como o processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.

Tratando-se dum hospital, no HCIS é de extrema importância que os farmacêuticos realizem reconciliação da terapêutica. Apesar da equipa de farmacêuticos estar numa fase inicial na implementação da reconciliação da terapêutica como um requisito obrigatório, durante o estágio tive a oportunidade de participar na execução de algumas reconciliações terapêuticas, nomeadamente dum doente admitido no serviço de urgência (ANEXO D) e ainda a elaboração de um documento de validação da nutrição parentérica prescrita com base nos dados clínicos do doente (ANEXO E).

2. Pontos Fracos

a) Rotatividade de equipa

Durante a realização do estágio, tive a percepção de que a equipa dos serviços farmacêuticos do HCIS sofria, frequentemente algumas alterações. Apesar da equipa de farmacêuticos estar mais estável, os auxiliares de ação médica têm sofrido algumas alterações. Esta rotatividade afeta, diretamente, a dinâmica dos serviços farmacêuticos, uma vez que as funções de cada elemento estão condicionadas e vão sofrendo diversas alterações.

Durante o estágio, este fator revelou-se ligeiramente desconfortável pois as funções eram constantemente alteradas e a ausência de alguns auxiliares podia comprometer a eficiência das tarefas pelas quais estavam responsáveis, obrigando a uma reorganização de funções.

b) Ausência de técnicos de farmácia

Os serviços farmacêuticos do HCIS não integram técnicos de farmácia. Considero que este é um ponto fraco, uma vez que, na minha opinião seriam uma mais valia no que toca ao desempenho de funções como preparação de dose unitária de medicação, reembalagem, preparação de medicamentos manipulados (permitindo, talvez, aumentar o volume de produção), assumindo, assim, as funções, neste momento, dos auxiliares de ação médica que passariam a desempenhar apenas funções relacionadas com a receção de encomendas, organização do espaço, reposição de stocks nos serviços, etc.

c) Serviço de ambulatório

Durante o estágio tive a percepção de que os serviços farmacêuticos do HCIS não têm o segmento de ambulatório, ou seja, não existe dispensa de medicamentos ao doente nem a subsequente consulta de acompanhamento. Deste modo, neste estágio não pude aprofundar os conhecimentos que adquiri aquando da realização dum estágio de verão, sente esta uma lacuna no meu estágio curricular de farmácia hospitalar.

d) Conteúdo programático das unidades curriculares do MICF

Ao longo do MICF vamos sendo dotados de alguns conhecimentos gerais que são fundamentais para o exercício da farmácia hospitalar, mas que se revelam insuficientes.

Na unidade curricular de farmácia hospitalar pude adquirir conhecimentos que me foram úteis no desenrolar do estágio, no entanto existem muitas lacunas e conceitos

com as quais não estava familiarizada, até mesmo no que toca aos medicamentos de uso hospitalar.

3. Oportunidades

a) Reorganização de stocks e serviços

Ao longo dos dois meses em que estagiei no HCIS tive a oportunidade de acompanhar e colaborar com os diferentes farmacêuticos na realização das mais diversas funções.

Um dos trabalhos mais desafiantes que desenvolvi foi a reorganização do stock de medicação existente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Juntamente com a Dra. Teresa Cabeças, que tinha previamente reunido com o enfermeiro-chefe da unidade, definimos novas quantidades máximas e mínimas dos medicamentos, reorganizamos o espaço e a disposição dos medicamentos tendo em conta a sua forma farmacêutica e segregando os eletrólitos concentrados, como está preconizado. Foi, ainda, da nossa responsabilidade rotular todas as divisórias tendo em conta as sinaléticas exigidas: alerta máximo, diluição obrigatória, medicamentos LASA (*look alike sound alike*), semáforo para concentrações diferentes da mesma substância.

Foi, realmente, um trabalho exaustivo, mas muito gratificante pois permitiu-me contactar com a realidade e necessidades do serviço e ainda perceber a dinâmica do próprio hospital.

b) CUF Descobertas: citotóxicos

Apesar do HCIS ter hospital de dia e, portanto, necessitar de produzir medicamentos citotóxicos, não possui uma unidade de produção. Deste modo, todos os citotóxicos necessários para os tratamentos realizados no hospital de dia do HCIS, são produzidos no Hospital CUF Descobertas (HCD). De forma colmatar a falha no meu estágio no que concerne ao circuito dos citotóxicos e respetiva produção, tive a oportunidade de frequentar o HCD durante a última semana do meu estágio. No HCD tive a oportunidade de assistir à validação farmacêutica de todos os protocolos de quimioterapia prescritos e ainda de participar na produção de medicamentos citotóxicos.

Considero que esta foi uma oportunidade de extrema importância para o meu estágio, tornando-o muito mais enriquecedor. Dada a complexidade da área em questão, e dados os poucos conhecimentos que tinha sobre este tema, foi ligeiramente

complicado acompanhar e assimilar tudo em tão pouco tempo. No entanto, foi uma semana extremamente desafiadora e que me enriqueceu enquanto futura farmacêutica.

4. Ameaças

a) Duração do estágio

Tratando-se de um estágio curricular, considero que a duração de apenas dois meses é insuficiente para conseguirmos contactar a 100% com a realidade da farmácia hospitalar. Trata-se de uma área de intervenção deveras complexa e com inúmeros focos.

Assim, considero que o tempo de estágio não me permitiu contactar com todas as funções que o farmacêutico hospitalar desempenha como por exemplo, ensaios clínicos, autorizações de utilização especial, gestão dos serviços farmacêuticos, etc.

b) Falta de Organização

No decorrer do estágio fui-me apercebendo que havia alguma falta de organização nos serviços farmacêuticos, quer a nível de espaço, quer a nível de recursos humanos. Como já falei nos pontos fracos desta análise, a falta de colaboradores e a constante rotatividade das equipas causa alguma entropia no dia-a-dia que se revelava numa tensão constante nos colaboradores e alguma indefinição das tarefas a realizar. Este fator causou-me alguma ansiedade e desconforto durante o estágio, pois por vezes sentia-me um pouco perdida e sem saber de que forma podia ajudar. Esta desorganização levou a que os farmacêuticos nem sempre conseguissem orientar-me da melhor forma possível.

D. Considerações Finais

Ao longo dos anos de formação, fui-me auto propondo a estágios extracurriculares em diferentes áreas que me permitiram uma visão mais aproximada da realidade dos farmacêuticos em Portugal. Graças a esses estágios consegui a motivação necessária para terminar o MICF, pois apercebi-me que queria mesmo ser farmacêutica e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde em Portugal, privilegiando sempre a interação com os doentes.

Em 2016, realizei um estágio de verão, com a duração de um mês, em farmácia hospitalar, num hospital público. Este estágio despoletou em mim a vontade de aprofundar os conhecimentos em farmácia hospitalar e esta área tornou-se uma possibilidade de futuro.

Dada a possibilidade de estagiar em farmácia hospitalar a fim de concluir o MICF, resolvi, de imediato, aproveitar e acabei por escolher uma instituição privada a fim de contactar com uma realidade diferente.

Considero que este estágio foi muito enriquecedor e permitiu-me consciencializar da importância do farmacêutico no meio hospitalar, constatando que as suas funções são de carácter indispensável.

Em jeito de conclusão, agradeço à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra a possibilidade de realização do estágio curricular no HCIS e, principalmente à equipa dos serviços farmacêuticos por me ter acolhido, por todos os conhecimentos que me transmitiram e por terem contribuído para a minha formação enquanto futura farmacêutica.

III. Influence of active coping with health problems in hypertensive patients' adherence

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença de elevada prevalência a nível mundial, sendo diversos os fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento. Apesar da terapêutica instituída, muitos doentes não apresentam a sua doença controlada. Entre outros aspetos, é fundamental estudar e compreender as condicionantes que levam à não adesão à terapêutica para que se possa intervir nesse fator. A forma como os doentes encaram a doença influencia fortemente a sua adesão à terapêutica, pelo que é de extrema importância o desenvolvimento e implementação de estratégias de *coping*, que levem a atitudes proativas dos doentes em relação à sua doença, promovendo deste modo o sucesso terapêutico.

Objetivo: A presente monografia tem como objetivo conhecer a influência de estratégias de *coping* na adesão do doente à terapêutica anti-hipertensora.

Metodologia: O presente estudo foi realizado em farmácias comunitária portuguesas. Foram convidados a participar todos os doentes que apresentassem prescrição de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensor ou que fizessem terapêutica anti-hipertensora há mais de 3 meses. Na entrevista com o doente foram recolhidos dados sociodemográficos e relativos à terapêutica de cada doente e realizados os questionários HKT (*Hypertension Knowledge Test*), BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*) e MUAH (*Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*).

Resultados: Participaram no estudo 197 doentes, com uma média de idades de 65,82 ± 12,15 anos. O questionário MUAH revelou uma pontuação média de *active coping* de 29,94 ± 6,309, num máximo de 42, mostrando uma elevada proatividade dos doentes em relação à HTA. Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as preocupações que o doente tem em relação à medicação (BMQ-Preocupações) e o *active coping* (coeficiente de correlação de Pearson = -0,199; p=0,005).

Conclusão: Este estudo permite concluir que os doentes participantes no estudo apresentam atitudes proativas em relação à HTA. Conclui-se ainda que os doentes que apresentam menos preocupações com a medicação são mais proativos em relação à sua doença.

Palavras-chave: hipertensão; adesão à terapêutica; *active coping*; questionário MUAH.

Abstract

Introduction: Arterial hypertension is highly prevalent worldwide, with diverse risk factors contributing to its development. In spite of the prescribed therapy, many patients do not show control over their disease. Among other aspects, it is paramount to study and understand the conditioning factors leading to therapeutic non-adherence, enabling adequate mitigation of this factor. The way patients face their disease strongly influences their therapy adherence. The development and implementation of coping strategies that lead to patients proactive attitudes towards their illness are of extreme importance to promote therapeutic success.

Objective: This thesis objective is to understand the influence of coping strategies on patient adherence to the antihypertensive therapy.

Methodology: The following study was conducted on Portuguese community pharmacies. All patients prescribed with at least one antihypertensive drug or under antihypertensive therapy for over three months were invited to participate. In the interview with the patient, sociodemographic and personal prescribed therapy data were collected. Furthermore, the HKT (Hypertension Knowledge Test), BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire) e MUAH (Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension) questionnaires were conducted with each patient.

Results: 197 patients participated in the study, whose age averaged 65,82± 12,15 years. The MUAH questionnaire revealed an average active coping score of 29,94±6,309, in a maximum score of 42 points. This shows a high level of patient proactivity towards AHT. A statistically significant correlation between patient concerns towards medication (BMQ-worries) and active coping (Pearson correlation coefficient = -0,199; p=0,005).

Conclusion: This study concludes that the participant patients demonstrate proactive attitudes towards AHT. In addition, patients presenting fewer worries with medication are more proactive towards their illness.

Keywords: hypertension; therapeutic adherence; active coping; MUAH questionnaire

A. Atitudes proativas do doente em relação aos seus problemas de saúde

Globalmente, as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, sendo as complicações da hipertensão responsáveis por 9,4 milhões de mortes no mundo a cada ano. A hipertensão arterial (HTA) é responsável por pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (World Health Organization, 2013). A HTA afeta 42,2% da população portuguesa em idade adulta. No grupo dos hipertensos, 76,6% conhecem o diagnóstico mas apenas 42,5% apresentam valores de pressão arterial (PA) controlados (Polonia *et al.*, 2014).

O conhecimento que a população em geral tem sobre HTA, os fatores de risco para o seu desenvolvimento e as suas consequências ainda é escasso, o que prejudica a manutenção do controlo da PA e contribui para o desenvolvimento de doença cardiovascular (Joffres *et al.*, 2013). Este conhecimento é especialmente insuficiente em idosos e em populações com menor nível socioeconómico ou acesso limitado aos serviços de saúde (Pavlik, 2001; Samal *et al.*, 2007; Chow *et al.*, 2013). O aumento da perceção das consequências da HTA está associado a uma melhor adesão à terapêutica e alterações do estilo de vida (Jankowska-Polańska *et al.*, 2016). A adesão à terapêutica é, pois, um dos fatores com maior relevância no sucesso terapêutico em casos de HTA (DiMatteo *et al.*, 2002; Holland *et al.*, 2008; World Health Organization, 2013).

Existem poucos estudos que correlacionem os acontecimentos marcantes, fatores inerentes à personalidade dos doentes e ainda a forma como estes encaram a doença e respetiva terapêutica com a adesão ou não-adesão medicamentosa (Hinkle *et al.*, 1958; Cohen, 1981; Folkman *et al.*, 1986). Estratégias de *coping* podem afetar a forma como o doente avalia cognitivamente uma situação ou evento, podendo desempenhar um papel fundamental na diminuição do impacto que os acontecimentos marcantes têm na forma como os doentes aderem à terapêutica (Holt *et al.*, 2012).

A.1. Adesão à terapêutica e *active coping*

A Organização Mundial de Saúde define adesão medicamentosa como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações dadas por um profissional de saúde (WHO, 2003). Atualmente, um doente é classificado, simplificadaamente, como aderente ou não aderente à terapêutica medicamentosa. Adesão é um conceito complicado que inclui várias dimensões como fatores relacionados com o doente, fatores socioeconómicos, fatores do sistema de saúde, fatores relacionados com a terapêutica e relacionados com a condição (WHO, 2003).

Além de todos os fatores que influenciam a adesão, deve ser dada uma especial atenção à saúde mental (depressão e ansiedade), ao stress e aos padrões de *coping* (Gremigni *et al.*, 2007; Cukor *et al.*, 2009).

Um dos aspetos mais importantes é a forma como os doentes lidam com a sua condição. *Coping* surge do verbo inglês *to cope*, cuja definição corresponde à forma adequada como se lida com uma situação, superando as dificuldades ou limites que esta apresenta. O *coping* refere-se a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais focados no controlo, redução ou eliminação do stress. Estas estratégias podem ser classificadas de acordo com a função: *coping* focado no problema (tentar modificar a origem do stress) e *coping* focado na emoção (tentar regular a resposta emocional ao stress) (Folkman *et al.*, 1986).

