

# **Hipertensão Arterial Não Controlada em Consulta Hospitalar**

**Beatriz Luís Lopes**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Manuel de Carvalho Rodrigues

**Março de 2022**



# Dedicatória

“O que tem de ser tem muita força”

Ao meus pais e às minhas irmãs.



## **Agradecimentos**

Ao doutor Manuel Carvalho Rodrigues por ter aceitado tão prontamente ser meu orientador e por todo o apoio e disponibilidade durante o decorrer de toda a dissertação.

Aos meus pais e às minhas irmãs, por permitirem e apoiarem sempre a realização dos meus sonhos e por serem o meu porto seguro durante os momentos mais difíceis.

À minha família e amigas, pela amizade e compreensão demonstrada nos momentos mais complicados. Em especial, à Maria Ferreira pela ajuda incansável ao longo de todo o percurso académico e por ser um exemplo a seguir.

Ao David pelo companheirismo e apoio incondicional.

A todos, um profundo obrigado.



## **Resumo**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade em Portugal, sendo responsáveis por cerca de 32% do total de óbitos e elevado número de incapacidade. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral e um fator de risco importante para eventos coronários, insuficiência cardíaca e renal. Em geral, a prevalência da hipertensão é de aproximadamente 42,2% segundo o estudo PHYSA, com um aumento acentuado devido ao envelhecimento.

A maioria dos casos de hipertensão são orientados e seguidos na especialidade Medicina Geral e Familiar, mas os casos mais complexos e refratários ao tratamento, o acompanhamento é feito em contexto hospitalar por especialistas em Cardiologia.

Apesar do desenvolvimento a nível das terapêuticas farmacológicas, alteração de hábitos de vida e vigilância no controlo da hipertensão, existe ainda um número considerável de pessoas que não consegue ter a pressão arterial dentro dos valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Pelos motivos supracitados, serve a presente investigação para avaliar os fatores/motivos que impedem ou dificultam o controlo dos valores de pressão arterial em doentes do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira entre os anos de 2019 e 2020, e perceber então de que modo podemos alterar a estratégia terapêutica para atingir o alvo de tensão arterial.

## **Palavras-chave**

Hipertensão Arterial; Pressão Arterial; Epidemiologia; Fatores de Risco; Controlo; Tratamento



## **Abstract**

Cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in Portugal, accounting for about 32% of all deaths and a high amount of disability. Arterial hypertension is the main risk factor for stroke and an important risk factor for coronary events, and heart and kidney failure. Overall, the prevalence of hypertension is around 42.2% according to the PHYSA study, with a sharp increase due to aging.

Most cases of hypertension are guided and followed in the General and Family Medicine specialty, but the follow-up of most complex cases and those refractory to treatment is done in hospital context, by Cardiology specialists.

Despite the current improvement in pharmacological therapy, changes in lifestyle and surveillance in the control of hypertension, there is still a considerable number of people who cannot have their blood pressure within the World Health Organization recommended values.

For the reasons mentioned above, the present investigation serves to evaluate the factors/reasons that prevent or hinder the control of blood pressure values in Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira patients between the years of 2019 and 2020, and then understand how we can change the therapeutic strategy to achieve the target blood pressure.

## **Keywords**

Arterial Hypertension; Blood Pressure; Epidemiology; Risk Factors; Control; Treatment



# Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	vii
Abstract	ix
Keywords	ix
Índice	xi
Lista de figuras	xiii
Lista de tabelas	xv
Lista de acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Métodos	7
2.1 Bases racionais para a investigação	7
2.2 Objetivos	7
2.3 Metodologia	7
2.4 Recolha de dados	8
2.5 População de estudo e critérios de exclusão e inclusão	8
2.6 Variáveis em estudo	8
2.7 Tratamento estatístico dos dados	9
3. Resultados	11
3.1 Sexo e Faixa Etária	11
3.2 Prevalência das variáveis em estudo	12
3.3 Variáveis em estudo e prevalência do sexo	13
3.4 N <sup>o</sup> de consultas necessárias até os valores de PA ficarem controlados	13
3.5 Variáveis de estudo e a relação com o n <sup>o</sup> de consultas necessárias para os valores de PA ficarem normalizados	14
3.6 Antecedentes pessoais	15
4. Discussão	17
5. Conclusão	23
6. Referências Bibliográficas	25
Anexos	27



## Lista de Figuras

Figura 1: Tratamento inicial da HTA segundo os graus de valores de PA	4
Figura 2: Estratégias de tratamento de HTA não complicada	5
Figura 3: Distribuição da amostra pelas variáveis em estudo	12
Figura 4: Distribuição da amostra pelas variáveis de estudo e pelo sexo	13
Figura 5: Distribuição da amostra em relação às variáveis de estudo e o n <sup>o</sup> de consultas necessárias para os valores de PA normalizarem	15
Figura 6: Parecer da Comissão de Ética do CHUCB	27
Figura 7: Certificado de participação de apresentação de poster no Congresso XIII BeInMed	28



## Lista de Tabelas

Tabela 1: Classificação dos valores de pressão arterial e definição dos graus de hipertensão	1
Tabela 2: Distribuição da amostra por prevalência do sexo	11
Tabela 3: Distribuição da amostra por grupo etário	11
Tabela 4: Distribuição da amostra por sexo e grupo etário	12
Tabela 5: Distribuição do nº de consultas até o controlo dos valores de PA	14
Tabela 6: Descrição do nº de antecedentes pessoais na amostra	15



## Lista de Acrónimos

ARA	Antagonista do Recetor da Angiotensina
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCC	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CV	Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronária
DAP	Doença Arterial Periférica
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESH/ESC	European Societies of Hypertension and Cardiology
HTA	Hipertensão Arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
IR	Insuficiência Renal
LOA	Lesão do Órgão Alvo
MAPA	Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial
MGF	Medicina Geral e Familiar
NOC	Norma de Orientação Clínica
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PHYSA	Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade, The PHYSA study



# 1. Introdução

De acordo com a *European Societies of Hypertension and Cardiology (ESH/ESC)* a hipertensão arterial (HTA) é definida como valores de pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg. No entanto, qualquer indivíduo sem valores de referência de HTA, mas que esteja a fazer medicação anti-hipertensiva é considerado também como hipertenso<sup>1</sup>.

Tabela 1: Classificação dos valores de pressão arterial e definição dos graus de hipertensão

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	$\geq 180$	and/or	$\geq 110$
Isolated systolic hypertension <sup>b</sup>	$\geq 140$	and	<90

BP = blood pressure; SBP = systolic blood pressure.  
<sup>a</sup>BP category is defined according to seated clinic BP and by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.  
<sup>b</sup>Isolated systolic hypertension is graded 1, 2, or 3 according to SBP values in the ranges indicated.  
 The same classification is used for all ages from 16 years.

A HTA pode ser classificada em primária e secundária. Cerca de 90% dos casos de HTA são de causa primária ou hipertensão essencial, cuja origem é desconhecida. A hipertensão secundária tem uma etiologia identificável, que pode ser tratada com uma intervenção específica e direcionada. Deve suspeitar-se de HTA secundária em doentes jovens, em que o controlo farmacológico é difícil, no caso de os sintomas sugerirem a presença de uma causa secundária ou na presença de episódios precoces de hipertensão maligna<sup>2</sup>.

