



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

ADESÃO À MEDICAÇÃO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO

Sara Maria Ferreira de Sousa

Dezembro 2017

Mestrado em Educação para a Saúde

ADESÃO À MEDICAÇÃO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO

Relatório de Projeto apresentado à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde

Orientador: Professor Doutor Rui Santos Cruz

Sara Maria Ferreira de Sousa

Dezembro 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua constante proteção em minha vida, por me proporcionar a capacidade de aprender, recomeçar sempre que necessário e por ter me concedido a graça de concluir mais uma etapa importante em minha vida profissional.

Ao meu orientador, professor Doutor Rui Cruz, pela atenção e orientação para a elaboração do projeto e construção do trabalho final.

À minha mãe e ao meu pai, pelo incentivo diário, me repassando seus exemplos de vida.

A minha avózinha, que com seu amor por mim me dar forças na caminhada.

Aos meus irmãos e ao meu namorado, pelo carinho, amor e pela presença constante em minha vida.

À minha prima-irmã Ana Isabel e toda a minha família, a quem muito valorizo.

Aos meus amigos, em especial Laryssa, pelo convite em iniciar a pós graduação em Educação para à Saúde, Tatiana e Raíres pela ajuda na coleta de dados, ao meu primo Emanuel, pela ajuda na construção dos gráficos e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização da pesquisa.

Aos meus companheiros de turma, Fabyele, Gustavo, Josy e Cris, pelo trabalho em equipe.

A todos, muito obrigada!

“Mas na profissão, além de amar tem de saber. E o saber leva tempo para crescer.”

Rubem Alves

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo sofrem de hipertensão arterial (HTA). A HTA afeta entre 20-40% da população adulta na região das Américas, o que significa que cerca de 250 milhões de pessoas têm pressão arterial elevada. Destaca-se que a prevalência da hipertensão arterial tem aumentado, pelo crescente aumento do sedentarismo, da obesidade e da ingestão em excesso de sódio, incluindo na população brasileira. O tratamento da HTA passa pela utilização de diversas classes de fármacos selecionados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, associado a hábitos de vida saudáveis. O presente trabalho teve como objetivo analisar a adesão à medicação de pacientes hipertensos atendidos em um centro de saúde em São Luís/MA. Para o efeito, realizou-se um estudo observacional e descritivo numa amostra de 100 pacientes selecionados com critérios objetivos. A coleta de dados utilizou um questionário previamente elaborado que permitiu a caracterização sócio-demográfica e o perfil clínico da amostra, bem como avaliar o seu conhecimento sobre a patologia. Para determinar a adesão foi utilizado a Medida de Adesão do Tratamento (MAT). Os resultados da pesquisa mostraram que a maioria dos pacientes é conhecedor de sua patologia e cumprem a tomada de medicações adequadamente, demonstrando boa adesão de acordo com a escala de adesão de MAT. Concluiu-se que a adesão ao tratamento da hipertensão, apesar de ser um desafio tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes, estes podem apresentar uma adesão satisfatória quando há o envolvimento da equipe de saúde e do paciente. Quando o paciente conhece a sua doença e os riscos associados ele é capaz de responsabilizar-se pelo autocuidado, principalmente no que diz respeito a tomada de medicações corretamente.

Palavras-chave: *Hipertensão arterial, Adesão à medicação, Autocuidado*

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), more than one billion people worldwide suffer from high blood pressure (HBP)- hypertension. HBP affects between 20-40% of the adult population in the Americas region, which means that about 250 million people have high blood pressure. It is worth noting that the prevalence of High Blood Pressure has increased due to the growing increase in sedentary lifestyle, obesity and excessive sodium intake, including in the Brazilian population. The treatment of HBP involves the use of several classes of drugs selected according to the specific needs of each person, associated with healthy life habits. The present study had as objective to analyze the adherence to the medication of hypertensive patients attended at a health center in São Luís/MA. For this purpose, an observational and descriptive study was performed on a sample of 100 selected patients with objective criteria. The data collection used a previously elaborated questionnaire that allowed socio-demographic characterization and the clinical profile of the sample, as well as to evaluate their knowledge about the pathology. To measure the adherence, we used the Treatment Adhesion Measure (TAM) scale. The results of the research showed that the majority of the patients are aware of their pathology and take appropriate medications, demonstrating good adherence according to the TAM scale. It is concluded with the research that adherence to the treatment of hypertension, although it is a challenge for both health professionals and patients, they may present a satisfactory adherence when there is involvement of the health team and the patient. When the patient knows his illness and the associated risks he is able to take responsibility for self-care, especially with regard to taking medications correctly

Keywords: High blood pressure, Adherence to the medication, Self-care.