Com o passar dos anos, têm começado a surgir estudos que procuram encontrar uma relação entre as diferentes estratégias de *coping* e a adesão à terapêutica de diversos grupos de doentes.

Em 2012, Lourenço e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de analisar as ações e os planos de *coping* relacionados com o comportamento da adesão à terapêutica medicamentosa, desenvolvidos por doentes com doença coronária em ambulatório, a fim de se poderem identificar as barreiras que impedem a adesão medicamentosa. Neste estudo, os autores evidenciaram a elaboração de planos de ação completos e específicos associando a toma de medicamentos com marcadores temporais e com o ciclo sono-vigília. Observou-se o desenvolvimento de planos de *coping* específicos para superação do esquecimento em relação à toma de medicamentos e planos genéricos para suprir a falta de rotina nas atividades diárias relacionadas com a

toma de medicamentos. Estes resultados fornecem suporte para a aplicação da técnica de intenção de implementação em estudos de intervenção destinados a promover a adesão à terapia medicamentosa entre doentes seguidos em ambulatório com doença coronária (Lourenço *et al.*, 2012).

Outro grupo de investigadores efetuou um estudo onde concluiu que idosos com baixa habilidade de *coping* e com número significativo de acontecimentos marcantes (férias, morte de um amigo próximo ou familiar, mudança de residência, dificuldades sexuais, entre outros) tiveram menor adesão aos medicamentos anti-hipertensivos prescritos. Este estudo evidencia que os acontecimentos marcantes e fatores psicossociais podem ser um fator importante na adesão aos medicamentos prescritos (Holt *et al.*, 2012).

Vélez-Vélez e Bosch, em 2016, analisaram o valor preditivo das representações da doença sobre a adesão ao tratamento e as estratégias de *coping* em doentes a realizar hemodiálise. Os autores consideram que entender os fatores cognitivos e emocionais que influenciam o comportamento de adesão e as estratégias de *coping* e determinar a sua relação com fatores sociodemográficos continua a ser um desafio. Os resultados do estudo demonstraram que ser mulher, ter um maior conhecimento da doença e ter um menor autocontrolo pessoal afetou a adesão ao tratamento no controlo de cada fator. "Identidade", "controlo pessoal" e "adesão" foram associados a uma estratégia de *coping* proativa, enquanto que "evolução" e "género" foram relacionados independentemente das estratégias de *coping* de negação; aqueles que acreditavam que a sua doença tinha evolução crónica eram mais propensos a lidar com o problema, e essa tendência era mais forte entre as mulheres (Vélez-Vélez & Bosch, 2016).

Com o propósito de comparar o stress e as estratégias de *coping* em doentes transplantados renais aderentes e não aderentes à terapêutica imunossupressora, Brito e colaboradores realizaram um estudo comparativo, no Brasil, em cinquenta doentes classificados como aderentes e não aderentes. O estudo permitiu concluir que o stress e as estratégias de *coping* podem trazer implicações na compreensão e gestão do comportamento de não adesão dos doentes transplantados e, portanto, deviam ser considerados nas estratégias a implementar para promover a adesão à terapêutica instituída (Brito *et al.*, 2016).

Assim, tratando-se a HTA duma doença crónica, na maioria das vezes com necessidade de terapêutica crónica, é fundamental perceber as barreiras que levam os doentes a não aderirem à terapêutica e quais as estratégias adequadas para contornar os fatores que possam comprometer o sucesso terapêutico, procurando manter a PA controlada, e prevenindo deste modo os eventos cardiovasculares.

A.2. Papel dos profissionais de saúde na adesão à terapêutica

Recentemente foi publicado, em Portugal, um estudo intitulado *O que sabem sobre hipertensão arterial – os nossos doentes e os “outros”* cujo objetivo foi comparar o conhecimento sobre HTA dos doentes da consulta especializada de HTA com uma amostra aleatória de indivíduos. Entre os diversos parâmetros analisados, o estudo revelou que a não adesão terapêutica é um problema significativo e deve ser abordado de forma individualizada. Nesta investigação percebeu-se que os doentes continuam a desconhecer o que lhes é prescrito e alguns doentes consideram que as explicações dadas pelo médico não são adequadas. Assim, torna-se imprescindível a utilização, por parte do médico assistente, de estratégias para envolver ativamente os indivíduos no seu tratamento (Pintassilgo *et al.*, 2018).

Num estudo realizado em doentes transplantados renais foi descrito que os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar atenção integral aos doentes transplantados, tendo em consideração as suas necessidades biopsicossociais e espirituais e propondo intervenções para melhorar o comportamento de adesão aos medicamentos e, conseqüentemente, os resultados do transplante renal (Brito *et al.*, 2016).

No que diz respeito em particular à HTA os profissionais de saúde devem considerar a avaliação de eventos recentes da vida e habilidades de *coping* na identificação de doentes com HTA em risco de baixa adesão aos medicamentos prescritos (Holt *et al.*, 2012).

Com base nestes estudos, conclui-se que os profissionais de saúde devem estar dotados de ferramentas que lhes permitam detetar a não adesão à terapêutica e estar capacitados para elaborarem estratégias para melhorar a adesão dos doentes à terapêutica instituída.

B. Projeto de investigação: Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos

A presente monografia insere-se num trabalho de investigação clínica que tem como objetivo avaliar, numa amostra de doentes hipertensos em ambulatório, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, as crenças na medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Parecer Ref^o. 024 – CE - 2018 (ANEXO F).

Com base neste projeto, irei centrar a minha análise na influência que as estratégias de *coping* têm na adesão à terapêutica em doentes hipertensos, utilizando os dados recolhidos pelo preenchimento do questionário MUAH, mais precisamente do domínio 4 referente ao *active coping* em problemas de saúde, relacionando com os resultados do questionário BMQ e do questionário HKT.

B.1. Objetivo

A presente monografia tem como objetivo conhecer a influência de estratégias de *coping* na adesão do doente à terapêutica anti-hipertensora, numa amostra de doentes hipertensos, em ambulatório.

B.2. Metodologia

O presente estudo foi realizado em farmácias comunitárias portuguesas.

Foram convidados a participar todos os doentes que apresentassem prescrição de, pelo menos, um medicamento anti-hipertensor ou que fizessem terapêutica anti-hipertensora há mais de 3 meses. Os critérios de inclusão incidiam no facto de o doente estar a fazer terapêutica anti-hipertensiva há mais de 3 meses com, pelo menos, um medicamento anti-hipertensor. Idade inferior a 18 anos, gravidez ou défices cognitivos eram critérios de exclusão.

Aqueles que revelaram vontade em participar no estudo e cumpriam os critérios de inclusão foram informados acerca do projeto e assinaram os respetivos consentimentos informados (ANEXO G).

Na entrevista tida com o doente foram recolhidos dados sociodemográficos e relativos à terapêutica de cada doente e, a fim de se poderem avaliar os diferentes parâmetros deste estudo, foram aplicados os questionários HKT (*Hypertension Knowledge Test*), BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*) e MUAH (*Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*) (ANEXO H). Passo, de seguida, a explicar sucintamente cada um deles:

- **Questionário para avaliação do grau de conhecimento da hipertensão**

O conhecimento dos doentes sobre a HTA, avaliado através do questionário HKT – *Hypertension Knowledge Test* – foi destacado como um dos fatores mais preponderantes no baixo controlo dos valores da pressão arterial (Atallah *et al.*, 2011). O conhecimento sobre a doença esteve associado à adesão à terapêutica e, posteriormente, ao controlo da pressão arterial (Almas *et al.*, 2012).

O HKT é um questionário inicialmente criado para avaliar o grau de conhecimento sobre a hipertensão em doentes américo-coreanos. Trata-se dum questionário de fácil utilização, abrangendo vários aspetos relacionados com a hipertensão: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção (Han *et al.*, 2011; Cabral *et al.*, 2017). É composto por 21 questões que medem o nível de conhecimento do entrevistado sobre a HTA, o seu tratamento e acompanhamento. É pedido aos participantes que respondam verdadeiro ou falso a questões como “Se a sua mãe ou pai tiverem hipertensão, o seu risco de tornar-se hipertenso é maior” e selecionem a opção correta nalgumas questões de escolha múltipla. As pontuações de conhecimento são calculadas através do número de respostas corretas (intervalo possível de 0 a 21) (Han *et al.*, 2011).

Embora, em Portugal, alguns estudos tenham avaliado o conhecimento de hipertensos relativamente à doença e a relação entre o conhecimento e o controlo da PA (Prior *et al.*, 2001; Macedo *et al.*, 2010), não existia um instrumento validado para esse fim. Então, em 2017, Cabral e colaboradores desenvolveram um estudo com o objetivo de validar a adaptação europeia do HKT (Cabral *et al.*, 2017).

O questionário original foi submetido a três tradutores bilingues que conheciam os objetivos e conceitos do estudo, tendo criado três traduções independentes para o português. As três versões foram comparadas a fim de se obter uma versão consensual. Após tradução e retradução, obteve-se uma versão transculturalmente adaptada e que foi aplicada num teste piloto realizado numa amostra (n=20) portuguesa para garantir a compreensão do entrevistado e identificar dúvidas e dificuldades na sua utilização. Depois de pequenos ajustes com base nas mudanças propostas alcançou-se a versão final europeia do HKT. Segundo as normas ISO-639 e ISO-3166, a versão portuguesa do HKT foi abreviada como HKT-pt-PT (Cabral *et al.*, 2017).

▪ **Questionário sobre crenças na medicação**

O questionário BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire* – foi validado, em 1999, por Horne, Weinman and Hankins. Este questionário avalia a origem das crenças sobre medicação e interpreta a forma como estas se relacionam quer com a doença quer com a adesão à terapêutica e foi desenvolvido com base em crenças identificadas como sendo comuns a diversas doenças crónicas, através de entrevistas realizadas a doentes que faziam medicação. A sua versão final é composta por duas secções: a secção geral, que avalia crenças e preocupações gerais, e a secção específica, que avalia crenças sobre medicação específica e compreende duas subescalas – necessidades e preocupações. Esta ferramenta é flexível, podendo ser adaptada para avaliar crenças sobre todos os medicamentos para uma determinada condição ou para componentes individuais do regime (Horne *et al.*, 1999).

O BMQ-específico é constituído por 11 itens: a escala das necessidades, que avalia as crenças sobre a necessidade da medicação, é composta por 5 itens; a escala das preocupações, que avalia as crenças sobre a dependência, toxicidade e efeitos secundários da medicação, é composta por 6 itens (Horne *et al.*, 1999).

A pontuação é dada através duma escala de Likert de 5 pontos (1=discordo completamente, 2=discordo, 3=não tenho a certeza, 4=concordo e 5=concordo completamente). Quanto maior a pontuação, maior a crença do doente no conceito representado pela escala. Um diferencial necessidade-preocupações também pode ser calculado subtraindo-se as pontuações das subescalas ‘Preocupações’ das pontuações da subescala ‘Necessidades’, de tal forma que pontuações diferenciais maiores indicam

maior necessidade percebida e/ou menor preocupação, representando assim menor probabilidade de não adesão intencional (Clifford *et al.*, 2008).

Em 2013, Salgado e colaboradores validaram uma adaptação transcultural do BMQ para português. Esta foi realizada em hospitais públicos e clínicas ambulatoriais em doentes da Covilhã e Guarda, tendo sido demonstrada boa consistência e tendo sido mantida a sua estrutura idêntica à versão original em inglês (Salgado *et al.*, 2013).

- **Questionário sobre adesão à terapêutica anti-hipertensora**

O MUAH – *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* – é um questionário desenvolvido em 2006 por Wetzels e colaboradores. Composto por 25 questões, encontra-se escalado de acordo com uma escala de Likert de 7 pontos, variando do “discordo totalmente” (1 ponto) ao “concordo totalmente” (7 pontos). As questões estão agrupadas em quatro domínios:

Domínio 1 – atitude positiva em relação a cuidados de saúde e a medicação;

Domínio 2 – falta de disciplina;

Domínio 3 – aversão a medicação;

Domínio 4 – atitudes proativas (*active coping*) em relação a problemas de saúde.

Este questionário fornece informação relevante sobre as razões de uma fraca adesão à terapêutica. Trata-se dum questionário orientado para o doente que aborda fatores cognitivos e comportamentais para avaliar problemas de adesão em doentes medicados com anti-hipertensores (Wetzels *et al.*, 2006).

Cabral e colaboradores, em 2017, elaboraram um estudo com vista a desenvolver e validar para português uma versão curta do MUAH, reduzindo as suas 25 questões para apenas 16, comparando a sua validade construtiva e estrutura fatorial, dando origem ao MUAH-16. Depois de obterem a permissão, o MUAH foi traduzido e retraduzido para português, de acordo com as *guidelines* internacionais (Guillemin *et al.*, 1993; Wild *et al.*, 2005; Cabral *et al.*, 2017).

B.3. Resultados e Discussão

▪ Caracterização da amostra

No total, foram entrevistados 197 doentes hipertensos, sendo 61,40% do sexo feminino (n=121). Quanto à idade, não se observou diferença entre os sexos, sendo a média de idades de $65,82 \pm 12,15$ anos.

No que respeita ao tempo de diagnóstico da HTA, a maioria dos doentes era hipertensa há 10-20 anos, sendo a média de $13,44 \pm 10,08$ anos.

Relativamente à história clínica dos participantes no estudo, 15,20% (n=30) dos hipertensos tinha história de doença do coração, 2% (n=4) história de AVC e das 121 mulheres entrevistadas, 16,50% (n=20) tiveram HTA na gravidez.