A HTA tem sido alvo de grande estudo pelas sociedades científicas, com implementação de medidas governamentais e inovação na terapêutica disponibilizada, contudo, continua a ser um dos grandes desafios na sociedade atual<sup>3</sup>. Parte dessa pesquisa deve-se ao facto de a hipertensão ser um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (CV) e de se ter verificado um aumento na sua prevalência e na sua falta de controlo, mesmo com todas as terapêuticas disponíveis. Além disso, a HTA raramente se encontra de forma isolada e está frequentemente associada a outros

fatores que aumentam o risco CV do doente, nomeadamente: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC) isquémico e hemorrágico, insuficiência renal (IR) e doença arterial periférica (DAP)<sup>2</sup>.

Em Portugal, a prevalência de HTA é de 42,2%, sendo ligeiramente superior no sexo masculino (44,4%) em relação ao sexo feminino (40,2%), de acordo com o estudo “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade” (estudo PHYSA). Também ficou demonstrado uma maior prevalência na população idosa, não-fumadores e com menor grau de educação. Neste estudo foi também possível demonstrar maior prevalência de HTA na população idosa, não-fumadores e com menor grau de educação. Neste mesmo estudo foi possível aferir que entre os indivíduos hipertensos, 42,6% tem HTA controlada e 55,7% apresentam HTA tratada e controlada<sup>4</sup>.

De acordo com dados da Direção Geral de Saúde (DGS) em “Hipertensão Arterial em Portugal 2013”, efetuado em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), a prevalência estimada da HTA em Portugal é de 26,9%, mas apenas 35,6% dos doentes tratados com anti-hipertensores têm valores de PA controlados. Sendo apontada como uma das principais causas para o mau controlo da PA, a má adesão à terapêutica. Acresce para o risco CV, tal como previamente mencionado, que além da HTA, 23,6% dos indivíduos do sexo masculino e 18,1% dos indivíduos do sexo feminino têm concomitantemente diabetes mellitus (DM)<sup>5</sup>.

O diagnóstico da HTA baseia-se, como método de referência, na medição em consultório dos valores de PA. Esse valor não se deve basear em uma única medição casual, exceto se a PA estiver substancialmente aumentada e/ou de haver evidências claras de consequências da PA, tais como: retinopatia hipertensiva, com exsudados e hemorragias, nefrosclerose hipertensiva e doença renal crónica, etc<sup>6</sup>.

Embora a medição em consultório seja considerada o método de referência para a avaliação da PA, a monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) é mais precisa do que a medição casual. Este exame consiste na medição continua dos valores de PA ao longo das 24 horas do dia, no ambiente quotidiano do utente em estudo, utilizando-se para tal um tensímetro portátil durante 24 horas. A utilização do MAPA pode estar indicada em várias situações, como na exclusão da HTA de bata branca, no diagnóstico da HTA mascarada e para a classificação dos doentes como dipper ou não dipper (redução inferior a 10% na PA noturna, que se associa a maior prevalência de

doenças CV)<sup>7</sup>. Por outro lado, permite o acompanhamento do doente, nomeadamente para comprovar a eficácia da terapêutica tanto na PA média como também no período noturno<sup>8</sup>.

Apesar de a maioria dos doentes com hipertensão arterial ser orientado em consulta com o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), existem indicações para avaliação e orientação em consulta de Cardiologia, nomeadamente nos casos de suspeita de hipertensão secundária, idade inferior a 40 anos com hipertensão grau 2 ou em que a hipertensão secundária deve ser excluída, hipertensão resistente ao tratamento, doentes em que uma avaliação mais detalhada da lesão do órgão alvo (LOA) irá influenciar as decisões sobre o tratamento, início súbito de hipertensão em doentes anteriormente normotensos e outras situações clínicas em que o médico assistente considera pertinente a avaliação por um especialista em Cardiologia<sup>9</sup>.

Os objetivos da avaliação clínica em contexto de consulta hospitalar num doente com hipertensão são:

1. Estabelecer o diagnóstico e o grau de hipertensão.
2. Rastrear potenciais causas secundárias de hipertensão.
3. Identificar fatores que possam contribuir para o desenvolvimento da hipertensão (estilo de vida, medicamentos concomitantes, ou história familiar).
4. Identificar fatores de risco CV concomitantes (incluindo o estilo de vida e a história familiar);
5. Identificar antecedentes pessoais.
6. Estabelecer se há evidência de LOA ou coexistência de doença CV, doença cerebrovascular ou doença renal<sup>9</sup>.

O exame objetivo, elaborado na consulta, deve incluir a medição bilateral da tensão arterial e em ortostatismo, fundoscopia, cálculo do IMC, medição da circunferência abdominal, auscultação das artérias carótidas e femorais, palpação da tiroide, exame cardiopulmonar e abdominal completo, palpação de pulsos e identificação de possíveis edemas periféricos e avaliação neurológica.

Sendo a HTA uma doença tendencialmente assintomática, o início precoce da terapêutica anti hipertensora vai apresentar benefícios tanto para o individuo como para sociedade, uma vez que permite diminuir a prevalência de LOA e complicações a longo prazo, com melhoria inclusivamente da qualidade de vida e diminuição dos custos em saúde<sup>10</sup>.

Previamente ao início da terapêutica é aconselhado efetuar a todos os doentes um ECG, análise da urina, hemograma e perfil lipídico<sup>11</sup>.

Além das medidas farmacológicas, é fundamental a alteração de estilo de vida e controlo de fatores de risco CV, apresentado na figura 1. As principais medidas de alteração de hábitos de vida, segundo a NOC Abordagem Terapêutica da Hipertensão arterial são: adoção de uma dieta variada e pobre em gorduras, prática de exercício físico, controlo e manutenção do peso (IMC superior a 18,5 e inferior a 25), restrição do consumo excessivo de álcool, sal e cessação do consumo de tabaco<sup>12</sup>.

Todos os doentes com HTA grau 3, assim como todos os doentes com grau 1 e 2 com risco CV alto ou muito alto, são candidatos a tratamento farmacológico precoce, tal como apresentado na figura 1<sup>9</sup>.