Índice

Índice de Gráficos.....	6
Índice de Quadros	6
Índice de Tabelas.....	6
Lista de abreviaturas	7
1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no Mundo.....	8
1.2 Classificação e Fisiopatologia da Hipertensão Arterial.....	9
1.3 Terapêutica da Hipertensão Arterial	10
2 ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	12
2.1 Técnicas de medir a adesão à terapêutica	13
3 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	14
3.1 Objetivos	14
3.1.1Objetivo Geral.....	14
3.1.2Objetivos Específicos.....	14
3.2 Tipo de Estudo	14
3.3 Local do Estudo.....	15
3.4 População e Amostra	15
3.5 Instrumento de Recolha de dados	15
3.6 Implementação	16
3.7 Tratamento Estatístico dos Dados	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	39

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Local de Procedência	17
Gráfico 2: Situação familiar	19
Gráfico 3: Prática de Atividade física	27

Índice de Quadros

Quadro 1: Sexo, Idade e Nacionalidade da amostra.....	17
Quadro 2: Escolaridade e Ocupação profissional (Actual).....	18
Quadro 3: Renda familiar e Condições de moradia.....	19
Quadro 4: Conhecimento sobre a patologia da Hipertensão Arterial.....	20
Quadro 5: Distribuição da Adesão à Medicação	24
Quadro 6:Níveis de Adesão à Medicação (MAT).....	25
Quadro 7: Medicamentos antihipertensivos.....	28
Quadro 8: Outros Medicamentos.....	30
Quadro 9: Outras patologias associadas à HTA	32

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação da pressão arterial em medição casual para ≥ 18 anos	10
Tabela 2:Medicamentos antihipertensivos disponíveis na Rename	11

Lista de abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEMESP – Centro de Medicina Especializada

DAP – Doença Arterial Periférica

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

FR – Fator de Risco

HA – Hipertensão Arterial

HAT – Hipertensão Arterial

HTA – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Insuficiência Cardíaca

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

MEV – Mudança no Estilo de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no Mundo

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma patologia bastante comum na população e suas complicações desencadeiam altos índices de morbidade e mortalidade.

Scala (2014) destaca que a transição epidemiológica no Brasil, caracterizada pela queda das taxas de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer, envelhecimento e, principalmente pela mudança do perfil nosológico da população, resultou em aumento considerável da morbidade e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre as quais a hipertensão arterial (HTA) é a principal representante.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) destaca que a prevalência da HTA no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A pesquisa de Silva (2012) através do inquérito de base populacional realizado em São Luís no estado do Maranhão, mostrou que a prevalência de HTA era de 27,4% em indivíduos adultos com mais de 18 anos de idade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas. A HTA afeta entre 20-40% da população adulta na região das Américas, o que significa que cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada. Destaca-se que a prevalência da HTA tem aumentado pelo crescente incremento do sedentarismo, da obesidade e da ingestão aumentada de sódio em todo o mundo, incluindo a população brasileira. Outro importante aspecto citado por Magalhães (2014) é o desconhecimento dos indivíduos hipertensos da sua condição. Isso ocorre pela ausência dos sintomas ou sinais na imensa maioria dos hipertensos.

É comum encontrarmos na prática profissional pacientes com seqüelas de complicações da hipertensão arterial, como os eventos vasculares cerebrais, relatarem ter descoberto o diagnóstico de hipertensão arterial apenas após o acidente vascular encefálico (AVE). Porém, observa-se que grande parte deles

afirmam que previamente ao AVE não tinham o hábito de verificarem a pressão arterial por não apresentarem sinais e sintomas, ou em caso de sensação de mal estar, alguns se automedicam com analgésicos ou medicações caseiras. Já outros, mesmo tendo recebido o diagnóstico de hipertensão arterial, às vezes são descuidados na administração das medicações, usando-as de maneira irregular.

Silva et al.(2015) destaca que a hipertensão arterial é o mais importante e melhor documentado fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, em concreto 54% por AVC e 47% por doença isquêmica do coração.

Dados norte-americanos de 2015 destacados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) revelaram que a HTA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de acidente vascular encefálico (AVE), 75% de insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP). Ela é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE.

1.2 Classificação e Fisiopatologia da Hipertensão Arterial

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) destaca que a HTA é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos a um valor maior ou igual a 140 por 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e ou estruturais de órgãos alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus.

De acordo com os estudos utilizados na elaboração da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016) temos a classificação da pressão arterial, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1: Classificação da pressão arterial em medição casual para ≥ 18 anos

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Pressão Arterial Diastólica (PAD)
Normal	< ou = 120	< ou = 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	>ou = 180	> ou = 110

Smeltzer et al (2012) definem a pressão arterial como o produto do débito cardíaco pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é transferida do músculo cardíaco para o sangue toda vez que o coração se contrai. Em seguida, a pressão é exercida pelo sangue à medida que flui através dos vasos sanguíneos. A hipertensão pode resultar de um aumento do débito cardíaco, aumento da resistência periférica (constricção dos vasos sanguíneos) ou ambos. Para que ocorra hipertensão, deve haver uma alteração em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco. Dentre estes podem ser citados: aporte excessivo de sódio, menor número de néfrons, estresse, alteração genética, obesidade e fatores endoteliais.

Os mesmos autores citados acima também destacam que as alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sanguíneos contribuem para os aumentos da pressão arterial que ocorrem com a idade. Essas alterações incluem acúmulo de placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágeno e comprometimento da vasodilatação.

1.3 Terapêutica da Hipertensão Arterial

O tratamento da hipertensão arterial consiste em tratamento não medicamentoso e tratamento medicamentoso.

No manual do Ministério da Saúde (2014) sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o tratamento não medicamentoso compreende especialmente as mudanças no estilo de vida. Destas, são citadas: redução no consumo de bebidas alcoólicas, substituição de anticoncepcionais hormonais orais

por outros métodos contraceptivos, hábitos saudáveis de alimentação, controle do peso, práticas de atividade física e abandono do tabagismo.