Durante a entrevista todas as doenças, à exceção da HTA, foram autorreportadas. No gráfico I pode-se observar a frequência das doenças concomitantes à HTA e o seu grau de controlo autorreportado. Após a análise dos resultados, pode-se afirmar que os doentes participantes no estudo apresentavam, concomitantemente, doenças de elevado risco cardiovascular, mais precisamente dislipidémia (55,80%), diabetes (28,90%) e obesidade (25,90%). Estes resultados revelam que grande parte da população hipertensa padece das suas complicações, o que se torna preocupante, tendo em conta os dados do estudo realizado pela OMS em 2013, que revelam que as complicações da HTA são responsáveis por 9,4 milhões de mortes no mundo a cada ano (World Health Organization, 2013).

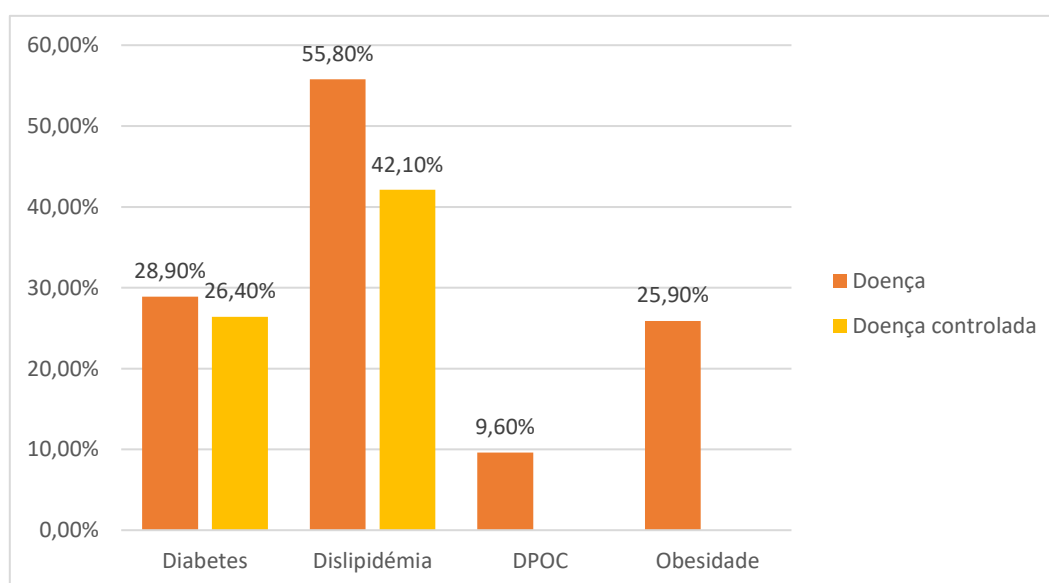


Gráfico I – Comorbilidades dos doentes hipertensos participantes no estudo.

Avaliando o número de medicamentos tomados para todas as patologias do doente, registou-se uma média de $4,30 \pm 2,52$ medicamentos/doente, sendo que 69,5% tinha dois ou mais medicamentos prescritos para o tratamento da hipertensão.

O gráfico 2 representa os resultados obtidos relativamente às diferentes classes de medicamentos anti-hipertensores prescritos aos participantes no estudo: 51,30% (n=101) da terapêutica anti-hipertensora correspondia à classe dos antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA); 41,10% (n=81) aos diuréticos tiazídicos; 36,50% (n=76) aos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA); 28,40% (n=56) aos bloqueadores beta adrenérgicos (BB) e também aos bloqueadores da entrada de cálcio (BEC). Estes resultados vão de encontro à Norma nº026/20 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013 da Direção Geral de Saúde, que recomenda como primeira linha no tratamento da hipertensão as classes de anti-hipertensores supracitadas: diurético dito tiazídico ou análogo, inibidor da enzima de conversão da angiotensina ou, em alternativa, antagonista do recetor da angiotensina e bloqueador da entrada de cálcio (Direção Geral de Saúde, 2011).

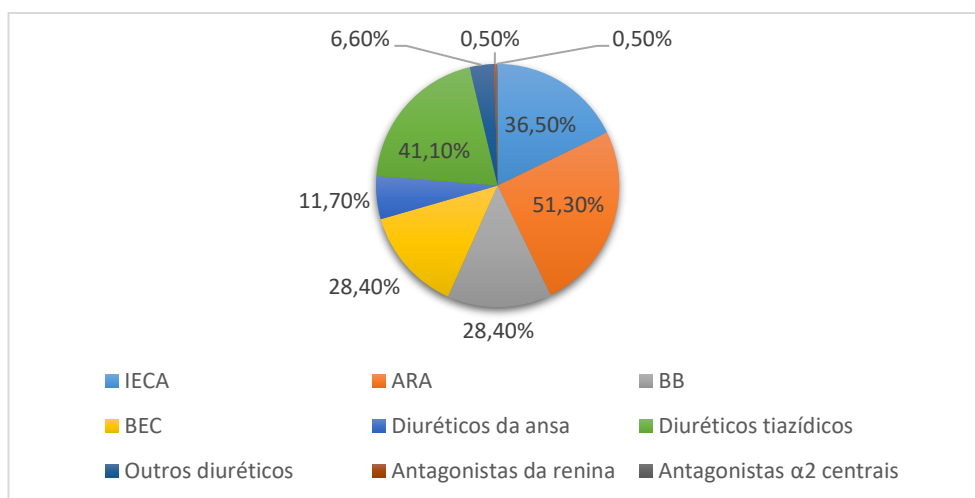


Gráfico 2 – Classes de anti-hipertensores dos participantes no estudo.

No tratamento da HTA, o valor alvo de pressão sistólica é inferior a 140mmHg, e inferior a 90mmHg (Direção Geral de Saúde, 2011). Relativamente aos valores recolhidos nas medições da pressão arterial, 54,80% (n=108) dos entrevistados apresentou valores dentro dos desejados. A média da pressão arterial sistólica foi de $133,98 \pm 16,36$ mmHg e da pressão arterial diastólica foi de $78,85 \pm 10,82$ mmHg. A frequência cardíaca foi de $72,01 \pm 10,58$ batimentos/minuto.

▪ **Domínio 4 do questionário MUAH**

No gráfico 3 representam-se os resultados da análise das respostas ao domínio 4 do MUAH, observando-se uma pontuação média de $29,94 \pm 6,309$, num máximo de 42. Estes resultados revelam que os doentes hipertensos entrevistados desenvolvem atitudes proativas satisfatórias em relação à sua doença.

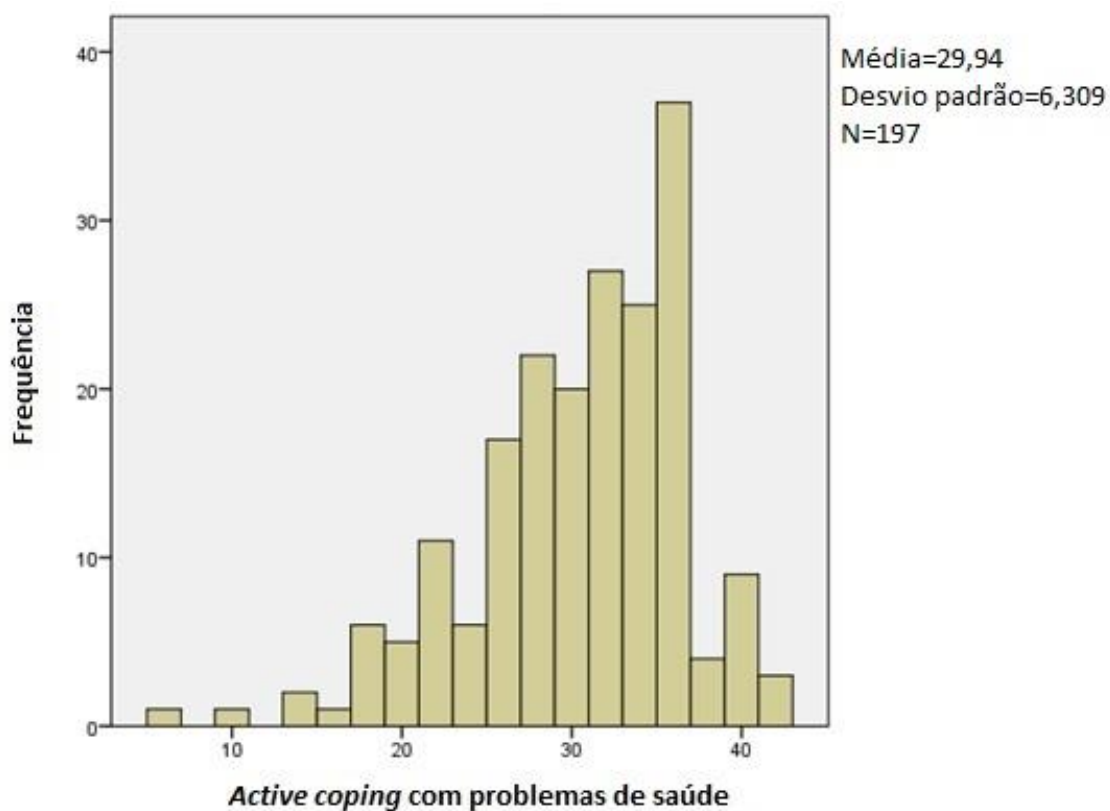


Gráfico 3 – Frequência de respostas ao domínio 4 do questionário MUAH.

Focando agora a análise nas respostas dadas às questões que constituem o domínio 4 do MUAH obtêm-se os resultados apresentados nos gráficos 4 a 9.

Relativamente à questão 20 do MUAH (gráfico 4), se por um lado 46,2% dos entrevistados admitiu fazer exercício físico suficiente para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, por outro lado 45,7% dos entrevistados negou fazê-lo. Estes resultados sugerem que o tema do exercício físico como medida não-farmacológica de controlo da HTA não é pacífico entre os hipertensos.

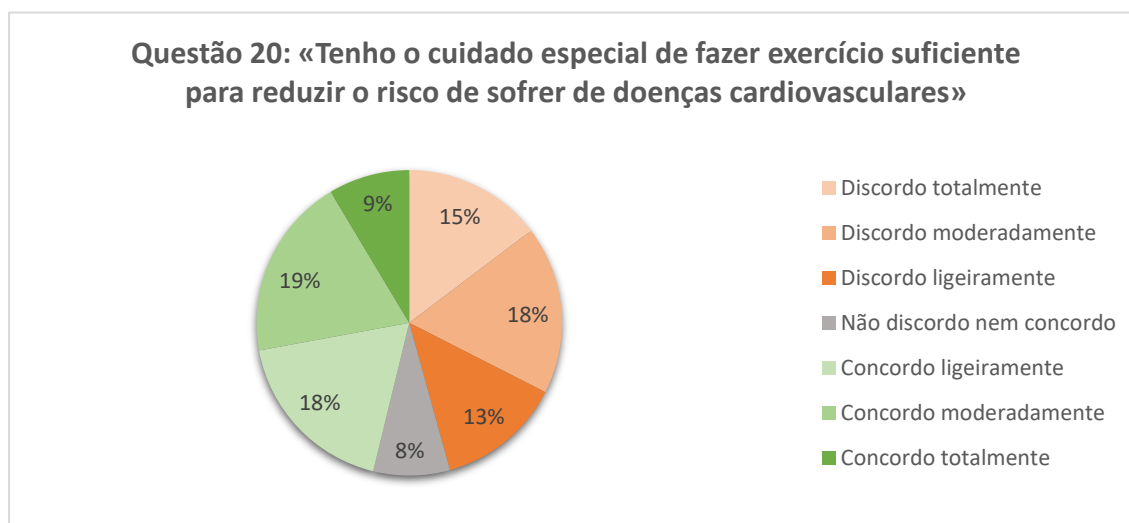


Gráfico 4 – Perfil das respostas à questão 20 do domínio 4 do MUAH.

No que toca ao consumo de gorduras (questão 21) (gráfico 5), 83,7% dos inquiridos afirmou comer menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares e, relativamente ao consumo de sal (questão 22) (gráfico 6), 85,8% disse comer menos sal para evitar doenças cardiovasculares. Estes valores refletem que a grande maioria dos hipertensos participantes neste estudo mostraram preocupação com os possíveis eventos cardiovasculares que possam advir da HTA e, portanto, revelaram cuidado com a dieta alimentar adotada. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Jankowska-Polanska e colaboradores, que refere que o aumento da perceção das consequências da HTA está associado a uma melhor adesão à terapêutica e alterações do estilo de vida (Jankowska-Polańska *et al.*, 2016). Nestes aspetos, torna-se fundamental a atitude dos profissionais de saúde – e o farmacêutico em particular dada a sua grande proximidade ao doente – na informação aos doentes sobre os fatores que influenciam o controlo da PA e educá-los para hábitos de vida saudáveis.

Gráfico 5 – Perfil das respostas à questão 21 do domínio 4 do MUAH.