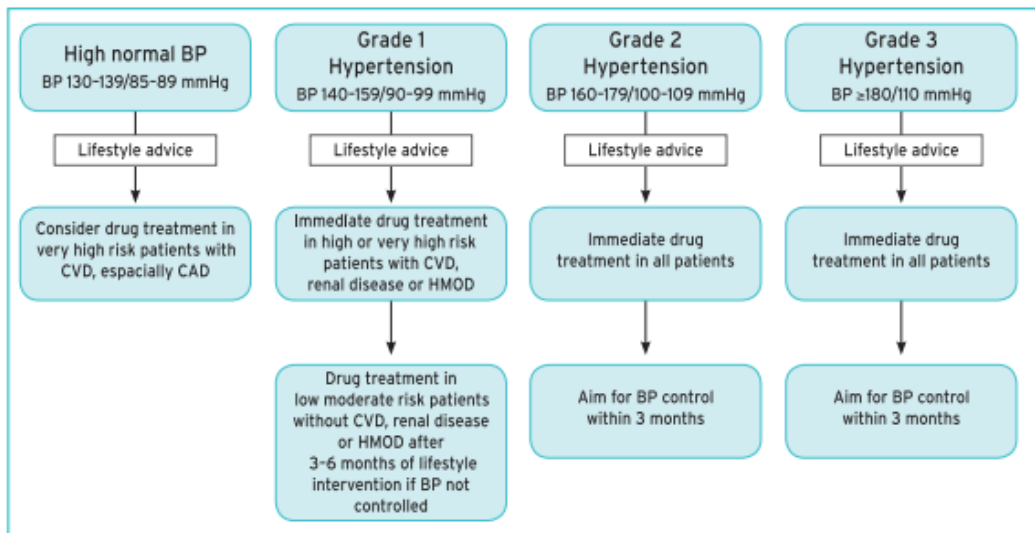


Figura 1: Tratamento inicial da HTA segundo os graus de valores de PA

Segundo as normas da DGS, em pacientes com HTA de baixo ou moderado risco, deve iniciar-se tratamento em monoterapia com uma das seguintes classes de fármacos: a) diurético tiazídico ou análogo; b) modificador do eixo renina angiotensina-aldosterona, preferencialmente inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou antagonista do recetor da angiotensina (ARA); c) Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC). No caso de hipertensão de alto risco, deverá ser utilizada uma associação de fármacos com mecanismo de ação complementar: a) diurético tiazídico ou análogo com IECA ou ARA; b) BCC com IECA ou ARA. Caso a associação de dois fármacos não seja suficiente para o controlo da pressão arterial, associa-se um terceiro de classe diferente dos que já toma (um BCC ou um diurético). Se, apesar da

terapêutica tripla otimizada, o doente não apresentar valores tensionais controlados, deverá ser referenciado para consulta hospitalar especializada no prazo máximo de 12 meses<sup>12</sup>. A figura 2 resume o acima exposto.

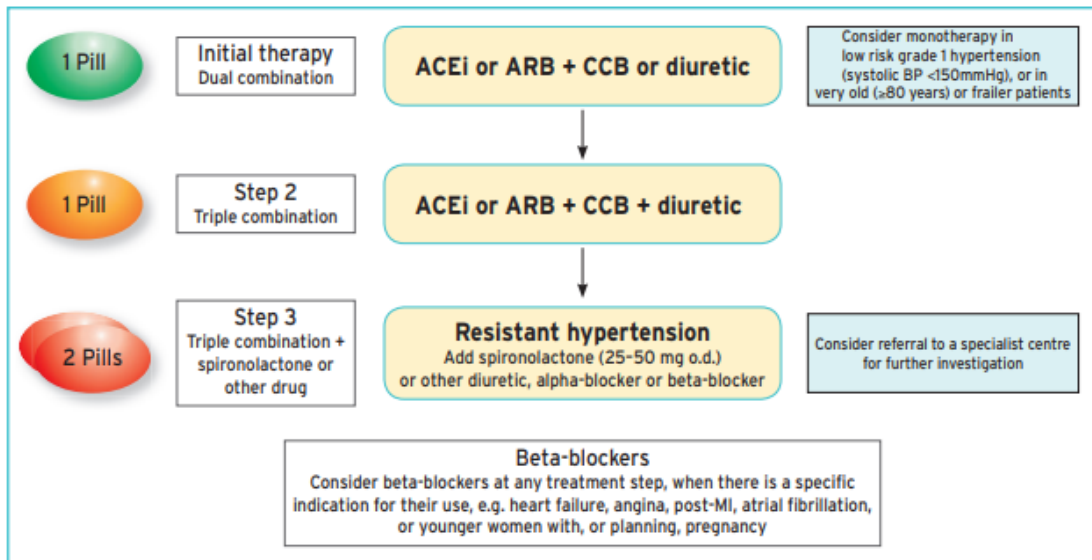


Figura 2: Estratégias de tratamento de HTA não complicada



## **2. Métodos**

### **2.1 Bases racionais para a investigação**

Tendo em conta a bibliografia estudada depreende-se que a hipertensão continua a ser não só uma patologia preocupante como também um fator de risco elevado para eventos CV. Vários estudos revelaram preocupação na percentagem de hipertensos tanto em Portugal como a nível Mundial e, dentro destes, uma percentagem considerável encontra-se com valores de PA não controlados. Sendo por isso alvo do presente estudo, perceber dentro da população do CHUCB, seguidos nas consultas de cardiologia, os doentes com valores de PA não controlados e o motivo.

Desta forma, poder-se-á desenvolver projetos futuros de controlo e prevenção, para diminuir o risco de eventos cardiovasculares.

### **2.2 Objetivos**

Este estudo tem como principais objetivos:

1. Selecionar de entre os pacientes hipertensos da Consulta Hospitalar de Cardiologia entre 2019 e 2020, aqueles com valores de PA não controlada;
2. Avaliar o tipo de terapêutica, adesão e comorbilidades;
3. Perceber os motivos/fatores para os valores de pressão arterial não estarem controlados;
4. Alterar a estratégia de abordagem terapêutica para conseguir alcançar os valores alvo;

### **2.3 Metodologia**

- Consulta de processos clínicos das Consultas Hospitalares de Cardiologia do CHUCB para selecionar pacientes hipertensos com valores de pressão arterial não controlados, ou seja, recolha de registos no Sclinic de utentes com valores de PAS  $\geq$  140mmHg e/ou PAD  $\geq$  90mm e/ou MAPA com PAS  $\geq$  130mmHg e/ou PAD  $\geq$  80mmHg;

- Obtenção de dados dos processos clínicos, nomeadamente: nº do processo clínico, sexo, datas das consultas, idade, antecedentes pessoais, medicação, alteração de hábitos de vida, adesão da terapêutica, valores de PA;

- Agrupamento e separação das seguintes variáveis:
  - pacientes com má adesão à medicação;
  - pacientes que têm medicação desajustada;
  - pacientes com comorbilidades que afetam os valores de PA;
  - pacientes com a medicação desajustada e com comorbilidades que afetam os valores de PA;
  
- Análise das variáveis anteriormente mencionadas e percepção dos fatores que mais influenciam para os valores de PA não estarem controlados

## **2.4 Recolha de dados**

A recolha dos dados referentes aos pacientes inseridos neste estudo foi obtida através da consulta dos processos clínicos na plataforma SClinico do Centro Hospitalar Cova da Beira, entre dezembro de 2020 e junho de 2021, após parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração Hospitalar

## **2.5 População de estudo e critérios de exclusão e inclusão**

A população em estudo são os utentes inscritos na consulta hospitalar de Cardiologia do Dr. Manuel Carvalho Rodrigues com valores de PAS  $\geq$  140mmHg e/ou PAD  $\geq$  90mm e/ou MAPA com PAS  $\geq$  130mmHg e/ou PAD  $\geq$  80mmHg. Excluiu-se casos já diagnosticados de HTA resistente.