Sílvia (2015), trás em sua literatura que o uso clínico de medicamentos para o controle dos níveis pressóricos na hipertensão arterial surgiu por volta de 1947, o que torna essa prática, do ponto de vista histórico, relativamente recente.

Esse mesmo autor destaca que a eficácia do tratamento anti-hipertensivo em prevenir complicações cardiovasculares baseia-se na teoria de que pressão arterial elevada, por si, produz hiperplasia reativa e alterações fibróticas hialinas nas artérias e arteríolas, bem como hipertrofia do coração, predominantemente. Por tal motivo, recomenda-se o tratamento precoce, quando essas alterações anatomopatológicas e funcionais ainda não estão presentes ou, caso já existam, que possa sustentar sua progressão.

Segundo o manual do Ministério da Saúde sobre hipertensão, o tratamento medicamentoso da HTA utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HTA requer associação de dois ou mais antihipertensivos. Na Tabela 2 apresentamos a lista da classe dos antihipertensivos disponíveis, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Tabela 2: Medicamentos antihipertensivos disponíveis na RENAME

CLASSE FARMACOLÓGICA	DENOMINAÇÃO GENÉRICA
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida
Diuréticos de Alça	Furosemida
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona
Betabloqueadores seletivos	Atenolol
	Succinato de Metoprolol
	Tartarato de Metroprolol
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados de diidropiridina	Besilato de Anlodipino
	Nifedipino
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de Verapamil
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de hidralazina
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril
	Maleato de Enalapril
Antagonistas da angiotensina II, simples	Losartana potássica

FONTE: (BRASIL, 2010; KATZUNG, 2003; GUSSO; LOPES, 2012 citado por Ministério da Saúde, 2014).

Após ser estabelecido o tratamento, a adesão medicamentosa associada a hábitos de vida saudáveis são de suma importância para o sucesso terapêutico, controle dos níveis pressóricos e prevenção de complicações associadas a hipertensão.

2 ADESÃO À TERAPÊUTICA

Segundo Moura (2011), embora a HTA se trate de uma doença crônica-degenerativa de fácil diagnóstico e com grande diversidade terapêutica, seu controle constitui um desafio aos pacientes em virtude das mudanças no estilo de vida necessárias. Mas também aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, que têm sua prática profissional pautada no cuidado contínuo a esses pacientes. A esses profissionais, o maior desafio revela-se na necessidade de desenvolver estratégias com vistas a conduzir o paciente ao autocuidado e consequente adesão à terapêutica.

A Organização Mundial da Saúde define adesão (adherence) à terapêutica de longo prazo ou crônica, como a extensão em que o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no seguimento de uma dieta e/ou a execução de mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (World Health Organization, 2003).

Leite (2013) define a adesão à terapêutica como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos recomendados em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.

Bugalho e Carneiro (2004) revelam que a adesão medicamentosa é fundamental no controle da patologia, principalmente quando se trata das doenças crônicas. Com as novas descobertas na área médica, verifica-se que há uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo assim para um aumento na incidência destas doenças, com grande impacto na população. Esta realidade apresenta consequências para a economia mundial, representando cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo, prevendo-se o seu crescimento até 2020.

Assim, é muito importante que os profissionais de saúde, pacientes e familiares se co-responsabilizem em prol de uma adesão à terapêutica satisfatória,

garantindo níveis de pressão arterial controlados e minimizando os riscos de complicações pela patologia. Destacamos que a educação em saúde pode contribuir satisfatoriamente na adesão à medicação, pois à medida que o paciente tem conhecimento de sua patologia, seus riscos, complicações e da importância de seguir corretamente o tratamento, aumentam as chances dele mudar suas atitudes frente as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

2.1 Técnicas de medir a adesão à terapêutica

De acordo com os autores Milstein-Moscatti et al. (2000) citado por Obreli (2012) destacam que a avaliação da adesão à medicação pelos pacientes pode ser a através de métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos são baseados em técnicas analíticas laboratoriais que quantificam o fármaco, metabólitos ou algum marcador ou flúidos biológicos, e correlacionam a quantidade encontrada com o uso recente do medicamento.

Farmer (1999) citado por Obreli (2012) descreve que os métodos indiretos podem ser divididos em: entrevista do paciente, diário do paciente, questionários estruturados, contagem manual de comprimidos, registro de retirada de medicamentos em farmácias e sistema de monitoramento de eventos de medicação.

Os vários métodos disponíveis para medir e avaliar a adesão à terapêutica são muito diferentes uns dos outros, constatando-se que não há um método padrão para medir a adesão à terapêutica. Aconselha-se a escolha do método de acordo com as características do estudo, nomeadamente, características e dimensão da população e período em estudo. Para se obterem resultados mais credíveis o ideal será associar mais que um método para medir adesão. A combinação de diversos métodos é o procedimento mais correto para uma maior eficácia na medição da adesão à terapêutica (World Health Organization, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

Cada método tem as suas vantagens e desvantagens, não existe um método padrão, cada estudo utiliza o método mais adequado ao seu objetivo.

Um dos métodos mais utilizado em estudos acerca da adesão são os questionários auto-preenchidos pelos pacientes. Este método é de fácil aplicação, barato e permite obter resultados com alguma rapidez.