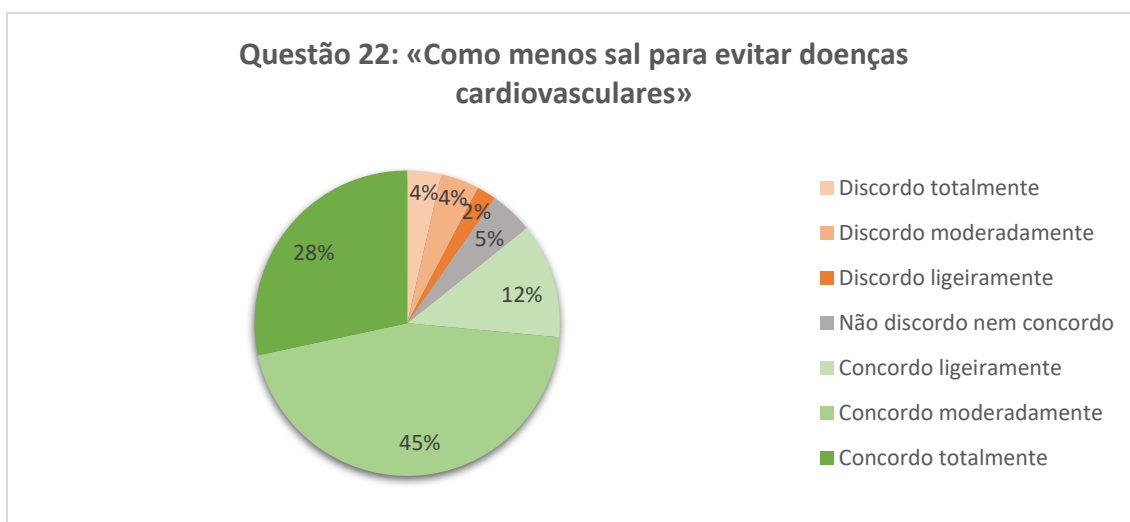
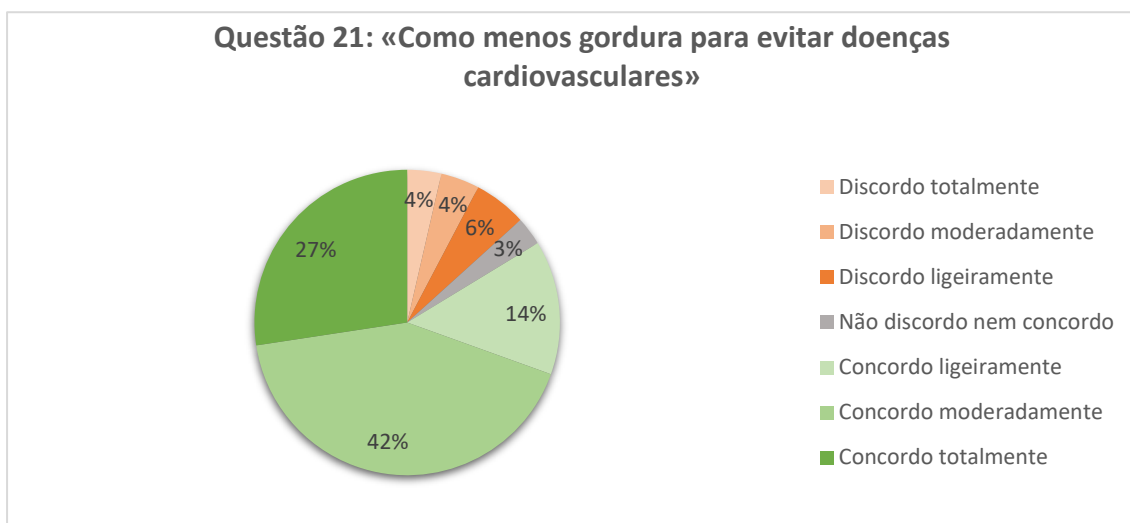


Gráfico 6 – Perfil das respostas à questão 22 do domínio 4 do MUAH.

A questão 37 do MUAH (gráfico 7) avalia a capacidade de o doente adotar um estilo de vida saudável. Pela análise do gráfico pode-se constatar que 66,6% dos hipertensos disseram conseguir adotar hábitos de vida saudável quando realmente o desejavam, indo de encontro aos resultados do estudo referido anteriormente (Jankowska-Polańska *et al.*, 2016).

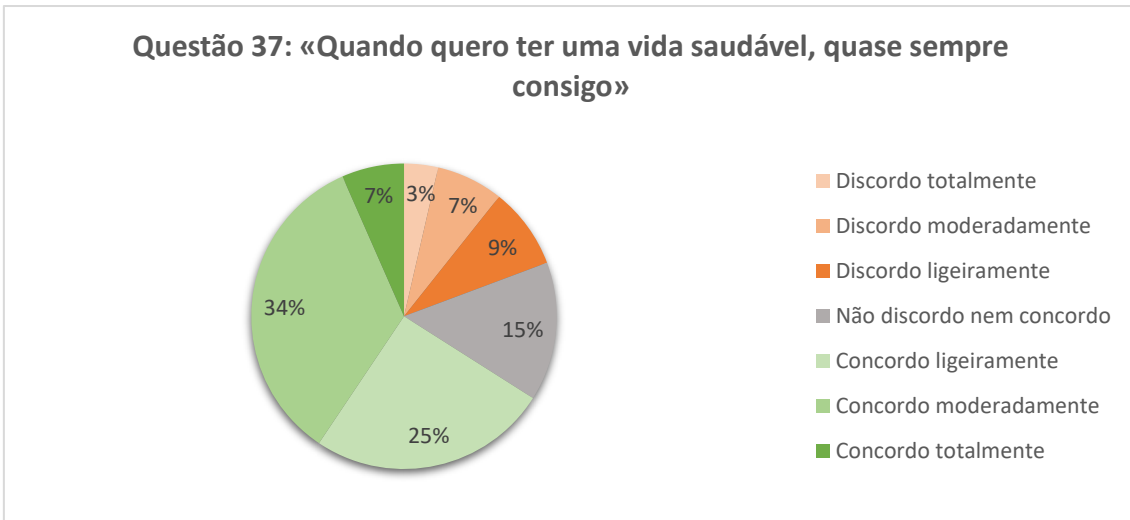


Gráfico 7 – Perfil das respostas à questão 37 do domínio 4 do MUAH.

Relativamente à questão 39 do MUAH (gráfico 8), 71,7% dos entrevistados afirmou reunir informações sobre a possibilidade de resolver problemas de saúde, demonstrando vontade em resolver os seus problemas, procurando obter conhecimento sobre as possibilidades existentes. No entanto, 17,3% negou fazê-lo e 11,2% não tinha opinião formada. Assim, cerca de 30% dos inquiridos não demonstrou preocupação em obter conhecimento a fim de tentar resolver o seu problema de saúde.

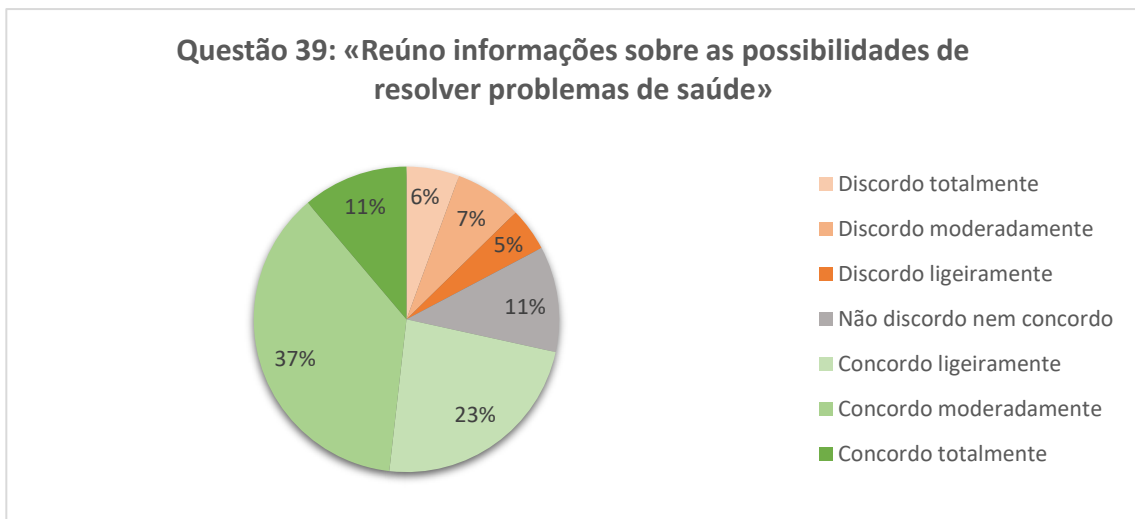


Gráfico 8 – Perfil das respostas à questão 39 do domínio 4 do MUAH.

No que concerne aos valores de PA, 74,2% dos hipertensos admitiram, na resposta à questão 40 do MUAH (gráfico 9), basear-se nos seus próprios valores de PA para resolver os seus problemas de saúde. Este valor denota que a medição da pressão arterial e a análise dos seus valores tem uma grande influência na proatividade dos hipertensos em relação à resolução dos seus problemas de saúde. Num estudo realizado por Joffres e colaboradores afirma-se que o conhecimento escasso que a população tem sobre HTA prejudica a manutenção do controlo da PA, contribuindo para o desenvolvimento de doença cardiovascular (Joffres *et al.*, 2013). Estes resultados demonstram que os hipertensos revelam conhecimento face à importância de manter os valores de PA controlados, baseando-se neles para procurar evitar as consequências da HTA.

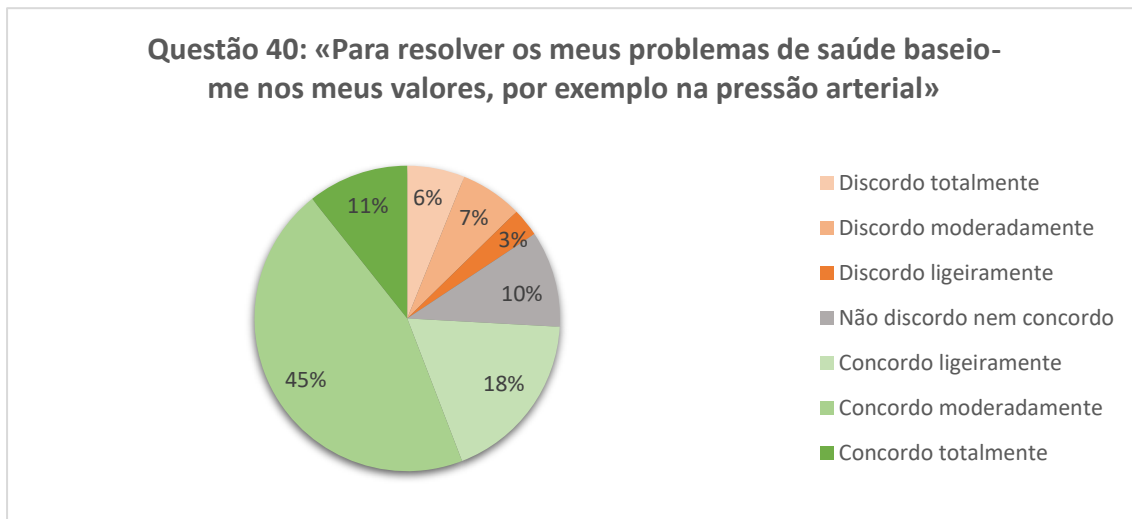


Gráfico 9 – Perfil das respostas à questão 40 do domínio 4 do MUAH.

▪ Análises de correlação

Não existe correlação estatisticamente significativa entre o *active coping* e o sexo ou a idade do doente ($p > 0,05$).

Relação *active coping* / preocupações

O estudo realizado permitiu relacionar o *active coping* com as preocupações que os entrevistados apresentaram para com a sua doença (gráfico 10). Esta relação é possível através das respostas dadas ao domínio 4 do MUAH correlacionando-as com as respostas dadas ao BMQ-Preocupações. De facto, observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o *active coping* (domínio 4 do MUAH) e as preocupações que o doente tem em relação à medicação (BMQ-Preocupações) (coeficiente de correlação de Pearson = $-0,199$; $p = 0,005$). Estes resultados revelam que os doentes com menos preocupações relacionadas com a medicação, como por exemplo, medo dos efeitos secundários ou medo que cause dependência, apresentam atitudes mais proativas em relação aos problemas de saúde.

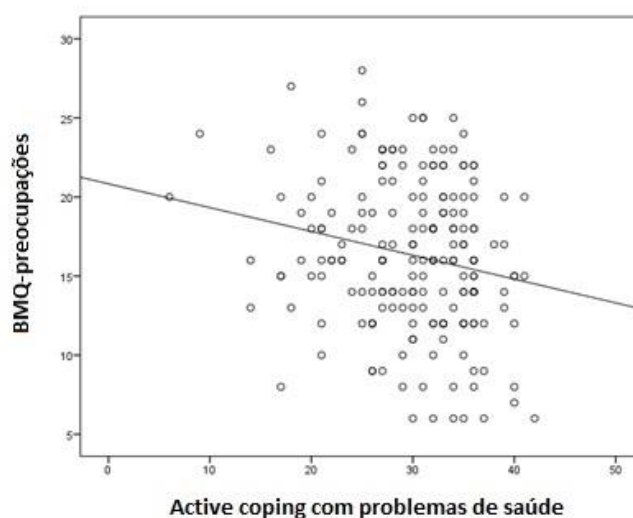


Gráfico 10 – Correlação entre o domínio 4 do MUAH e o BMQ - Preocupações.

Relação *active coping* / necessidades

Não se observou correlação entre o domínio 4 do MUAH e o BMQ-Necessidades (correlação de Pearson = $0,074$; $p = 0,298$).

Relação *active coping* / conhecimento sobre a doença

Após análise das respostas dadas ao domínio 4 do MUAH e as respostas dadas ao HKT não foi possível estabelecer uma correlação estatisticamente significativa entre as mesmas (correlação de Pearson = 0,121; $p = 0,091$). Estes resultados não permitem relacionar o conhecimento que existe sobre a doença e o *active coping*.

Segundo o estudo realizado por Pintassilgo e colaboradores, os doentes revelam falta de conhecimento em relação à doença e à medicação, levando a uma menor adesão à terapêutica (Pintassilgo et al., 2018). Esta falta de correlação, não suportada pela bibliografia analisada, pode levar-nos a questionar se a medida utilizada para medir o grau de *active coping* foi suficiente para, efetivamente, o avaliarmos. O facto de termos usado apenas uma parte de um questionário para estudar o *coping* poderá ter levado a esta impossibilidade de correlação. Possivelmente, seria mais adequado o uso de instrumentos validados para analisar o *coping*, em detrimento do MUAH, como por exemplo:

- **Brief Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE)** – Escala de autorrelato composta por 28 itens que questionam sobre as estratégias gerais de *coping* das pessoas, originando 14 subescalas (Carver, 1997).
- **Religious Coping (RCOPE)** – Escala de nove itens composta por três subescalas que avalia métodos positivos e negativos de *coping* religioso/espiritual (Pargament et al., 1999).
- **Ways of Coping Strategies (WCS)** – Escala de 45 itens desenvolvida por Vitaliano e colaboradores (Vitaliano et al., 1985) e validado para uso em português (Seidl et al., 2001). Os itens deste instrumento de autorrelato são classificados numa escala de Likert de cinco pontos (1 - eu nunca faço isso, 2 - eu faço isso um pouco, 3 - eu faço isso às vezes, 4 - eu faço isso muitas vezes e 5 - eu faço sempre isso). São avaliados quatro padrões de *coping*: *coping* focado no problema; *coping* focado na emoção; *coping* relacionado com a religião, fantasias ou pensamentos e *coping* relacionado com a procura de suporte social. Pontuações mais elevadas indicam maior uso de cada estratégia de *coping* (Vitaliano et al., 1985).