## **2.6 Variáveis em Estudo**

De acordo com os objetivos do estudo, foram definidas as seguintes variáveis tendo em conta as principais diferenças individuais que podem resultar num melhor ou pior resultado a nível do controlo da hipertensão:

- Pacientes com má adesão à medicação;
  - Utesentes que não tomam a medicação prescrita
  - Utesentes que assumem que não precisam de terapêutica por valores tensionais normais
  - Utesentes que preferem tomar a medicação anteriormente prescrita
  
- Pacientes com necessidade de ajuste terapêuticos;
  - Utesentes que apesar de cumprirem o plano terapêutico necessitam de ajuste da dosagem e/ou início de nova classe de fármacos

- Pacientes com comorbidades que afetam os valores de PA;
  - Utentes com antecedentes pessoais de patologias que interferem com os valores de PA

- Pacientes que têm desajustada a medicação e comorbidades

### **2.7 Tratamento estatístico dos dados**

Os dados recolhidos foram registados e tratados informaticamente no Microsoft Excel 2016. Para tratamento, análise, interpretação e apresentação dos dados obtidos foram elaboradas tabelas e figuras com frequências e percentagens.



### 3. Resultados

Após ter sido feito a recolha de dados através da metodologia mencionada anteriormente, efetuou-se uma análise descritiva, de forma a descrever e sumariar os dados referentes aos pacientes com valores de PA não controlados.

#### 3.1 Sexo e Faixa Etária

Através da análise do sexo dos pacientes com HTA não controlada, foi possível verificar que a maioria são do sexo feminino, com 52,14% dos casos (134 pessoas) vs 47,86% do sexo masculino (123 pessoas).

Tabela 2: Distribuição da amostra por prevalência de sexo

<i>Sexo</i>	<i>Número</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Feminino</i>	134	52,14%
<i>Masculino</i>	123	47,86%
<i>Total</i>	257	100,00%

Em relação à distribuição de doentes por grupo etário, verifica-se que a maioria dos doentes hipertensos não controlados na amostra em estudo se encontra entre os 65 e os 84 anos (53,70% dos casos), tal como demonstrado na tabela 3. Segue-se o grupo etário entre os 35 e os 64 anos (40,47%). É possível verificar também que o grupo etário menos representado é o grupo etário mais jovem, entre os 18 e 34 anos de idade (2,72% dos casos).

Tabela 3: Distribuição da amostra por grupo etário

<i>Grupo Etário</i>	<i>Número</i>	<i>Percentagem</i>
<i>18-34</i>	7	2,72%
<i>35-64</i>	104	40,47%
<i>65-84</i>	138	53,70%
<i>85 ou mais</i>	8	3,11%
<i>Total</i>	257	100,00%

Em relação ao grupo etário e a prevalência do sexo, verificou-se: dos 18 aos 34 anos a existência de 3 (2,24%) pessoas do sexo feminino e 4 (3,25%) do sexo masculino; na

faixa etária dos 35 aos 64 anos um predomínio do sexo feminino com 55 pessoas (41,05%) e do sexo masculino com 49 pessoas (39,84%); na faixa etária dos 65 aos 84 anos um valor igual de 69 pessoas tanto do sexo feminino (51,49%) como masculino (56,1%); na faixa etária dos 85 anos ou mais há 7 do sexo feminino (5,22%) e apenas 1 do sexo masculino (0,81%).

Tabela 4: Distribuição da amostra por sexo e grupo etário

<i>Sexo</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Faixa Etária</i>				
<i>18-34</i>	3	2,24%	4	3,25%
<i>35-64</i>	55	41,05%	49	39,84%
<i>65-84</i>	69	51,49%	69	56,10%
<i>85 ou mais</i>	7	5,22%	1	0,81%
<i>Total</i>	134	100,00%	123	100,00%

### 3.2 Prevalência das variáveis em estudo

Entre os doentes que constituem a amostra deste estudo, em aproximadamente 56% (56,03%) a principal causa de HTA não controlada foi o facto de terem plano terapêutico desadequado ou desajustado. A segunda causa mais encontrada nestes doentes foi a associação de plano desadequado com as comorbilidades dos doentes (17,12% dos casos), seguindo-se a má adesão (14,40%) e as comorbilidades isoladamente (12,45%).

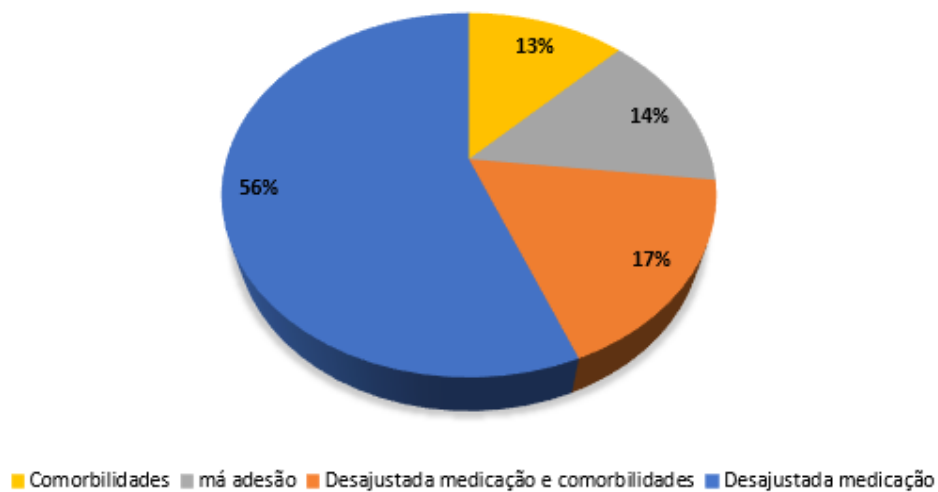


Figura 3: Distribuição da amostra pelas variáveis em estudo

### 3.3 Variáveis em estudo e prevalência do sexo

Comparando as variáveis em estudo e a prevalência do sexo masculino e feminino, conclui-se o seguinte:

- Comorbilidades: 15 utentes são do sexo feminino e 17 do sexo masculino;
- Desajustada a medicação: 78 utentes são do sexo feminino e 66 do sexo masculino;
- Desajustada a medicação e comorbilidades: 18 utentes são do sexo feminino e 26 do sexo masculino;
- Má adesão: 23 utentes são do sexo feminino e 14 do sexo masculino;