No presente trabalho utilizamos um questionário estruturado contemplando perguntas pertencentes ao instrumento Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), um questionário já validado previamente. Os questionamentos foram realizados individualmente em forma de entrevista.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Analisar a adesão à terapêutica de pacientes hipertensos atendidos em um Centro de Saúde, em São Luís/MA.

3.1.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil socioeconômico dos pacientes hipertensos;
2. Identificar o conhecimento/crenças dos pacientes sobre a hipertensão, fatores de riscos associados à hipertensão e suas complicações;
3. Verificar a atitude dos pacientes quanto à prática de atividade física e o tratamento não medicamentoso da hipertensão;
4. Identificar o grau de adesão à medicação dos pacientes hipertensos.

3.2 Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo observacional e descritivo com alguma abordagem qualitativa, no qual caracterizaremos o contexto socioeconômico dos sujeitos envolvidos, analisaremos e refletiremos acerca das informações obtidas sobre o tema pesquisado.

De acordo com Oliveira (2001), as pesquisas que utilizam uma abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões

de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Segundo Flick (2009), os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas; nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimentos e na variedade de abordagens e métodos.

3.3 Local do Estudo

A presente pesquisa foi realizada do Centro de Medicina Especializada (CEMESP), instituição de referência no tratamento de hipertensos e diabéticos no estado do Maranhão.

3.4 População e Amostra

Os sujeitos deste estudo foram pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Os critérios de inclusão foram: ser cadastrado no programa de hipertensos, fazer uso de ao menos um antihipertensivo há pelo menos um ano e aceitarem participar da pesquisa.

Não foram incluídos na pesquisa os pacientes hipertensos que tinham iniciado as medicações a menos de um ano ou não faziam uso de medicações, bem como aqueles que não aceitaram colaborar com as informações.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril e junho de 2017. Durante esse período foram entrevistados 100 pacientes que aguardavam atendimento médico no centro de saúde, em ao menos dois dias semanais, em um período do dia, manhã ou tarde.

3.5 Instrumento de Recolha de dados

Para a coleta de dados aplicamos um questionário previamente elaborado para o efeito, constituído por 4 partes: parte I – Caracterização sociodemográfica da amostra; parte II – Conhecimento sobre a patologia-Hipertensão; parte III – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e parte IV - Caracterização Clínica(Em anexo).

Para a avaliação da adesão, esta foi dividida em 3 níveis tendo como pontos de corte: Baixa adesão: 7 – 21; Média adesão: 22 – 35; Alta adesão: 36 – 42.

3.6 Implementação

A pesquisa seguiu os princípios éticos. Para que a coleta de dados fosse iniciada, o projeto foi encaminhado para apreciação da instituição escolhida para a realização da pesquisa juntamente com uma carta de solicitação.

Após a autorização da instituição, deu-se início à coleta das informações. Os sujeitos foram previamente informados sobre o estudo e foram garantidas a confidencialidade das informações e o seu anonimato.

3.7 Tratamento Estatístico dos Dados

A análise estatística seguiu inicialmente um procedimento descritivo com medidas de tendência central e dispersão (média, mínimo e máximo e frequência absoluta) e depois analítico.

Foi assumido um intervalo de confiança de 95% e um nível de confiança $p \leq 0,05$.

Para fazer o tratamento estatístico dos dados recolhidos foi utilizado o programa SPSS versão 20.

Conforme visualizado no gráfico 1, apesar do local de aplicação da pesquisa ser um centro de referência para pacientes hipertensos e diabéticos no Maranhão, a grande maioria dos entrevistados era procedente da capital, São Luís.

Quadro 2:Escolaridade e Ocupação profissional (Actual).

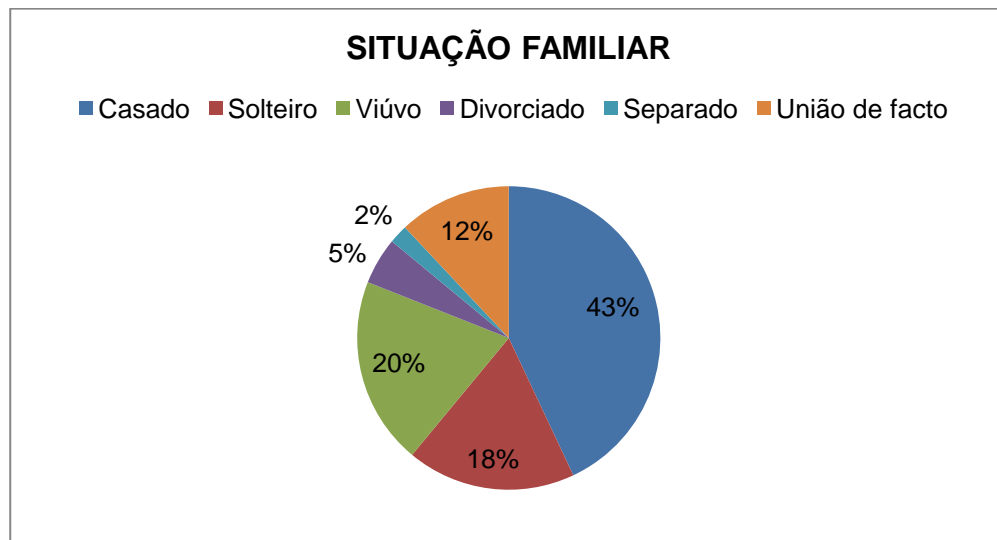
VARIÁVEL	N	%
Escolaridade		
Não alfabetizado	6	6%
Ensino Fundamental Incompleto	44	44%
Ensino Fundamental Completo	09	9%
Ensino Médio Incompleto	02	2%
Ensino Médio Completo	32	32%
Ensino Superior Incompleto	05	5%
Ensino Superior Completo	2	2%
Situação Profissional		
Aposentado	51	51%
Doméstica	03	3%
Autônomo (costureira, taxista, microempresário)	09	9%
Funcionário público	02	2%
Outros (merendeira, guia de turismo)	07	7%
Não trabalha	28	28%
Total	100	100 %