Considera-se pertinente que, num trabalho futuro, ampliando a amostra a fim de aumentar a sua representatividade, se possam identificar as barreiras que impedem a

adesão à terapêutica. Para que isto possa ser feito, é imperativo que se validem e adaptem questionários de avaliação de *coping* para a população portuguesa.

Tal como foi referido ao longo da discussão e sendo concordante com o estudo realizado por Holt e colaboradores, onde se afirma que os profissionais de saúde devem considerar as habilidades de *coping* na identificação de doentes com HTA em risco de baixa adesão aos medicamentos prescritos (Holt *et al.*, 2012), os profissionais de saúde, nomeadamente o farmacêutico, assumem um papel preponderante na promoção da adesão à terapêutica, quer no que concerne à promoção de hábitos de vida saudáveis quer na elucidação e despreocupação dos doentes em relação à sua doença. Assim, é, também, pertinente, avaliar o grau de preparação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de estratégias / mecanismos para aumentar a proatividade dos doentes e, conseqüentemente, promover a adesão à terapêutica.

Em suma, este estudo revela que os hipertensos apresentam, em geral, atitudes proativas em relação à doença e demonstra que doentes que apresentam menos preocupações com a medicação são os mais proativos em relação ao seu problema de saúde.

B.4. Conclusão

Neste trabalho, pode-se verificar que existe uma relação entre as preocupações que os doentes revelam para com a medicação e a proatividade em relação às medidas não farmacológicas, como por exemplo a adoção de hábitos de vida saudáveis. É, de facto, interessante perceber que o facto de os doentes terem medo das reações adversas dos medicamentos ou até medo que causem dependência provoca-lhes desconforto e, portanto, apresentam-se mais resistentes à terapêutica.

No entanto, os resultados não revelaram existir uma correlação entre o conhecimento que o doente revela sobre a hipertensão e as suas atitudes positivas em relação à doença.

Com este estudo pode-se constatar que os hipertensos revelam preocupação com as questões relacionadas com a alimentação que possam causar-lhes doenças cardiovasculares, como por exemplo, o consumo de sal e gorduras. Grande parte dos entrevistados afirmou evitar o consumo de sal e de gorduras a fim de prevenir efeitos cardiovasculares. Pelo contrário, a percentagem de inquiridos que pratica exercício físico, tendo consciência de que se trata de um fator importante para a redução de eventos cardiovasculares, foi inferior.

Este trabalho evidencia que os hipertensos revelam proatividade no que diz respeito à forma como lidam com a doença, pois mais de metade dos entrevistados afirmou conseguir adotar um estilo de vida saudável quando quer e outros tantos dizem reunir informação sobre as possibilidades de resolver os problemas de saúde. Verifica-se, ainda, que grande parte dos hipertensos se baseia nos valores de pressão arterial para resolver os seus problemas de saúde.

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para a implementação de medidas que levem a uma diminuição das preocupações dos doentes em relação à medicação e ainda estratégias que possam melhorar a proatividade dos doentes em relação à doença. No que concerne ao farmacêutico, este deverá demonstrar sempre disponibilidade para esclarecer as dúvidas que os doentes apresentem em relação aos medicamentos prescritos, diminuindo, assim, as suas preocupações e consequentemente aumentando a sua adesão à terapêutica. Por outro lado, como agente de saúde pública, o farmacêutico pode contribuir para a adoção de hábitos de vida saudáveis e para a educação dos seus doentes em relação à doença.

IV. Referências bibliográficas

ALMAS, A. *et al.* - Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. **BMC Research Notes**. . ISSN 1756-0500. 5:1 (2012) 579. doi: 10.1186/1756-0500-5-579.

ATALLAH, A. *et al.* - Niveau de connaissance de leur pathologie des patients hypertendus suivis en médecine générale et sa relation avec l'obtention des objectifs thérapeutiques. Étude Co-HACT, DOM-TOM. **Annales de Cardiologie et d'Angéiologie**. . ISSN 00033928. 60:1 (2011) 21–26. doi: 10.1016/j.ancard.2010.06.001.

BRITO, D. *et al.* - Estresse, coping e aderência a medicamentos imunossupressores em transplante renal: Um estudo comparativo. **Sao Paulo Medical Journal**. . ISSN 15163180. 134:4 (2016) 292–299. doi: 10.1590/1516-3180.2015.01071008.

CABRAL, A. C. *et al.* - Cross-cultural adaptation of Hypertension Knowledge Test into European Portuguese. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. . ISSN 21759790. 53:4 (2017) 1–9. doi: 10.1590/s2175-97902017000400245.

CARVER, C. S. - You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. **International Journal of Behavioral Medicine**. . ISSN 1070-5503. 4:1 (1997) 92–100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.

CHOW, C. K. *et al.* - Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. **JAMA**. . ISSN 0098-7484. 310:9 (2013) 959. doi: 10.1001/jama.2013.184182.

CLIFFORD, S.; BARBER, N.; HORNE, R. - Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity–Concerns Framework. **Journal of Psychosomatic Research**. . ISSN 00223999. 64:1 (2008) 41–46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.004.

COHEN, F. - Stress and bodily illness. **The Psychiatric clinics of North America**. . ISSN 0193-953X. 4:2 (1981) 269–86.

CUKOR, D. *et al.* - Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. **Kidney International**. . ISSN 00852538. 75:11 (2009) 1223–1229. doi: 10.1038/ki.2009.51.

DIMATTEO, M. R. *et al.* - Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Medical care**. . ISSN 0025-7079. 40:9 (2002) 794–811. doi: 10.1097/01.MLR.0000024612.61915.2D.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. **Norma da Direção Geral de Saúde**. 026/2011:2011) 1–14.

FOLKMAN, S. *et al.* - Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **Journal of personality and social psychology**. . ISSN 0022-3514. 50:3 (1986) 571–9.

GREMIGNI, P. *et al.* - Psychological factors associated with medication adherence following renal transplantation. **Clinical Transplantation**. . ISSN 0902-0063. 0:0 (2007) 070618134134005–??? doi: 10.1111/j.1399-0012.2007.00727.x.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. - Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**. . ISSN 0895-4356. 46:12 (1993) 1417–32.

HAN, Hae-Ra *et al.* - Development and Evaluation of a Hypertension Knowledge Test for Korean Hypertensive Patients. **The Journal of Clinical Hypertension**. . ISSN 15246175. 13:10 (2011) 750–757. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00497.x.

HINKLE, LAWRENCE E. *et al.* - An Investigation of the Relation Between Life Experience, Personality Characteristics, and General Susceptibility to Illness. **Psychosomatic Medicine**. . ISSN 0033-3174. 20:4 (1958) 278–295. doi: 10.1097/00006842-195807000-00002.

HOLLAND, N. *et al.* - Identifying Barriers to Hypertension Care: Implications for Quality Improvement Initiatives. **Disease Management**. . ISSN 1093-507X. 11:2 (2008) 71–77. doi: 10.1089/dis.2008.1120007.

HOLT, E. W. *et al.* - Life Events, Coping, and Antihypertensive Medication Adherence Among Older Adults: The Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults. **American Journal of Epidemiology**. . ISSN 0002-9262. 176:suppl 7 (2012) S64–S71. doi: 10.1093/aje/kws233.

HORNE, R.; WEINMAN, J.; HANKINS, M. - The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. **Psychology and Health**. . ISSN 08870446. 14:1 (1999)

1–24. doi: 10.1080/08870449908407311.

HYMAN, D. J.; PAVLIK, V. N. - Characteristics of Patients with Uncontrolled Hypertension in the United States. **New England Journal of Medicine**. . ISSN 0028-4793. 345:7 (2001) 479–486. doi: 10.1056/NEJMoa010273.

JANKOWSKA-POLAŃSKA, B. *et al.* - Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. **Patient preference and adherence**. . ISSN 1177-889X. 10:2016) 2437–2447. doi: 10.2147/PPA.S117269.

JOFFRES, M. *et al.* - Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. **BMJ Open**. . ISSN 2044-6055. 3:8 (2013) e003423. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003423.

LOURENÇO, L. *et al.* - Action and coping plans related to the behavior of adherence to drug therapy among coronary heart disease outpatients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. . ISSN 0104-1169. 20:5 (2012) 821–829. doi: 10.1590/S0104-11692012000500002.

MACEDO, A. *et al.* - Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. **Journal of Cardiovascular Disease Research**. . ISSN 09753583. 1:4 (2010) 196–202. doi: 10.4103/0975-3583.74263.

PARGAMENT, K. I.; UNDERWOOD, L.G.; FETZER INSTITUTE - Meaning in: multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: m report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. **Kalamazoo, Mich: John E. Fetzer Institute**. 1999) 11–18.

PINTASSILGO, I. *et al.* - Janeiro/fevereiro 2018. **Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular**. 63:2018) 16–21.

POLONIA, J. *et al.* - Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal. **Journal of Hypertension**. . ISSN 0263-6352. 32:6 (2014) 1211–1221. doi: 10.1097/HJH.000000000000162.

PRIOR, C. *et al.* - Hipertensos: Que conhecimentos? Que atitudes? **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. 2001) 47–55.

SALGADO, T. *et al.* - Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o Português. **Sao Paulo Medical Journal**. . ISSN 15163180. 131:2 (2013) 88–94.

doi: 10.1590/S1516-31802013000100018.

SAMAL, D. *et al.* - The Relation Between Knowledge About Hypertension and Education in Hospitalized Patients With Stroke in Vienna. **Stroke**. . ISSN 0039-2499. 38:4 (2007) 1304–1308. doi: 10.1161/01.STR.0000259733.43470.27.

SEIDL, E.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. - Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. . ISSN 0102-3772. 17:3 (2001) 225–234. doi: 10.1590/S0102-37722001000300004.

VÉLEZ-VÉLEZ, E.; BOSCH, R. J. - Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. **Journal of Advanced Nursing**. . ISSN 03092402. 72:4 (2016) 849–863. doi: 10.1111/jan.12873.

VITALIANO, P. P. *et al.* - The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. **Multivariate Behavioral Research**. . ISSN 0027-3171. 20:1 (1985) 3–26. doi: 10.1207/s15327906mbr2001_1.

WETZELS, G. *et al.* - Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire”. **Patient Education and Counseling**. . ISSN 07383991. 64:1–3 (2006) 151–158. doi: 10.1016/j.pec.2005.12.010.

WILD, D. *et al.* - Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in Health**. . ISSN 10983015. 8:2 (2005) 94–104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - A global brief on Hypertension - World Health Day 2013. **World Health Organization**. . ISSN 0959-8138. 2013) 1–40. doi: 10.1136/bmj.l4815.882-a.

V. Anexos

A. Protocolos de Atendimento - Diarreia



PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO

DIARREIA

ENQUADRAMENTO

A **diarreia** pode estar relacionada com uma simples alteração intestinal ou ser um sintoma de uma doença mais grave.

TIPOS DE DIARREIA		
Crónica	Aguda	Diarreia do viajante
Caracteriza-se por uma emissão de fezes não moldadas persistentes por um período igual ou superior a 1 mês (Síndrome do Cólon Irritável, Diabetes, Hipertiroidismo).	Início súbito de emissão de fezes aquosas, com duração inferior a 14 dias (infecção bacteriana ou viral – alimentos contaminados).	<ul style="list-style-type: none">• Diarreia aguda, de origem bacteriana• Surge quando a pessoa se desloca para uma região com condições sanitárias inferiores às de origem<ul style="list-style-type: none">• Ingestão de alimentos e bebidas• Exposição a uma população bacteriana diferente – alteração da flora bacteriana intestinal• Os sintomas surgem durante a 1ª semana de exposição• Melhorias em 3-5 dias, mesmo sem tratamento• A reposição de fluidos e de eletrólitos é essencial <p>A terapêutica com medicamentos modificadores da motilidade intestinal (Imodium®) está contraindicada</p>

QUESTÕES A COLOCAR AO UTENTE PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

1. Quando teve início (curta ou longa duração)?
2. Fez alguma alteração na sua alimentação ou na sua medicação?
3. Fez alguma viagem recentemente?
4. Mais alguém que se lhe seja próximo apresentou os mesmos sintomas?
5. Associa a diarreia a algum estado de ansiedade?
6. Já tomou alguma medida terapêutica? Qual?
7. Como se caracteriza a diarreia (nº de dejeções por dia, cor, odor, consistência, presença de sangue, muco, pus, gordura ou alimentos mal digeridos)?
8. Tem mais algum sintoma (febre, dor abdominal, vómitos)?
9. Tem alguma patologia (doença intestinal, diabetes, doença hepatobiliar, doença cardiovascular, imunossupressão) ou toma alguma medicação?

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A **hidratação oral** e a **substituição da flora intestinal** podem ser feitas com os MNSRM's disponíveis.

Os **sais de hidratação oral** são muito importantes na **profilaxia da desidratação**, porque contêm Na⁺ e K⁺ para repor esses iões essenciais, e citrato e/ou bicarbonato para evitar a acidose. A **glucose** é essencial porque atua como transportador de Na⁺ e fornece a **energia** necessária ao processo. São preparações **extemporâneas** e devem ser **conservadas em local fresco e rejeitadas 24h após a sua preparação**. Quando a preparação se destina a **crianças**, a água deverá ser **fervida e arrefecida** antes da preparação.