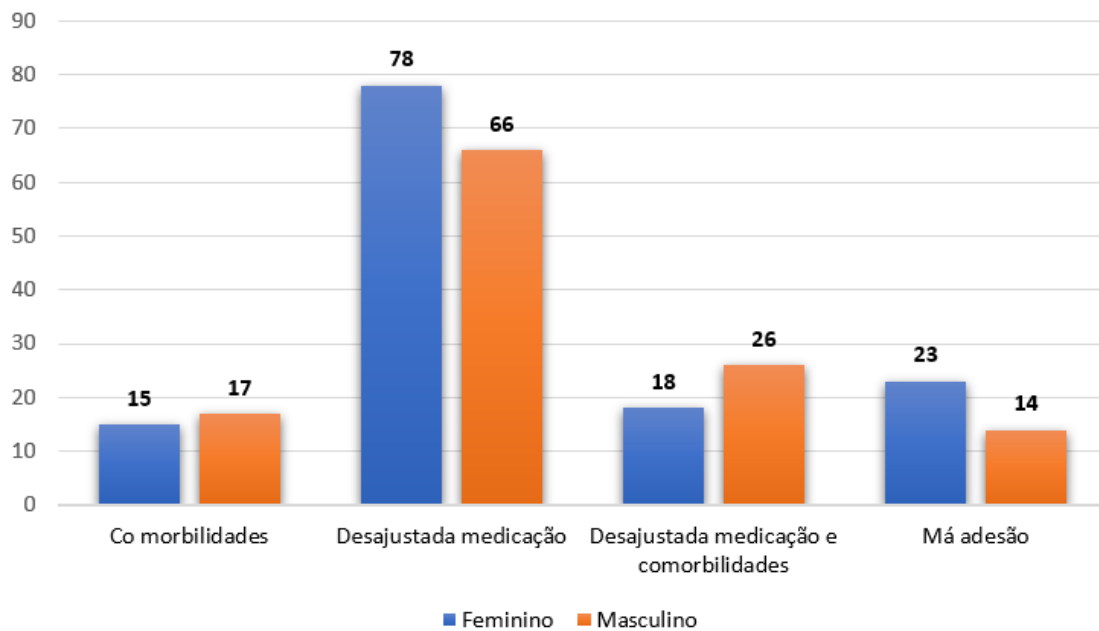


Figura 4: Distribuição da amostra pelas variáveis de estudo e pelo sexo

### 3.4 N<sup>o</sup> de consultas necessárias até os valores de PA ficarem controlados

Verificou-se que para a maioria dos doentes (44.75%), foi necessária apenas uma consulta para o controlo dos valores da tensão arterial. Em 33.85% dos casos foram necessárias duas consultas e em 21.4% dos doentes foi indispensável seguimento mais regular em consulta externa de Cardiologia para a normalização dos valores de PA.

Tabela 5: Distribuição do nº de consultas até o controlo dos valores de PA

<i>Número de consultas até o controlo dos valores PA</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Uma</i>	115	44,75%
<i>Duas</i>	87	33,85%
<i>Três ou mais</i>	55	21,40%
<i>Total</i>	257	100,00%

Além disso verificou-se que em 2019 houve um total de 185 consultas e em 2020 um total de apenas 72 consultas.

### **3.5 Variáveis de estudo e a relação com o nº de consultas necessárias para os valores de PA ficarem normalizados**

Nos doentes que ficaram com pressão arterial controlada com apenas uma consulta de Cardiologia verificou-se que a principal causa para o não controlo da PA se deveu ao desajuste da medicação com 64 (55,65%) utentes. De seguida, devido ao desajuste da medicação e comorbilidades (21,74%) e por fim, devido a comorbilidades (12,17%) e má adesão (10,44%).

Com a necessidade de 2 consultas para os valores de PA estarem controlados, verificou-se como principal causa o desajuste da medicação com 56 (64,37%) utentes. De seguida, má adesão com 14 (16,09%) utentes, 10 (11,49%) utentes devido a comorbilidades e por fim, 7 (8,05%) utentes com desajuste da medicação e comorbilidades.

Com a necessidade de 3 consultas para os valores de PA estarem controlados, refere-se como principal causa o desajuste da medicação com 24 (43,64%) utentes. De seguida, desajuste da medicação e comorbilidades com 12 (21,82%) utentes, 11 (20%) utentes devido a má adesão e por último, 8 (14,54%) utentes por comorbilidades. Segue-se a figura 5 para resumir o que foi dito.

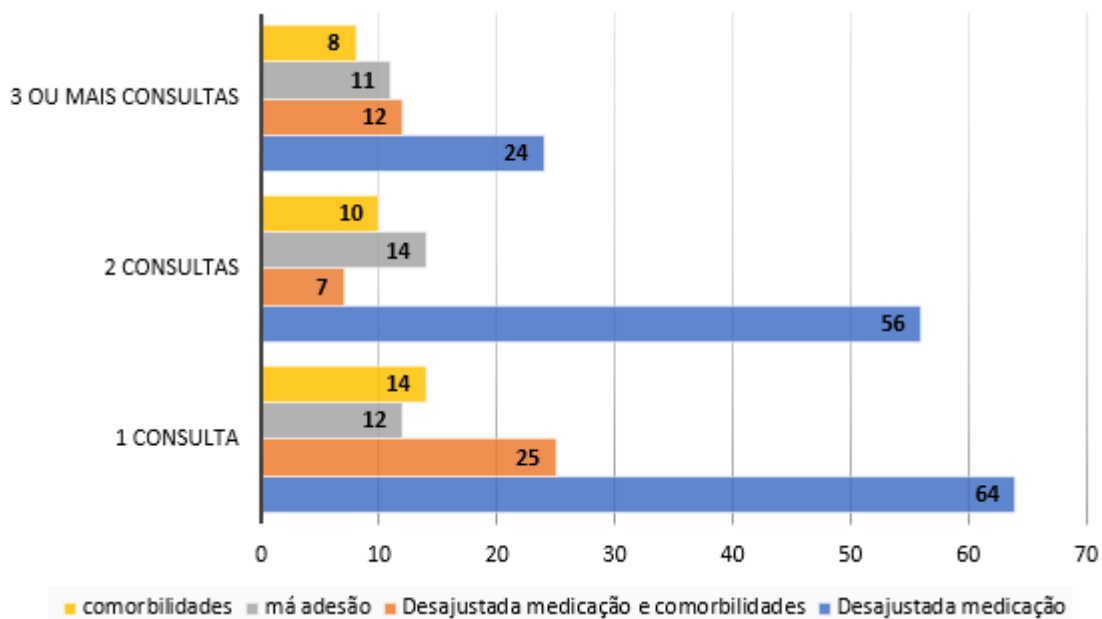


Figura 5: Distribuição da amostra em relação às variáveis de estudo e o nº de consultas necessárias para os valores de PA normalizarem

### 3.6 Antecedentes pessoais

De entre os utentes com os valores de PA não normalizados devido às comorbilidades e há junção do desajuste da medicação com as comorbilidades analisou-se os principais antecedentes pessoais. A obesidade foi a principal comorbilidade registada nos indivíduos do estudo, seguindo-se a LOA, a dislipidemia e a diabetes.

Tabela 6: Descrição do nº de antecedentes pessoais na amostra

<i>Antecedentes pessoais</i>	<i>Nº de antecedentes</i>	<i>%</i>
<i>Obesidade</i>	29	27,88%
<i>LOA</i>	19	18,27%
<i>Dislipidemia</i>	17	16,35%
<i>Diabetes</i>	16	15,38%
<i>Tabagismo</i>	7	6,73%
<i>SAOS</i>	6	5,77%
<i>Síndrome Metabólico</i>	5	4,81%
<i>Outros (alcoolismo, alterações da tiroide, doenças neurológicas, etc)</i>	5	4,81%
<i>Total</i>	104	100,00%



## 4. Discussão

Neste capítulo irei discutir os principais resultados do meu estudo e comparar com alguns estudos relacionados e com a bibliografia usada.

O objetivo deste estudo foi selecionar, os pacientes seguidos entre 2019 e 2020 em consulta hospitalar com valores de PA não controlada e perceber essencialmente os motivos/fatores para os valores de pressão arterial não estarem normalizados.

De acordo com os nossos critérios de exclusão e inclusão, referidos no percurso metodológico, ficamos com uma amostra de 257 indivíduos. Segundo o estudo PHYSA, com uma amostra de 3.720 participantes com HTA, 57,4% apresenta HTA não controlada, representando uma percentagem significativa.