A maioria (44%) deles possui o ensino fundamental incompleto, seguido pelos com o ensino médio completo (32%). Quanto à situação profissional 51% destes encontram-se aposentados e 28% não trabalha, conforme visualizado no quadro 2.

No estudo realizado por Lotufo et al. (2017) mostrou que há uma associação muito forte entre a carga da doença cerebrovascular e os indicadores sociais e econômicos. Ele cita em seu artigo que apesar da redução das taxas de mortalidade por doença cerebrovascular serem percebidas em todo o país, a doença cerebrovascular ainda apresenta alta carga de doença, principalmente nos estados com menor desenvolvimento socioeconômico.

Torna-se importante destacar o estudo acima, visto que a hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares.

Gráfico 2: Situação familiar



Quanto à situação familiar, podemos verificar através do gráfico 2, a maioria deles são casados (43%), os viúvos (20%) e os solteiros (18%).

Ao serem questionados sobre como consideram a sua renda familiar, o que mais prevaleceu foi a renda até um salário mínimo (48%) e 2 a 3 salários mínimos (40%). Sobre as condições de moradia, a maior parte (92%) reside em casa própria. Essas informações estão melhores descritas no quadro abaixo:

Quadro 3: Renda familiar e Condições de moradia

VARIÁVEL	N	%
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	48	48%
2 a 3 salários mínimos	40	40%
4 a 5 salários mínimos	09	9%
Mais de 5 salários mínimos	01	1%
Sem Renda	02	2%
Condições de Moradia		
Casa própria	92	92%
Casa alugada	08	08%

II - Conhecimento sobre a patologia – Hipertensão Arterial

Para identificação do conhecimento dos pacientes sobre a patologia foram realizadas seis perguntas sobre a hipertensão arterial que nos possibilitaram avaliar de um a cinco o grau de concordância para os questionamentos.

Quadro 4: Conhecimento sobre a patologia da Hipertensão Arterial

Perguntas sobre a Hipertensão Arterial	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.	81 (81%)	7 (7%)	11 (11%)	1 (1%)	0 (0%)
2. O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial	88 (88%)	3 (3%)	7 (7%)	2 (2%)	0 (0%)
3. Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.	93 (93%)	3 (3%)	3 (3%)	0 (0%)	1 (1%)
4. Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.	98 (98%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5. Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.	65 (65%)	7 (7%)	18 (18%)	6 (6%)	4 (4%)
6. Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.	53 (63%)	3 (3%)	21 (21%)	2 (2%)	11 (11%)

Pergunta 1 - *Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função dos rins, olhos, cérebro e coração.*

Dos pacientes respondentes, 81% concordam totalmente, 7% apenas concordam, ficando na dúvida sobre o efeito prejudicial para os rins e os olhos, 11% não concordam nem discordam e apenas 1% discorda, acreditando que o efeito prejudicial para os rins, olhos, cérebro e o coração é mais ocasionado pela Diabetes mellitus. Nenhum paciente discordou totalmente. Observa-se que a grande maioria dos pacientes possui conhecimento sobre em que consiste a hipertensão e que ela pode prejudicar a função de outros órgãos do corpo.

Torna-se relevante destacar que à medida que os questionamentos iam sendo realizados, foram feitas abordagens educativas diante das respostas dos pacientes.

Smeltzer et al. (2012), trazem em sua literatura que a elevação prolongada da pressão arterial acaba provocando lesão dos vasos sanguíneos em todo o corpo, particularmente nos órgãos-alvo, como o coração, os rins, o cérebro e os olhos. As consequências habituais da hipertensão prolongada e descontrolada consistem em infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento da visão.

Guyton e Hall (2011) destacam que o trabalho cardíaco excessivo leva à insuficiência cardíaca e a doença coronária precoces, frequentemente são a causa

de morte por ataque cardíaco. A alta pressão frequente lesa os vasos sanguíneos cerebrais, causando a morte de grandes partes do cérebro, o que constitui o AVC. A pressão alta quase sempre lesa os rins, produzindo muitas áreas de destruição renal e por fim insuficiência renal, uremia e morte.

Pergunta 2 - *O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial.*

88% dos pacientes concordam totalmente, 3% apenas concordam, relatando que a principal causa seria o consumo de sal associado a outros fatores, 7% não concordam e nem discordam, 2% discordam, referindo que a principal causa não está associada ao consumo de sal. Nenhum paciente discordou totalmente.

Muitos dos pacientes relataram que as refeições no domicílio nem sempre são hipossódica. Isso nos leva a refletir que apesar de terem o conhecimento sobre os malefícios do consumo de sal em excesso, muitos não mudam de comportamento frente ao consumo de sal.