Loperamida (agente que **diminui a motilidade**): altera o peristaltismo intestinal e tem elevada afinidade para os recetores opióides da mucosa intestinal. **Não deve ser usada quando existe suspeita de infeção bacteriana com febre, uma vez que ao inibir a eliminação da infeção, podem prolongar os sintomas e a sua gravidade.**

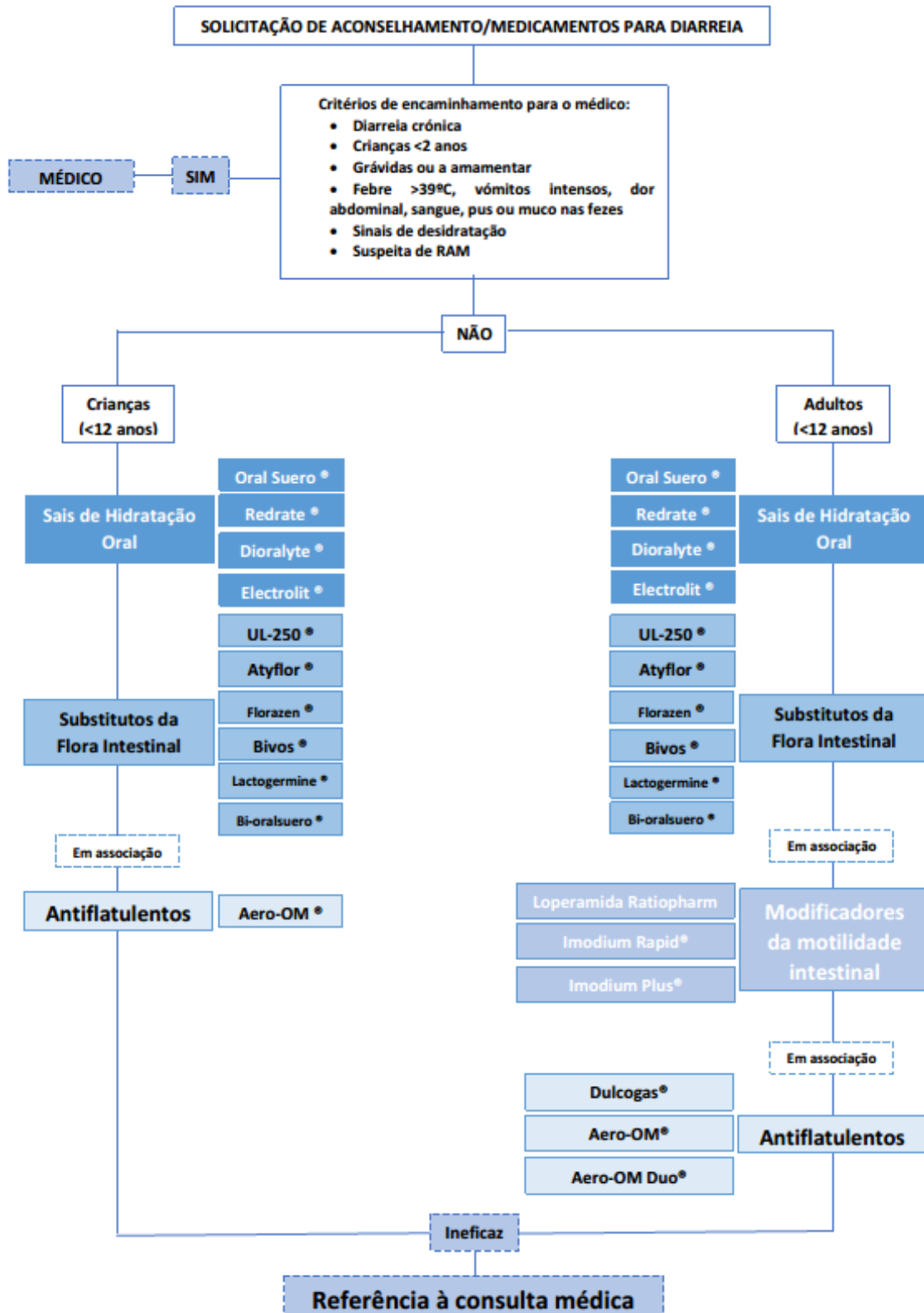
Lactobacilos e leveduras: pretendem substituir a **microflora** do cólon; **restauram a função intestinal** e suprimem o crescimento de microrganismos patogénicos.

NOTAS IMPORTANTES

- Em caso de o utente estar a tomar antibiótico, a toma dos substitutos da flora intestinal deve ser feita espaçadamente da toma do antibiótico, para este não inibir o efeito dos lactobacilos.
- Nos lactentes, a amamentação não deve ser interrompida, mesmo nos casos em que seja necessária a hidratação oral.
- As mulheres a tomar contraceptivos orais devem ser alertadas para o facto de poderem ter que tomar medidas contraceptivas adicionais.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- **Repouso e dieta equilibrada** (evitar alimentos ricos em gorduras e/ou fibras e condimentados; evitar bebidas alcoólicas e contendo cafeína, bem como leite e derivados; ingerir banana madura, arroz branco e pão branco tostados apenas após 24h).
- **Hidratação oral**: água e sumos de fruta diluídos (evitar bebidas muito açucaradas).
- Nas crianças com vómitos, a **administração de soluções orais eletrolíticas deve ser feita lentamente**: 1-2 colheres pequenas, de 10 em 10 minutos



B. Protocolos de Atendimento – Afeções do Aparelho Genito-urinário



PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO AFECÇÕES DO APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

ENQUADRAMENTO

A vagina é um canal fibromuscular que possui vários mecanismos de defesa que atuam de forma sinérgica e complementar contra agentes infecciosos.

A secreção de fluido vaginal e a microflora saprófita conferem à vagina um **pH ácido** característico, responsável pela **prevenção** da proliferação de microrganismos infecciosos.

As espécies de *Lactobacillus* representam **90-95% da microflora vaginal**. Os restantes 5-10% correspondem a várias espécies de bactérias, entre as quais, *Gardnerella vaginalis*, *Staphylococcus* ou *Streptococcus*.

A *Candida albicans* é uma levedura saprófita capaz de proliferar e de se tornar **infecciosa** em situações de **desequilíbrio local**.

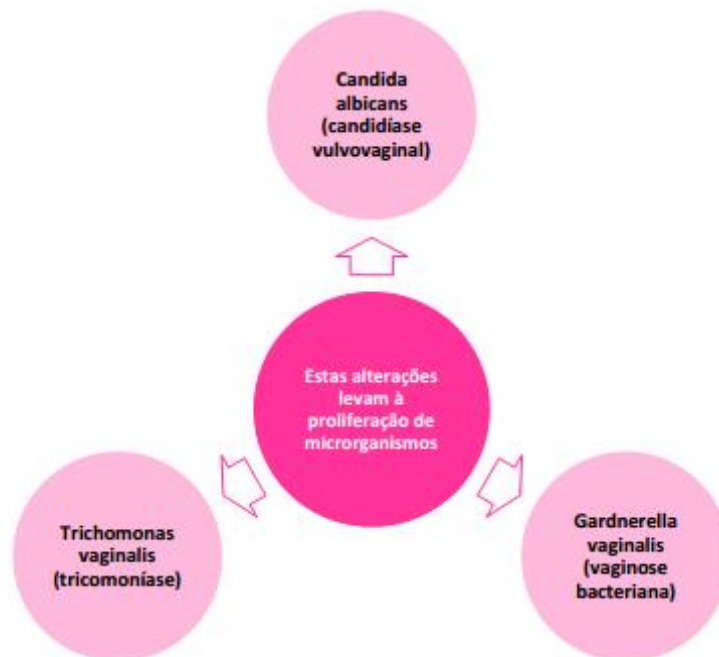
A concentração de **glicogénio** na vagina (necessário à fixação de *Lactobacillus*) **varia com o ciclo hormonal**, sendo **máxima** próximo da **ovulação**. Durante a **menstruação**, as alterações endometriais e hormonais provocam um **aumento do pH vaginal**, originando um **aumento da proliferação das espécies infecciosas**.

No período **pós-menopausa** ocorre uma redução das reservas de glicogénio e, consequentemente, alteração da microflora, com **elevação do pH vaginal**.

Em resumo:

FAIXA ETÁRIA	Concentração de estrogénio	pH vaginal
Criança	-	6-7
Puberdade	+	5-7
Adulta	++	3,8-4,2
Gravidez	+++	3,5-4,5
Menopausa	-	6-7

FATORES DESENCADEANTES DE INFEÇÕES VAGINAIS	
Redução da concentração de glicogénio	<ul style="list-style-type: none"> • Puberdade e menopausa • Ciclo menstrual • Gravidez • Administração de contraceptivos hormonais
Eliminação da microflora saprófita	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene íntima desadequada • Administração de antibióticos
Redução da resposta imunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Obesidade • Imunodeficiência • Administração de imunossupressores
Aumento da exposição a microrganismos infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado número de parceiros sexuais • Contaminação vaginal com resíduos urinários ou fecais
Alteração do ambiente vaginal (temperatura, pH e humidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tampões e pensos higiénicos • Uso de vestuário inadequado (roupa apertada ou fibras sintéticas)



		Saudável	Dermatite vulvar	Vaginose bacteriana	Candidíase vulvo-vaginal	Tricomoníase
Descrição			Causas: Irritação mecânica, química ou alérgica, provocadas por utilização de produtos irritantes.	Substituição dos <i>Lactobacillus</i> por bactérias anaeróbias que se tornam infecciosas.	Infeção fúngica que se considera recorrente quando existirem 4 ou mais episódios sintomáticos por ano.	Infeção sexualmente transmissível. Recomenda-se o tratamento dos parceiros (sintomáticos e assintomáticos) sexuais da mulher sintomática.
Fluido vaginal	Cor	Branca ou transparente	Branco ou transparente	Branca ou acinzentada	Branca	Amarelada ou esverdeada
	Odor	Inodoro	Inodoro	Desagradável (peixe)	Inodoro	Desagradável
	Consistência	Homogénea ou flocular	Homogénea ou flocular	Homogénea	Espesso (tipo requeijão)	Espumosa
	Viscosidade	Elevada	Elevada	Baixa	Elevada	Baixa
pH vaginal		3,8-4,2	3,8-4,2	5-6	4-4,5	>4,5
Aspeto da mucosa		Rosado	Possibilidade de eritema ou fissuras locais	Ausência de inflamação e eritema	Edema, eritema e escoriações locais	Eritema
Ardor		Ausência	Ausência	Ausência	Disúria e/ou dispaneuria	Disúria e/ou dispaneuria
Prurido		Ausência	Intenso	Ausência	Intenso	Intenso

Nota:

No homem, a infeção por *Candida albicans* origina **candidíase balânica**:

- A candidíase balânica ocorre quando se instala uma **infeção fúngica** no **pénis**.
- Embora esta não seja uma infeção transmitida sexualmente, a candidíase **pode ser transmitida ao parceiro sexual em situações de imunodeficiência**.
- Esta infeção manifesta-se com **prurido**, **eritema** e presença de **placas esbranquiçadas** na glânde e prepúcio. Pode ocorrer **corrimento** esbranquiçado (semelhante ao sêmen), disúria e dispaneuria.
- O tratamento consiste na aplicação de um **antimicótico** na zona da **glânde e prepúcio**.

QUESTÕES A COLOCAR AO UTENTE PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

1. Que sintomas tem (ardor, corrimento, prurido, ...)?
2. Quando se iniciaram os sintomas?
3. Fez alguma medicação recentemente (antibiótico, por exemplo)?
4. Utilizou algum produto de higiene íntima diferente do habitual?
5. Já tomou alguma medida terapêutica? Qual?
6. Tem algum problema de saúde?
7. Faz medicação habitual (p.ex.: imunossuppressores)?

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- O tratamento farmacológico envolve a administração tópica de antimicóticos imidazóis capazes de afetar a estrutura membranar e eliminar a infeção fúngica.
- O tratamento intravaginal pode ser complementado com a aplicação externa de creme antimicótico na zona afetada.
- Quando o prurido é muito intenso, a aplicação tópica de hidrocortisona creme poderá ser usada para alívio sintomático.