Relativamente ao género dos indivíduos, não houve grande discrepância, salientando-se 134 indivíduos do sexo feminino (52,14%) e os restantes do sexo masculino (n=123, 47,86%). Estes resultados são concordantes com estudos semelhantes efetuados em Portugal relativamente à HTA.

Em relação aos grupos etários, verificou-se que tanto no sexo feminino como no masculino, existe uma maior predominância de doentes hipertensos com idade compreendida entre 65 aos 84 anos, seguindo-se o grupo etário dos 35 aos 64 anos. A idade avançada é por si só fator de risco para a HTA e o idoso, por norma, é um utente frágil com multimorbilidades e polimedicado, o que dificulta o controlo dos valores de PA. Segundo a literatura, a presença de hipertensão no idoso frágil poderá representar um fator protetor de eventos adversos, sendo mais permissivo aos idosos valores de PA mais elevados, entre 140-150mmHg, pois a sua redução excessiva pode conduzir a um aumento de eventos CV, quedas, problemas cognitivos e sintomas depressivos, levando conseqüentemente ao aumento da morbidade e mortalidade nesta faixa etária<sup>13</sup>. No entanto, após a prescrição de terapêutica medicamentosa, a proteção conferida ao idoso frágil pela presença desta patologia poderá ser perdida<sup>14</sup>. De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015, a hipertensão arterial apresenta uma elevada prevalência em idosos (71,3%), em indivíduos entre os 65 e os 74 anos<sup>15</sup>. De salientar também que a população em estudo é de uma zona do interior, onde por norma temos uma população mais envelhecida<sup>16</sup>.

Em relação ao grupo etário e prevalência do sexo, verificou-se uma prevalência equitativa do sexo feminino e masculino em quase todos os grupos etários, salientando-se uma diferença mais significativa dos 35 aos 64 anos e do grupo etário dos 85 ou mais. No grupo 35 aos 64 anos, verificou-se um predomínio do sexo feminino com 55 (41,05%) utentes e 49 do sexo masculino (39,84%).

Estudos apontam para que antes dos 45 anos, a HTA parece ser mais frequente entre os homens. No entanto, a partir dos 65 anos, após o início da menopausa, são as mulheres que estão em maior risco de desenvolver esta condição, o que poderá estar relacionado com o facto de até à menopausa a mulher beneficiar do efeito protetor dos estrogénios na PA. Contudo estudos apontam para que esses fatores não influenciam assim tão significativamente a aferição de PA<sup>17</sup>.

Saliento também que, no grupo etário igual ou superior a 85 anos há 7 (5,22%) do sexo feminino e apenas 1 (0,81%) utente do sexo masculino. Podendo estar associado, não só com a esperança média de vida da mulher ser maior que a do homem como também o facto de estes últimos procurarem menos vezes os cuidados de saúde e terem profissões de maior risco para a saúde<sup>18</sup>.

Em relação à distribuição da amostra pelas variáveis escolhidas em estudo para a PA não estar controlada, verificou-se como principal razão o desajuste da medicação, com um total de 142 pessoas (55,25%). A terapêutica medicamentosa da HTA é feita por várias etapas, sendo inicialmente alteração dos estilos de vida e posteriormente a introdução de terapêutica farmacológica, adicionando-se classes de fármaco preferencialmente num só comprimido e posteriormente em dois conforme os alvos de PA. Por isso, até que haja o controlo da PA, pode haver um plano de medicação que ainda sofre ajustes, até ser adicionado a espironolactona com 3 fármacos máximos<sup>12</sup>. De salientar a importância da alteração de estilo de vida que, mesmo com uma terapêutica eficaz, são fundamentais para o prognóstico e evolução favorável da HTA.

A segunda causa mais encontrada na amostra em estudo é a associação de terapêutica desadequada com as comorbilidades do doente, que são dois fatores de grande importância na dificuldade em normalizar os valores de tensão arterial. Tal como supracitado, o plano terapêutico dos doentes hipertensos é feito por etapas, com a introdução de novas classes de fármacos se o doente continuar sem atingir alvos de PA com doses máximas dos fármacos anteriores. Em doentes com múltiplas comorbilidades que aumenta na maioria dos casos o risco cardiovascular do doente juntamente com a hipertensão, a probabilidade de o doente ser polimedicado é maior e, portanto, é bastante mais difícil a introdução de novos fármacos. Isto deve-se não só ao facto de dificultar a adesão terapêutica como pelos efeitos adversos mais frequentes e

mais evidentes nestes doentes polimedicados e com múltiplas comorbilidades associadas que impedem o ajuste dos fármacos anti-hipertensores.

A terceira causa de dificuldade na normalização dos valores de PA foi a má adesão à terapêutica. A hipertensão é uma doença tendencialmente assintomática, principalmente em fases iniciais em que não há lesão de órgão-alvo e eventos cardiovasculares associados. Neste contexto é fácil compreender que muitos doentes não se sintam motivados em administrar adequadamente a terapêutica e a seguir as indicações médicas de alterações de estilo de vida, nomeadamente exercício físico e controlo do uso do sal. A má adesão à terapêutica, isto é, interrupção do fármaco por efeitos adversos, retoma a fármacos prescritos anteriormente, esquecimento da toma, etc., é uma das principais causas encontrada na bibliografia para o mau controlo da PA<sup>19</sup>. É de extrema importância que o médico seja capaz de educar o doente em relação à HTA, ao risco CV aumentado, que efeito adverso se pode esperar pelo mau controlo da PA juntamente com as suas outras doenças e capacitar o doente na gestão da doença, nomeadamente envolvê-lo diretamente através da medição da PA em ambulatório, de forma que o próprio doente se motive ao verificar que os valores de PA estão a normalizar. É importante também explicar ao doente e tentar que compreenda que efeitos adversos se prevê em certas terapêuticas, a probabilidade de desenvolvimento de tolerância e o que fazer em casos de efeitos adversos que o doente não consiga tolerar. Assim, é possível que o doente faça parte da sua própria doença e esteja mais motivado para aderir à terapêutica. A evolução da indústria farmacêutica com a criação de novos anti-hipertensores com associação de várias classes de fármacos num só comprimido permite uma ajuda valiosa na adesão à terapêutica, uma vez que permite a redução dos valores de PA com menor necessidade de polimedicação. No entanto, é importante explicar ao doente que apesar da redução do número de comprimidos, a PA só está controlada pela associação de várias classes de fármacos.

Por último, as comorbilidades de forma isolada, isto é, utentes que devido a patologias subjacentes podem alterar os valores de PA e causar mais instabilidade e dificuldade no seu controlo.

Em relação ao número de consultas necessárias até os valores de PA ficarem controlados, verificou-se que a maioria dos doentes (44,75% dos casos) necessitou de apenas 1 consulta para a normalização dos valores de PA. Sendo que, 44,75% dos pacientes após 1 consulta ficaram com os valores de PA normalizados. Isto pode dever-se ao facto de o profissional de saúde conseguir motivar o utente às alterações de estilos de vida e incentivar a adesão ao tratamento. Outra das possíveis causas deste resultado deve-se ao facto de a maioria dos utentes selecionados não terem um MAPA realizado e

foram incluídos no estudo com a medição da PA isolada no consultório, desconhecendo-se, em alguns, os valores de PA em ambulatório. É de notar ainda, que em relação a esta temática, o número de consultas necessárias foi inversamente proporcional ao número de pessoas que tiveram de continuar a ser seguidas.