Estudos experimentais destacados por Guyton e Hall (2011) mostraram a relação entre o aumento da ingestão de sal e o aumento da pressão arterial, revelando que a quantidade de sal acumulada no corpo é o principal determinante do volume do líquido extracelular. Como apenas pequenos aumentos do volume do líquido extracelular e do sangue podem com frequência aumentar muito a pressão arterial, se a capacidade vascular não aumentar ao mesmo tempo, o acúmulo extra de pequena quantidade de sal no corpo pode levar a aumento considerável da pressão.

Pergunta 3 - *Estar gordo, ter excesso gordura no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.*

93% concordaram totalmente, 3% apenas concordam, 3% não concordam e nem discordam, nenhum paciente discordou e apenas 1% discordou totalmente.

Na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão encontramos que o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças. A relação entre sobrepeso e alteração da PA já pode ser observada a partir dos 8 anos. Reduções de peso e da cintura abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora metabólica.

Na 5ª Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) acerca de Dislipidemia encontramos que a mortalidade por doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte no país e o colesterol elevado possui evidências para ser considerado o principal fator de risco modificável com base em estudos tipo caso-controle, observacionais, de base genética ou de tratamento.

A diretriz acima trás que a aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima das artérias de médio e grande calibres. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devido a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo.

Xavier et al. (2013) destaca que o alcance das metas de tratamento da dislipidemia é variável e depende da adesão à dieta, às correlações no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança de comportamento dietético é fundamental.

Dados do INCA (2001), revelam que o tabagismo, antes visto como um estilo de vida, atualmente é reconhecido como uma dependência química, expondo as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas, sendo classificado no código internacional de doenças no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

No caso brasileiro as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica os textos de referência destacam que a incidência de hipertensão é maior entre mulheres que fumam mais de 15 cigarros por dia, e a concomitância de hipertensão e tabagismo diminui a função ventricular esquerda em pessoas assintomáticas. Estudos mostram aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (Ministério da Saúde, 2014).

Pergunta 4 - *Os medicamentos na hipertensão devem ser tomados na hora e na quantidade que o médico indicou.*

98% dos pacientes concordam totalmente, 2% dos pacientes apenas concorda, nenhum dos pacientes respondeu que não concorda e nem discorda, que discorda ou discorda totalmente.

Aqui destacamos que a adesão terapêutica está relacionada com o uso correto das medicações, conforme orientação médica, ou seja, o paciente faz uso da medicação na dosagem prescrita pelo médico, não deixa atrasar ou faltar as medicações e também não faz uso de medicações por conta própria.

Lima et al. (2010) destaca que somente o acesso ao medicamento não significa uma adesão satisfatória e um alcance da resposta terapêutica almejada. Há, contudo, a necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas à adesão medicamentosa, de modo a assegurar a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde.

Pergunta 5- *Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.*

65% dos pacientes concordam totalmente, 7% dos pacientes apenas concordam, 18% dos pacientes não concordam e nem discordam, relatando que não tinham conhecimento desta informação, 6% discordam e 4% discordam totalmente.

Os medicamentos para a HTA após a sua administração são absorvidos, distribuídos e metabolizados e seus metabolitos são excretados. A eliminação não significa apenas excreção, mas também inclui processos metabólicos que, em geral, inativam as drogas. As principais modalidades pelas quais as drogas deixam o organismo são: excreção renal, excreção biliar, excreção pulmonar (anestésicos gasosos, por exemplo). Outras vias de excreção são representadas pelo suor, saliva, lágrimas, leite materno, fezes, secreção nasal etc. (Sílvia, 2015)

Pergunta 6 - *Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.*

53% dos pacientes concordam totalmente, 3% apenas concordam, 21% não concordam e nem discordam, 2% discordam e 11% discordam totalmente.

Os pacientes que discordaram totalmente referiram que às vezes fazem uso de medicações por conta própria sem que percebam que isto diminua o efeito do antihipertensivo prescrito pelo médico. Ao serem questionados sobre quais seriam esses medicamentos, informaram ser “medicações caseiras” como plantas medicinais.

Observou-se que a maioria dos pacientes possui algum conhecimento sobre a patologia, fatores de risco, complicações e a importância de seguir o tratamento conforme as orientações médicas.

III - Adesão ao tratamento para a hipertensão

A distribuição dos resultados decorrentes da aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), encontra-se no Quadro 5.

Quadro 5: Distribuição da Adesão à Medicação

Perguntas	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para hipertensão	2 (2%)	2 (2%)	10 (10%)	18 (18%)	29 (29%)	39 (39%)
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para hipertensão	1 (1%)	7 (7%)	7 (7%)	36 (36%)	21 (21%)	28 (28%)
3. Alguma vez você reduziu ou deixou de tomar os medicamentos para hipertensão, por ter se sentido melhor	1 (1%)	3 (3%)	4 (4%)	6 (6%)	3 (3%)	83 (83%)
4. Alguma vez você reduziu ou deixou de tomar os medicamentos para hipertensão, por sua iniciativa, após ter se sentido pior	----	----	----	4 (4%)	2 (2%)	94 (94%)
5. Alguma vez você tomou mais de um ou vários comprimidos para hipertensão por ter se sentido pior	----	----	3 (3%)	10 (10%)	8 (8%)	79 (79%)
6. Alguma vez você interrompeu a terapêutica para hipertensão por ter deixado acabar os medicamentos	1 (1%)	----	3 (3%)	18 (18%)	23 (23%)	55 (55%)
7. Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a hipertensão por alguma outra razão que não seja a indicação médica	----	----	----	7 (7%)	8 (8%)	85 (85%)

De acordo com a escala de adesão à terapêutica utilizada, 39% dos doentes responderam que nunca se esquecerem de tomar os medicamentos para a hipertensão. No entanto, uma percentagem de 29% admitiu que já se esqueceu, mas tal comportamento é raro. Apenas 18% afirmou que por vezes se esquecia.