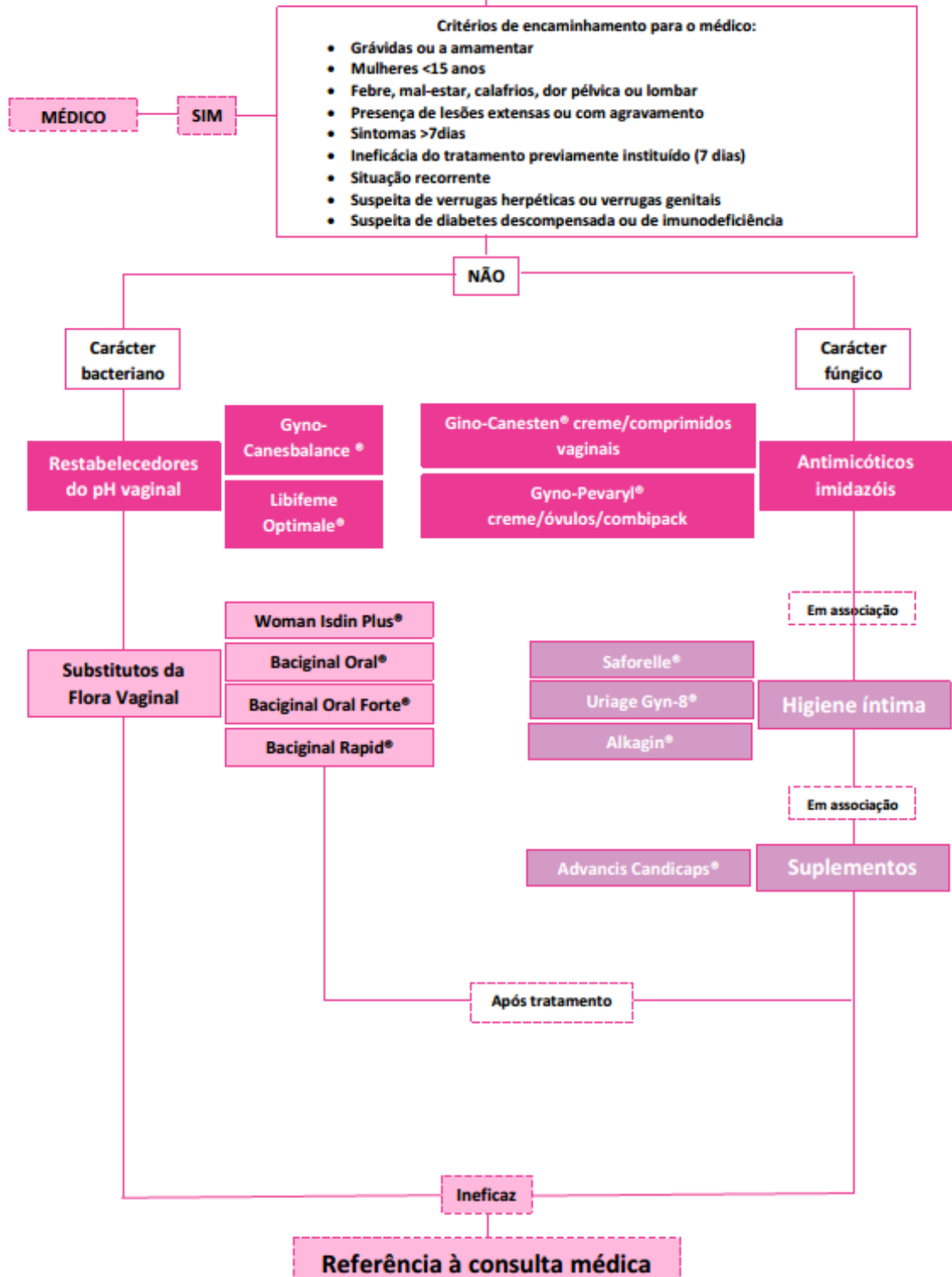
NOTAS IMPORTANTES

- A aplicação intravaginal do antimicótico deve ser feita o mais profundamente possível (usando os respetivos aplicadores) e, preferencialmente, ao deitar, para evitar a perda acidental de medicamento e aumentar o tempo de contacto com a mucosa infetada.
- A aplicação de cremes antimicóticos na zona externa deve estender-se dos órgãos genitais até ao ânus.
- A utilização de antimicóticos imidazóis tópicos pode comprometer a eficácia contraceptiva ao inativar os espermicidas e ao deteriorar os preservativos e diafragmas de latex. Deve ser recomendada a abstenção sexual temporária durante o tratamento.
- A utilização de probióticos não deve ser simultânea à utilização do tratamento antimicótico.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Higienizar a zona afetada antes da aplicação tópica do medicamento e secar adequadamente.
- Usar uma toalha específica para a zona afetada e não esfregar a zona vulvar.
- Limitar a ingestão de produtos açucarados.
- Evitar a utilização de tampões ou outros produtos vaginais durante a aplicação de medicamentos.
- A utilização de probióticos deve ser considerada em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente ou mulheres com contra-indicações à terapêutica antifúngica.
- Deverá ser considerada a administração de um probiótico em mulheres com infeções vaginais recorrentes provocadas pela administração de antibióticos.
- Fazer a higiene íntima diária com produtos adequados ao pH vaginal (pH ácido, não sendo indicados para tratamento de infeções ou inflamações geniais). A utilização de antissépticos (iodopovidona) deve ser limitada a situações específicas e durante um curto período de tempo.
- Evitar o excesso de lavagens íntimas e escolher produtos com detergência suave, sem perfume e que formem pouca espuma, para evitar a destruição da camada lipídica protetora da pele e a secura vulvar.
- Evitar a utilização de pensos íntimos diários, duches e desodorizantes vaginais.
- Evitar a utilização de roupas justas ou fibras sintéticas (preferir o algodão).
- O asseio da zona perianal deve ser feito no sentido da vagina para o ânus.

SOLICITAÇÃO DE ACONSELHAMENTO/MEDICAMENTOS PARA AFEÇÕES DO APARELHO GENITO-URINÁRIO



C. Protocolo de Atendimento – Tosse na Criança



PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO

TOSSE NA CRIANÇA

ENQUADRAMENTO

A tosse caracteriza-se por um **esforço expiratório intenso** e, por vezes, violento, precedido por uma inspiração preliminar. É um sintoma, frequentemente, associado à **constipação**, mas pode ter outras causas:

- **Infeciosas**
- **Doenças crónicas** (DPOC, Asma, Insuf. Cardíaca, Refluxo gastro-esofágico, etc.)
- **Congestão nasal**
- **Inalação de fumo**
- **Corpos estranhos na garganta**
- **Medicamentos** (IECAs)

A tosse pode ser classificada quanto à sua duração (**aguda** ou **crónica**) e de acordo com a produção ou não de expectoração (**seca** ou **produtiva**).

Tipos de Tosse	
Aguda	<ul style="list-style-type: none">• Duração <3 semanas.• Infecções virais do trato respiratório (gripe e constipação).• Rinite alérgica.• Exacerbações da DPOC.• Inalação de partículas estranhas.
Crónica	<ul style="list-style-type: none">• Duração >3 semanas.• Asma.• Refluxo gastro-esofágico.• Tabagismo.• Bronquite crónica.• Doença cardíaca.• Induzida por fármacos (IECAs, AINEs, β-bloqueadores).
Seca	<ul style="list-style-type: none">• Resposta a estímulos irritativos sobre a faringe, laringe e vias respiratórias superiores, não tendo efeito protetor.• Pode ser suprimida com antitússicos, no entanto não é recomendada a automedicação exceto nas situações em que o uso de antitússicos seja determinante: utentes que sofreram trauma, pós-operatório cardiotorácico, patologias cardíacas, aneurismas, neoplasias, hérnias, etc.
Produtiva	<ul style="list-style-type: none">• Protetora, facilita a remoção de partículas estranhas e do excesso de secreções.• As substâncias expectorantes podem facilitar este processo• Não deve ser suprimida com antitússicos.• Em casos mais graves, a expectoração pode ser amarelo-esverdeada, sanguinolenta e/ou espumosa, devendo ser referenciada ao médico.

QUESTÕES A COLOCAR AO UTENTE PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

1. Há quanto tempo está com tosse?
2. Tem expetoração? Qual o aspeto?
3. Tem mais algum sintoma? (dispneia, suores, hemoptise)
4. Em que circunstâncias agrava ou alivia? Agrava à noite?
5. Tem alguma doença respiratória?
6. Já tomou alguma medida terapêutica?
7. Tem alguma doença que esteja a tratar ou encontra-se a fazer algum tipo de medicação?
8. Consegue relacionar o início da tosse com a toma de algum medicamento?

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Tosse produtiva: expetorantes e mucolíticos (acetilcisteína, carboximetilcisteína, ambroxol, bromexina). Não são indicados para tosse crónica associadas a doenças crónicas do trato respiratório inferior (asma, DPOC, enfisema).

Tosse seca: antitússico de ação central (codeína, dextrometorfano). Devem ser utilizados com precaução, uma vez que, estes fármacos podem provocar obstipação, depressão respiratória (asmáticos) e dependência.

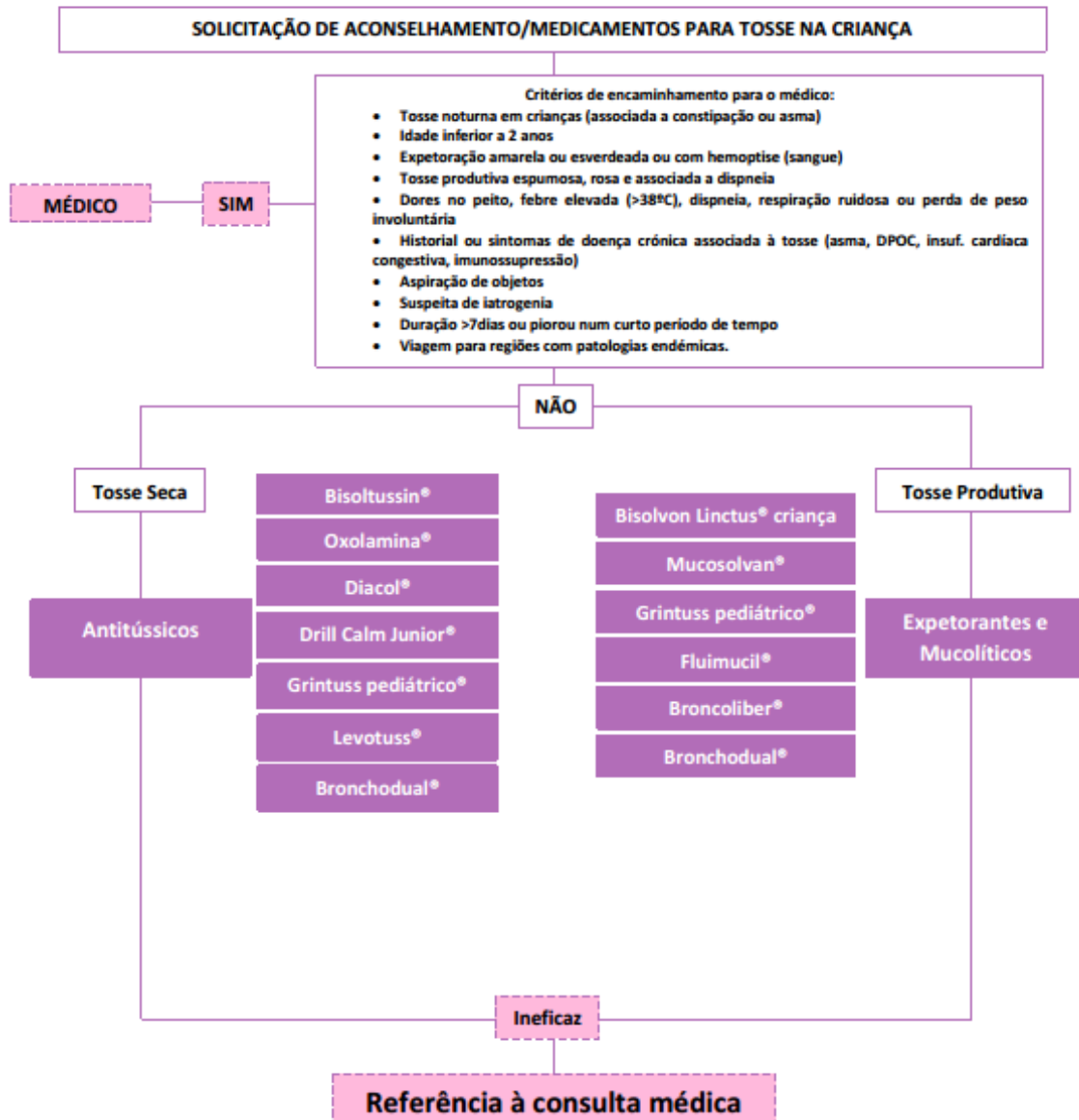
Tosse devido a formigueiro na laringe: demulcentes (glicerol, mel). Protegem a mucosa da faringe e permitem um alívio rápido da irritação que provoca reflexo da tosse.

NOTAS IMPORTANTES

- A tosse produtiva não deve ser suprimida com antitússicos, por conduzir à acumulação das secreções que podem infetar, formar rolhões, atrasar a recuperação de uma infeção ou mascarar sintomas de uma doença subjacente.
- Os xaropes com açúcar não devem ser aconselhados a pessoas com diabetes mellitus.
- Para menores de 16 anos deve escolher-se as apresentações para crianças dos MNSRM indicados.
- A terapêutica inalatória com essências envolve o risco de sensibilização alérgica.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Beber muitos líquidos (a hidratação é o mucolítico mais eficiente);
- Evitar esforçar a voz e descansar;
- Humidificar o ambiente;
- Fazer inalações de água salgada;
- Os rebuçados reduzem a irritação da garganta e podem diminuir a tosse.



D. Folha de Reconciliação Terapêutica

Reconciliação terapêutica na admissão no Serviço de Urgência



Nº de Registo:
HCIS:
Nome
Sexo: masculino Idade: 75 anos
Peso: 70Kg Altura:

Data de Admissão: **Motivo da admissão:** síndrome febril de causa desconhecida, suspeita de endocardite de dispositivo implantado

Alergias: não

Comorbilidades: HTA, HBP, ICC, depressão, neuropatia sensitiva

Médico Responsável

Medicamentos de ambulatório / Suplementos / Fitoterapia				Prescrição interna ativa				Discrepância		Intervenção	Aceite
Medicamento	Dose	Frequência	Via de Ad	Medicamento	Dose	Frequência	Via de Ad	Sim / Não	Intencional/ Não intencional	Sim / Não	Sim / Não
Lasix (furosemida)	80 mg	1xdia	oral	furosemida	20 mg	3 x dia	ev	sim	sim	não	
esomeprazol	20 mg	1xdia	oral	esomeprazol	20 mg	1x dia jejum	oral	Não			
Espironolactona	12,5mg	1xdia	oral	Espironolactona	25mg	1xdia	oral	sim	sim	não	
sertralina	100mg	1xdia	oral	-	-	-	-	sim	sim	não	
valsartan	160mg	1xdia	oral	-	-	-	-	sim	sim	não	
nebivolol	5 mg	1xdia	oral	nebivolol	5mg	1xdia	oral	não			

Pregabalina	150 mg	1 x dia	oral	-	-	-	-	Sim	não	Sim	aceite
Pregabalina	200 mg	1 x dia	oral	-	-	-	-	sim	Não	sim	Aceite
Combodart (Dutasterida/clo ridrato de tansulosina)	1 cp	1 x dia	oral	-	-	-	-	sim	não	sim	aceite
Mirtazapina	15 mg	1x dia	oral	mirtazapina	15 mg	1 x dia 22h	oral	não			
zolpidem	½ cp	1xdia	oral	zolpidem	½ cp	1x dia 23h	oral	não			
				bromazepam	3 mg	1 x dia 22h	oral				
				ceftriaxone	1 g	1 x dia	ev				
				linezolid	600mg	12/12h	ev				
				Paracetamol	1g	SOS	ev				
				Budesonida 0,5mg/ml	2ml	12/12h	inal				
				Salbutamol 5mg/ml Frasco	10mg	8/8h	inal				

Observações: Doente admitido no serviço de urgência com síndrome febril de causa indeterminada, com história de insuficiência cardíaca crónica e insuficiência renal crónica agudizada, internado para diagnóstico definitivo e início de antibioterapia, não excluindo a hipótese de endocardite (precoce) do dispositivo implantado.