A discrepância entre o número de consultas realizadas em 2019 e 2020 (185 vs. 72 consultas) justifica-se pelo facto de a maioria dos doentes ter tido alta em 2019 e só terem necessitado de uma consulta para os valores normalizarem, e pela emergência de saúde pública com início em março de 2020 devido à pandemia por SARS-COV-2, que apesar de não ser alvo de estudo, influencia o número de consultas em 2020, dado que devido ao plano contingência pandémico foram adiadas consultas não urgentes.

Analisando a distribuição da amostra em relação às variáveis do estudo e o nº de consultas necessárias para a normalização dos valores de PA, em todos os casos o principal motivo foi o desajuste da medicação, sendo coerente com dados anteriores do meu estudo, uma vez que essa é a variável que tem maior prevalência. De notar que a má adesão ganha importância na necessidade de 2 consultas ou de 3 ou mais consultas. Vários outros estudos da bibliografia apontam a má adesão como a principal causa do mau controlo da PA. No presente estudo, apresenta-se aqui uma limitação, uma vez, devido a limitações inerentes a todos os estudos descritivos e retrospectivos, as informações obtidas baseiam-se nos dados fornecidos pelo paciente e no que foi registado no processo informático, o que pode condicionar algum viés. Outra limitação advém do facto de certos pacientes, apesar de inicialmente classificados em certa variável, na seguinte avaliação se classificarem noutra variável em relação ao motivo do descontrolo da PA, exemplificando: um doente que se enquadrava em “desajuste da medicação”, e depois na segunda consulta, após o plano terapêutico ter sido ajustado, os valores continuavam alterados devido à má adesão do paciente. Dito isto, é de notar a importância de, antes de se ajustar a terapêutica, se explorar e confirmar a adesão do paciente ao tratamento, uma vez que se o doente não for cumpridor, o ajuste terapêutico não vai surtir efeito na normalização dos valores de pressão arterial.

Relativamente aos antecedentes pessoais analisados nos utentes com comorbilidades e devido ao desajuste da medicação e comorbilidades, verificou-se como principal causa a obesidade (27,88%), seguindo-se a LOA (18,27%) e a dislipidemia (16,35%). Verificámos também que 15,38% apresentavam DM, 6,73% tabagismo, 5,77% SAOS, 4,81% Síndrome Metabólico e 4,81% apresentava outros antecedentes, tais como: alcoolismo, alterações da tiroide, doenças neurológicas, etc. No Framingham Heart Study, a HTA foi verificada de forma isolada em menos de 10%

dos doentes e em mais de 50% ocorreu com outros FRCV, nomeadamente dislipidemia, obesidade abdominal e diabetes<sup>20</sup>, concordante com o presente estudo. Em comparação com o estudo PHYSA, em que a principal comorbilidade era a dislipidemia, esta patologia ocupa a terceira posição no presente estudo. Já em relação à DM, verificou-se um número inferior ao deste estudo, tendo sido encontrada DM em apenas 10,2% dos doentes. Em relação ao tabagismo, tem maior relevância no estudo PHYSA com 17,9% indivíduos, contudo é de notar que nos registos do Sclinic não foi recolhida essa informação em todos os pacientes, sendo esta uma limitação do estudo inerente também a todos os estudos retrospectivos, tal como previamente mencionado.

Tal como referido na introdução, a HTA é o principal fator de risco para doença cardiovascular e, não menos importante, o tabagismo, a dislipidemia e a DM que são importantes fatores de risco cardiovasculares<sup>20</sup>. Em relação à idade, ao sexo e à história pessoal e familiar de doença cardiovascular são fatores de risco não modificáveis e não passíveis de intervenção. É de realçar que estes fatores interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico, aumentando o risco de doença cardiovascular. De notar que elevados níveis de stress podem também aumentar temporariamente a PA, mas não está provada a relação entre o stress e a HTA e esse fator seria difícil de comprovar no estudo. Não obstante, as pessoas expostas a situações de maior stress, têm habitualmente comportamentos e estilos de vida menos saudáveis, o que poderá influenciar o risco de HTA<sup>21</sup>.

Este estudo apresenta como limitações o tamanho da amostra, com um total de 257 utentes e o facto de ser de uma zona geográfica do interior. Deste modo, pode tornar-se difícil retirar conclusões consistentes que permitam generalização dos dados obtidos para a população em geral. Outra limitação é inerente ao desenho do estudo, tal como já foi sendo mencionado na discussão, que é um estudo retrospectivo baseado apenas nos dados existentes nos processos clínicos dos utentes, sendo, portanto, impossível recolher dados que não tenham sido colhidos previamente durante as consultas.

Por outro lado, este estudo apresenta como ponto forte o facto de terem sido analisados os processos clínicos dos pacientes com valores de PA não controlados que frequentam as consultas hospitalares de cardiologia e não apenas na consulta de HTA. Este estudo é também pioneiro a nível nacional e a nível do CHUCB por a amostra em estudo ser apenas utentes com valores de PA não controlados.

Assim, ainda que os resultados obtidos não sejam os expectáveis em alguns pontos, na sua maioria foram resultados com valor preditivo verdadeiro e concordantes com outros estudos. É necessário posteriormente mais investigações a cerca desta temática e idealmente, a realização de estudos semelhantes numa escala nacional, de forma a ser possível tirar conclusões mais consistentes e de forma que os profissionais de saúde saibam como abordar melhor esta patologia e fator de risco de várias DCV nos doentes portugueses.

## 5. Conclusão

A hipertensão arterial continua a ser a um problema de saúde importante da atualidade, por ser uma das principais causas de mortalidade e morbidade da população. Além disso, representa um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares que raramente se encontra de forma isolada. Atualmente, verifica-se o aumento na prevalência de HTA e, também, da falta de controlo dos valores tensionais. Este trabalho propôs, então, avaliar os motivos do descontrolo tensional dos doentes da consulta externa de cardiologia do CHUCB, reforçando a importância da investigação, educação, prevenção e tratamento da HTA.

Neste estudo concluiu-se que a principal causa de os valores de PA não estarem controlados foi devido ao desajuste da medicação. Sendo por isso importante reconhecer que a terapêutica medicamentosa é feita por várias etapas, tendo por base alteração do estilo de vida e posteriormente a adição de classes de fármacos. Existe também uma componente de má adesão à terapêutica que pode promulgar o desajuste da medicação. Sendo, por este motivo, fulcral criar um plano onde se inclua o doente e se personalize o mesmo segundo as suas preferências e se explique efeitos adversos possíveis que possam surgir, evitando assim o mau cumprimento terapêutico.

Salienta-se que a maioria dos indivíduos necessitou apenas de uma consulta hospitalar para os valores tensionais normalizarem e, dentro destes, a maioria dos doentes apresentava desajuste da medicação. Este dado merece reflexão, no sentido em que o ajuste terapêutico poderia ter sido feito em contexto não hospitalar. Além da terapêutica medicamentosa, seria também vital sensibilizar o paciente para estilos de vida saudáveis, tais como dieta pobre em sal e gorduras e prática de exercício físico regular. Neste sentido, é necessário investir na formação e sensibilização da comunidade e dos profissionais de Medicina Geral e Familiar para esta temática, reforçando a importância que têm os Cuidados de Saúde Primários de qualidade na gestão dos doentes com comorbilidades, nomeadamente a HTA.