Relativamente às horas na toma da medicação, verificamos que 36% por vezes descuida-se na hora da toma, enquanto 28% afirmou que nunca se descuida.

Pelo relato dos pacientes foi possível perceber que quando o horário das medicações está associado ao horário das principais refeições (após o café da manhã, almoço e jantar) ou, antes de dormir, torna-se menos comum o esquecimento. Porém as medicações antihipertensivas aprazadas para uso no horário de 10h, 16h, por exemplo, são mais frequentemente esquecidas.

Isso faz-nos refletir sobre as estratégias de adaptarmos sempre que possível o horário das medicações aos horários das refeições ou ligados a alguma rotina diária do paciente, como exemplo, ao levantar ou ao deitar-se no período noturno.

Quanto ao facto de deixarem de tomar a sua medicação quando se sentiam melhor, a maioria 83% responderam que nunca o fizeram.

Em contraposição 94% dos doentes nunca deixou de tomar a medicação prescrita, pelo facto de se sentir pior.

A maioria dos inquiridos (79%), nunca tomou a atitude de tomar mais um ou vários comprimidos, após se terem sentido pior. Apesar de 10% dos indivíduos por vezes o tenham feito.

Constatou-se que 55% dos doentes nunca interromperam a sua terapêutica por deixarem acabar os medicamentos. Todavia, cerca de 23% assegurou que raramente o fez e 18% por vezes interrompeu a terapêutica pelo motivo referido.

Verificamos ainda, que uma grande parte da amostra (85%) nunca deixou de tomar a medicação por outra razão que não fosse a indicação do médico.

Através da análise do Quadro 5, verificamos que, aparentemente, os doentes cumprem a toma da medicação, sendo que a maioria das resposta se situam nos níveis de NUNCA. Por isso estes doentes apresentam muito boa adesão de acordo com a escala de adesão de MAT.

Quadro 6: Níveis de Adesão à Medicação (MAT)

Adesão à Terapêutica	N	%
Média Adesão	20	20,0
Alta Adesão	80	80,0
Total	100	100,0
$\bar{x} = 37,54$; $Dp = 3,732$; $x_{\min} = 26$; $x_{\max} = 42$		

Conforme demonstrado no quadro 6, quanto aos níveis de adesão, identificamos que 80% dos pacientes apresentam alta adesão ao tratamento medicamentoso e 20% apresentam uma média adesão. Chegamos a esse valor pela soma das respostas obtidas em cada item da MAT. O valor médio da MAT foi 37,54, com desvio padrão de 3,732. A adesão varia entre um valor mínimo de 26 e um valor máximo de 42.

No Brasil, várias pesquisas também utilizaram a MAT para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em diferentes patologias. Destas pesquisas podemos referir os resultados alcançados por Sousa, Vedana & Miasso (2017), em pessoas com transtorno de ansiedade, revelou que a maioria dos participantes era aderente ao tratamento medicamentoso (85%).

Silva et al. (2016) também verificou em pacientes com hipertensão arterial que o escore médio da MAT foi de 5,3 em um intervalo de 1 a 6, demonstrando alta adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados mostraram que 86 (85,2%) dos participantes foram classificados na categoria adesão e 15 (14,8%) na categoria de não adesão.

Jacondino (2013), num estudo acerca da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na Estratégia Saúde da Família, a adesão a medicação foi de 56%. Foi analisado a associação da adesão à medicação com a idade, mas não se observou diferença estatisticamente significativa. Também não se observou associação de adesão com o número de medicamentos tomados por dia. Quanto ao sexo, as mulheres mostraram-se significativamente mais aderentes que os homens.

Numa pesquisa sobre adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre pacientes do Programa Remédio em Casa, Mansour, Monteiro & Luiz (2016), verificou que dos 106 participantes 80, 2% foram consideradas aderentes. Do ponto de vista estatístico, não houve diferenças significativas na adesão quanto às características sociodemográficas, clínicas e do programa remédio em casa.

Pelos relatos apresentados e com a reflexão acerca das respostas encontramos alguns fatores que podem estar associados com esta boa adesão, tais como: conhecimento da patologia e dos riscos associados a hipertensão, coresponsabilidade da família e dos profissionais da saúde, disponibilidade das medicações gratuitamente ou em baixo custo, o horário de administração das

medicações associado ao horário das principais refeições e também o uso de alarme do celular como estratégias para evitar o esquecimento, e acompanhamento médico regular para ajustes medicamentosos necessários.