Ao analisar a informação da medicação recolhida na entrevista inicial verifiquei que se encontrava omitido na prescrição do internamento, o combodart e pregabalina, e tratando-se de medicação crónica, dirigi-me ao serviço de urgência e falei com a Dra. Fátima Grenho, que referiu que não tinha conhecimento que o doente fazia essa medicação do domicílio. Como a pregabalina tem eliminação renal e o doente apresenta uma creatinémia de 2.32 e uma Clearance renal de 30ml/min recomendei a introdução de uma dose diária não superior a 150mg/dia. Dra. Aceitou a sugestão e disse que iria prescrever 50 mg 12/12h. Em relação ao combodart referi que não possuíamos no nosso formulário a combinação, tendo apenas disponível a tansulosina isolada. A Dra. disse que ia falar com a esposa do doente para esta trazer do domicílio e iria prescrever como "medicamento propriedade do cliente".

Sertralina parada intencionalmente devido a interação grave com linezolide, uma vez que este pode aumentar os níveis de serotonina como resultado da inibição da MAO-A.

Medicação anti-hipertensora ajustada por médica cardiologista. Doente com valores de PA normais 11.5mmHg/7.7mmHg, FC 74PPM.

Ceftriaxone corretamente prescrito ajustado à função renal do doente, 1G 1x dia, e linezolide 600 mg 12/12h por suspeita de endocardite.

Restante medicação bem reconciliada.

Informação obtida por:

E. Nutrição Parentérica

Nutrição Parentérica: Avaliação das Necessidades Nutricionais



Nº de Registo:
HCIS:
Nome:
Sexo: Feminino Idade: 79 anos

Data de admissão:

Motivo de admissão: nefrectomia esquerda e excisão da massa tumoral intra-cava

Alergias: não

Comorbilidades: HTA, dislipidemia

Avaliação Nutricional

Antropométrica:

Peso real: 60kg **Peso ideal:** 55Kg

Altura: 1.49m

IMC: 27.025 kg/m² **Significado Nutricional:** excesso de peso, obesidade grau I

Bioquímica:

Parâmetro	Resultado	Interpretação do valor
Albumina	2.6 g/dL	Baixo
PCR	24.193 mg/dL	Elevado
Glicose	109mg/dL	Normal
Cálcio	8.8 mg/dL	Normal
Magnésio	3.4 mg/dL	Lig. Elevado
Fósforo	4.8 mg/dL	Normal
Sódio	143 mmol/L	Normal
Potássio	3.3 mmol/L	Lig. Baixo
Cloro	104mmol/L	Normal
Ureia	128mg/dL	Elevado
Creatinina	2.30mg/dL	Elevado

Cálculo das Necessidades Nutricionais

1 g Glucose = 4Kcal	Necessidades energéticas: 20-25Kcal/kg/dia
1g AA = 4Kcal	Necessidades Proteicas: 0.8g – 1g/kg/dia
1g Azoto = 6.25g de AA	
1g Lípidos = 9Kcal	

Necessidades Proteicas:

AA: $0.8g \times 55kg(\text{peso ideal}) = 44g$ de AA

Azoto: $44g / 6.25g$ de AA = 7.04 g de Azoto

Necessidades Energéticas:

Energia Total: $20Kcal \times 55Kg(\text{peso ideal}) = 1100Kcal/dia$

HC 60% = 660Kcal = 165g de Glucose

Lípidos 40% = 440Kcal = 48.8g de Lípidos

Seleção da Bolsa de Nutrição Parentérica

Após análise das nutrições parentéricas existentes no nosso Formulário Hospitalar foi selecionada a bolsa **OLIMEL N7 E de 1000ml** que apresenta a seguinte composição:

Aminoácidos: 44.3g

Azoto total: 7g

Glucose: 140g

Lípidos: 40g

Energia total: 1140Kcal

Relação G:L: 58:42

Magnésio: 4mmol

Cálcio: 3.5mmol

Fosfato: 12mmol

Foi também adicionado 1 frasco/dia de vitaminas hidro e lipossolúveis e 1frasco/dia de oligoelementos.

Médico Responsável:

Farmacêutico Clínico:

Data:

F. Parecer Comissão de Ética



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª 024-CE-2018

Data 26/2/2018

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-024/2018).

Investigador(a) Principal: Isabel Vitória Neves de Figueiredo Santos Pereira

Co-Investigador(es): Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, Fernando Fernández-Llimos e Ana Cristina Gaspar Cabral

Título do Projeto: "Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

MC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Avenida de Santa Clara, Celso, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 833 236

E-mail: comissaotica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

G. Formulário Consentimento Informado



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CENTRO DE ESTUDO: Laboratório de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC
Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra / 239 488400

NOME DO UTENTE: _____

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em diversas farmácias comunitárias com o objetivo de avaliar, numa amostra de doentes hipertensos, a associação entre o nível de conhecimentos relativos à doença, as crenças sobre a medicação, o grau de adesão à terapêutica e o grau de controlo da hipertensão.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste num encontro único do utente com o farmacêutico-investigador, com a duração de cerca de 15 (quinze) minutos e com os seguintes procedimentos:

Procedimento n° 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento n° 2: recolha dos dados sociodemográficos e da terapêutica habitual do utente.

Procedimento n° 3: medição da pressão arterial.

Procedimento n° 4: preenchimento do questionário para avaliar os conhecimentos sobre a hipertensão.

Procedimento n° 5: preenchimento do questionário para avaliar as crenças sobre a medicação.

Procedimento n° 6: preenchimento do questionário para avaliar o grau de adesão à terapêutica.

Procedimento n° 7: nova medição da pressão arterial.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O UTENTE

O único inconveniente para o utente será o da medição da pressão arterial e o tempo dispendido a preencher os questionários.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS PARA O UTENTE

O doente ficará a conhecer o grau de controlo da sua hipertensão, bem como o nível de conhecimentos que tem acerca da sua doença e o grau de adesão à terapêutica.

5. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707 / e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo / Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
Azinhaga de Santa Comba – 3000-548 Coimbra / Telefone: 239 488 400/ e-mail: isabel.vitoria@netcabo.pt



CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo intitulado *Conhecimentos / Crenças / Adesão / Controlo da pressão arterial em doentes hipertensos*.

1. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
2. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo (Prof.ª Doutora Isabel Vitória Figueiredo). O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
3. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
4. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

H. Questionários

QUESTIONÁRIO – ADESÃO À TERAPÉUTICA ANTI-HIPERTENSORA E GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSAO DE DOENTES HIPERTENSOS TRATADOS

Data ___/___/___ Farmácia: _____

Entrevistador: _____

PERFIL DO DOENTE:

1. Iniciais do doente: _____

2. Data de nascimento: ___/___/___ 3. Sexo: M₍₁₎ ___ F₍₂₎ ___

4. Há quanto tempo é hipertenso? ___ anos

5. Antecedentes pessoais:

	Sim ₍₁₎	Não ₍₀₎
a) Doença do coração		
b) HTA durante a gravidez		
c) AVC		

6. Patologias concomitantes:

a) Diabetes S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

b) Dislipidémia S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

c) Doenças respiratórias (DPOC) S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ Controlada: S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___ NS₍₉₎ ___

d) Obesidade S₍₁₎ ___ N₍₀₎ ___

7. Pressão arterial

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Pulsações (bat/min)
1ª medição			
2ª medição			

8. Número total de medicamentos tomados: _____

9. Terapêutica anti-hipertensora instituída: _____

Questionário HKT

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente e faça uma cruz na resposta que traduz a sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras ou falsas:

Q1	Se a sua mãe ou pai tiverem hipertensão o seu risco de tornar-se hipertenso é maior	VERDADEIRO	FALSO
Q2	Jovens adultos não têm hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q3	A hipertensão tem sempre sintomas	VERDADEIRO	FALSO
Q4	A hipertensão não põe a vida em risco	VERDADEIRO	FALSO
Q5	A pressão arterial é alta quando é igual ou superior a 140/90mmHg	VERDADEIRO	FALSO
Q6	Se tiver peso a mais tem um risco 2 a 6 vezes maior de desenvolver hipertensão	VERDADEIRO	FALSO
Q7	Exercício físico regular pode ajudar a reduzir a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q8	Os portugueses consomem 2 a 3 vezes mais sal ou sódio do que necessitam	VERDADEIRO	FALSO
Q9	Beber bebidas alcólicas reduz a pressão arterial	VERDADEIRO	FALSO
Q10	A hipertensão é um problema apenas dos homens	VERDADEIRO	FALSO
Q11	Hipertensão na gravidez é um problema temporário e não necessita de acompanhamento após o parto	VERDADEIRO	FALSO
Q12	A pressão arterial diminui com o tempo frio	VERDADEIRO	FALSO

Selecione a resposta correcta às seguintes questões:

Q13	A hipertensão prejudica o seu organismo ao longo do tempo por:	Fazer com que tenha diabetes
		Fazer com que ganhe peso
		Danificar os seus vasos sanguíneos
		Deixa-lo nervoso
Q14	Porque é que a Hipertensão é chamada um "assasino silencioso"?	Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		O risco de morrer de hipertensão é baixo
		Quando não há dor nem se sente doente é porque se está bem
		Pode não ter sintomas e pode por a vida em risco
Q15	Uma pessoa é diagnosticada com hipertensão se tiver	Muitas dores de cabeça, que persistem há mais de 6 meses
		Um familiar com hipertensão
		stress e pressão constantes
		Pressão arterial elevada em 3 ocasiões diferentes
Q16	Uma boa pressão arterial é:	Menos de 90/50mmHg
		Menos que 140/90mmHg
		145/110mmHg
		180/100mmHg
Q17	Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Há muitos tipos de medicamentos para a hipertensão
		Deve ser tomada uma medicação adicional quando a pressão arterial está alta
		Os medicamentos não devem ser tomados se se beber álcool
		Todos os medicamentos causam impotência sexual

Q18	Qual das seguintes afirmações é FALSA sobre os medicamentos para a hipertensão?	Tomar os medicamentos para a hipertensão durante muito tempo pode prejudicar os seu organismo
		A partir do momento em que começa a tomar medicação tem de continuar a tomá-la a vida toda
		Mesmo que se sintam bem tem de tomar a medicação como o prescrito
		Quando sente que a dose dos medicamentos deve ser alterada, deve falar primeiro com o seu médico
Q19	Todos os seguintes problemas de saúde podem ser provocados pela hipertensão, excepto:	Ataque cardíaco
		Artrite
		AVC
		Insuficiência renal
Q20	Todas as seguintes afirmações são alterações que pode fazer na sua dieta para reduzir a sua pressão arterial, excepto:	Comer frango assado em vez de frito
		Parar de comer batatas fritas
		Evitar adicionar sal de mesa à comida
		Comer fast-food ou fritos
Q21	Todas as seguintes alterações do estilo de vida podem ajudar a baixar a sua pressão arterial, excepto:	Levantar 50 Kg
		Andar vigorosamente durante 30 minutos 3 vezes por semana
		Beber menos do que 2 bebidas alcoólicas por dia
		Parar de fumar

Questionário BMQ

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas às suas crenças sobre a medicação. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de resposta:

- 1 - Discordo completamente
- 2 - Discordo
- 3 - Não tenho a certeza
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo completamente

BMQ - Questionário acerca das crenças específicas sobre o medicamento						
	Opinião sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	discordo completamente	discordo	não tenho a certeza	concordo	concordo completamente
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
C2	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
C5	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	1	2	3	4	5
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim.	1	2	3	4	5

Questionário MUAH

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à Hipertensão e aos medicamentos que toma para baixar a pressão arterial. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 - Discordo totalmente | 5 - Concordo ligeiramente |
| 2 - Discordo moderadamente | 6 - Concordo moderadamente |
| 3 - Discordo ligeiramente | 7 - Concordo totalmente |
| 4 - Não discordo nem concordo | |

Questionário MUAH

Discordo totalmente → Concordo totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha pressão arterial está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha pressão arterial está sob controlo na minha consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
11	Prefiro remédios naturais para baixar a minha pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
18	Tenho pessoas à minha volta que me ajudam a tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado especial de fazer exercício suficiente para reduzir o risco de sofrer de doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
21	Como menos gorduras para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
22	Como menos sal para evitar doenças cardiovasculares	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus comprimidos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
25	Tendo a esquecer-me da minha medicação porque não estou consciente de que tenho a pressão arterial alta	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
32	A informação que o médico de família me deu sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
33	A informação que na farmácia me deram sobre como tomar a minha medicação foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7
34	Não me preocupo muito com a minha pressão arterial se tomar a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribui para uma melhoria na minha pressão arterial quando tomo a minha medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
37	Quando quero ter uma vida saudável, quase sempre o consigo	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7
40	Para resolver os meus problemas de saúde baseio-me nos meus valores, por exemplo na pressão arterial	1	2	3	4	5	6	7
43	Quando me preocupo muito com a minha saúde, tento encontrar outra coisa em que pensar	1	2	3	4	5	6	7