Relativamente aos antecedentes pessoais mais frequentes destaca-se a obesidade, LOA, dislipidemia e diabetes mellitus, que são, também, fatores de risco cardiovascular e por isso, juntamente com a HTA não controlada, aumentam ainda mais o risco de eventos cardiovasculares, podendo culminar com a morte.

Assim sendo, este estudo permitiu um conhecimento mais aprofundado da realidade em 2 anos de Consulta hospitalar de Cardiologia de uma Unidade Hospitalar, no que diz respeito à prevalência das causas que causam HTA não controlada. Representando assim uma grande vantagem, pois o reconhecimento destes fatores modificáveis, para os quais deveremos estar cada vez mais sensibilizados, permite-nos uma maior assertividade terapêutica. Conseguindo atuar na sua prevenção primária de forma mais eficaz e numa fase mais precoce, é possível diminuir a morbidade e mortalidade consequente da PA elevada e também os custos de saúde que daí advêm. Reforça-se, no entanto, a importância da realização de estudos semelhantes a nível nacional, de forma a ser possível gerar conclusões para a população portuguesa, para que seja possível melhorar a atuação e prevenção na HTA.

## 6. Referências Bibliográficas

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159-219.
2. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 20th ed. New York: McGraw Hill; 2018.
3. WHO | Hypertension [Internet]. Who.int. 2016 [updated 2013; cited 29 March 2021]. Available from: <http://www.who.int/topics/hypertension/en>.
4. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade the PHYSA study. *Journal of Hypertension* [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 24];32(6):1211–21.doi: 10.1097/HJH.000000000000162.
5. Macedo ME, Ferreira RC. A hipertensão arterial em Portugal 2013: Análise epidemiologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa: DGS, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterialem-portugal-.aspx>.
6. Bakris GL. Visão geral da hipertensão.
7. Askın M, Koc EM, Sozmen K, Turan MO, Soypacacı Z, Aksun S. Evaluation of Dipper and Non-dipper Blood Pressure Patterns and Quality of Life Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arq Bras Cardiol*. 2021 Feb;116(2):295-302. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20190536. PMID: 33470331; PMCID: PMC7909972.
8. Peixoto AJ. Practical Aspects of Home and Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. (2015).

9. J. Mesquita Bastos, Jorge Ferreira. Recomendações da ESC/ESH para o Tratamento da Hipertensão Arterial. (2018).
10. Dipiro J, Talbert R, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey L. Pharmacotherapy a Pathophysiologic Approach. 7 ed. USA: The McGraw-Hill Companies. (2008).
11. Baptista, António, SPMI. Guia do internista na consulta externa. (2019).
12. George HM. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma da Direção Geral Saúde. (2011).
13. Bastos, T. M., Azenha, S., & Dias, T. (2016). Hipertensão no grande idoso: tratar ou não tratar?. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 32(1), 30–6. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i1.11687>.
14. Marques, Maria, Costa, Vitor, Furtado, Beatriz, Faria, Ana, Cebola, Marisa. Síndrome de Fragilidade em idosos institucionalizados: será a hipertensão um fator protetor? *Rev. Port. Hipertens. E Risco Cardiovasc.* (2021).
15. Jorge IN de SDR. 10 Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA, IP. (2016).
16. Oliveira, Catarina, Gomes Natália. Indicadores de Integração de Imigrantes. RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL 2017. (2017).
17. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Qual é o risco de vir a ter HTA? (2022).
18. Vintém JM, Guerreiro MD, Carvalho H. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal: uma análise do módulo “Saúde” do European Social Survey, 2004. In *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: awareness and treatment of uncontrolled hypertension among adults--United States, 2003-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012 Sep 7;61:703-9. PMID: 22951452.
20. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *Am J Hypertens.* (1994).
21. Cunha, Lara Daniela Matos, Ferreira, Paulo Alexandre Carvalho, & Brito, Irma da Silva. Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa. (2017).

# Anexos


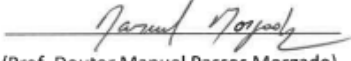
<b>IMPRESSO</b>					
 Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	<b>Parecer da Comissão de Ética para a Saúde</b> Código: CHCB.IMP.COMET.01      Edição: 5      Revisão: 0				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Parecer nº:</b> 70/2020</td> <td style="width: 40%;"><b>Data:</b> 2020.12.22</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Assunto:</b> Estudo nº 71/2020 – “Hipertensão não controlada em Consulta Hospitalar”</td> </tr> </table>		<b>Parecer nº:</b> 70/2020	<b>Data:</b> 2020.12.22	<b>Assunto:</b> Estudo nº 71/2020 – “Hipertensão não controlada em Consulta Hospitalar”	
<b>Parecer nº:</b> 70/2020	<b>Data:</b> 2020.12.22				
<b>Assunto:</b> Estudo nº 71/2020 – “Hipertensão não controlada em Consulta Hospitalar”					
<p><b>Membros da CES do CHCB:</b></p> <p><b>Prof. Doutor Manuel Passos Morgado</b> (Presidente, Farmacêutico)</p> <p><b>Dra. Ana Paula Torgal Carreira</b> (Vice-Presidente, Assistente Social)</p> <p><b>Dr. Luís Manuel Ribeiro</b> (Médico)</p> <p><b>Enf. Maria Gabriela Ramalinho</b> (Enfermeira)</p> <p><b>Dra. Maria Teresa Bordalo Santos</b> (Psicóloga)</p> <p><b>Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro</b> (Jurista)</p> <p><b>Dr. António Luciano Costa</b> (Teólogo)</p>	<p><b>Exma. Senhora Investigadora:</b> Beatriz Luís Lopes</p> <p>A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2020.12.22 deliberou emitir parecer relativamente à realização Estudo nº 71/2020 – “Hipertensão não controlada em Consulta Hospitalar”.</p> <p><b>Membros da CES do CHUCB presentes:</b>                  Prof. Doutor Manuel Passos Morgado                  Dra. Ana Paula Torgal Carreira                  Enfa. Maria Gabriela Ramalinho                  Dra. Maria Teresa Bordalo Santos                  Dr. Luís Manuel Ribeiro                  Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro                  Dr. António Luciano Costa</p> <p><b>Parecer:</b>                  Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.</p> <p>Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.</p> <p>A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Ex.mo Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.</p> <p style="text-align: center;">O Presidente da CE do CHUCB</p> <p style="text-align: center;">                   (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)             </p>				
Página: 1 de 1					



Figura 6: Parecer da Comissão de Ética do CHUCB

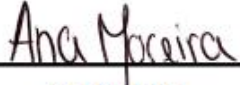


## **CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO | POSTINMED**

Certifica-se que

**Beatriz Lopes**

Aluna do 6<sup>a</sup> ano da FCS-UBI participou na Competição de Posters Científicos - PostInMed, no *XIII Beira Interior Medical Meeting*, que decorreu nos dias 10, 11, 12 e 13 de fevereiro de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**Ana Moreira**  
Coordenadora Geral XIII BeInMed

  
\_\_\_\_\_  
**Catarina Oliveira**  
Coordenadora Geral XIII BeInMed

Figura 7: Certificado de participação de apresentação de poster no Congresso XIII BeInMed