De acordo com Dias et al. (2011), dentro dos fatores que podem influenciar na adesão às medicações, são citados o nível de escolaridade do paciente, preço dos medicamentos, crenças culturais, idade, sistema de distribuição dos medicamentos, grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa em sua vida, o caráter da doença, isto é, se é uma situação de doença aguda ou crônica e se esta é sintomática ou assintomática, a presença de comorbidades associadas, tais como a depressão, uso de substâncias ilícitas e também os efeitos secundários da medicação.

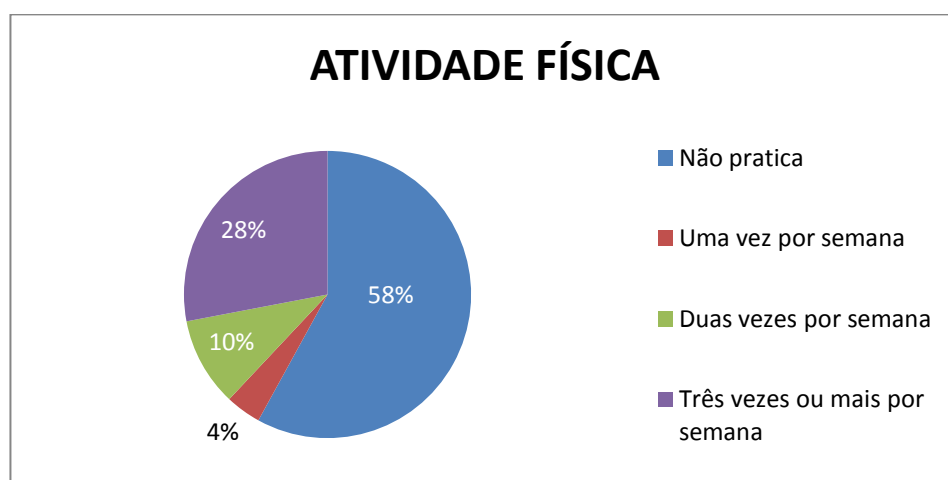
IV - Caracterização clínica

Sabendo que a prática de exercícios físicos é de suma importância no controle da pressão arterial, questionamos aos entrevistados sobre o hábito de realizar atividade física e sua frequência durante a semana.

Os resultados apresentados no Gráfico 3, mostraram que a maioria (58%) dos pacientes não pratica atividade física, mesmo sabendo dos seus benefícios. Apenas 28% dos indivíduos entrevistados dizem ter uma atividade física três vezes ou mais por semana.

Estes resultados são verdadeiramente preocupantes e exigem uma reflexão profunda pelas autoridades de saúde.

Gráfico 3: Prática de Atividade física



A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade articular, da pressão arterial em hipertensos, do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina, do sistema imunológico, da diminuição de câncer de cólon e de mama nas mulheres. Para além destes benefícios referem-se ainda outros não menos importante, como a prevenção da osteoporose e prevenção de lombalgias, aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social (Ministério da Saúde, 2014).

Rocha (2013), em seu artigo trás que a inatividade física assume hoje um caráter pandêmico, devendo por isso ser considerada como um dos quatro pilares que suportam a estratégia de intervenção junto das doenças não-comunicáveis.

Contudo e apesar do conhecimento existente dos benefícios sobre a saúde que a elas estão associados, o papel da atividade física continua a ser subestimado no quadro da saúde pública. Ele destaca a necessidade de serem desenvolvidas políticas desportivas e sejam alocados fundos que permitam o aumento e disponibilização de oportunidades para a realização de atividade física de forma que seja suportável para a população.

Com relação ao tratamento medicamentoso, com a aplicação do questionário foi possível identificar os antihipertensivos utilizados pelos pacientes. Os resultados mostraram que a losartana e a hidroclorotiazida foram os mais citados. Já em relação aos outros medicamentos os que mais foram citados foi o ácido acetilsalicílico (AAS) e metformina.

Quadro 7: Medicamentos antihipertensivos.

Medicamentos HTA	N	%
Anlodipino	2	2,0
Atenolol	1	1,0
Atenolol e losartana	2	2,0
Captopril	1	1,0
Enalapril	3	3,0
Enalapril e anlodipino	1	1,0
Enalapril e carvedilol	1	1,0
Enalapril e hidroclorotiazida	3	3,0
Enalapril, apresolina, atenolol	1	1,0
Furosemida	1	1,0

Furosemida, anlodipino, nifedipino	1	1,0
Hidralazina	1	1,0
Hidroclorotiazida	1	1,0
Hidroclorotiazida e enalapril	2	2,0
Hidroclorotiazida e losartana	16	16,0
Hidroclorotiazida e Olmesartana + Anlodipino	1	1,0
Losartana	26	26,0
Losartana + hidroclorotiazida	4	4,0
Losartana e Anlodipino	1	1,0
Losartana e Anlodipino + Atenolol	1	1,0
Losartana e Captopril	2	2,0
Losartana e indapamida	1	1,0
Losartana e Olmesartana + Hidroclorotiazida	1	1,0
Losartana e selozok	1	1,0
Losartana, carverdilol, aldactone, lasix se necessário	1	1,0
Losartana, carverdilol, espironolactona, lasix	1	1,0
Losartana, hidroclorotiazida, anlodipino.	3	3,0
Losartana, hidroclorotiazida, atenolol	1	1,0
Metildopa	1	1,0
Não lembra	5	5,0
Olmesartana + anlodipino	3	3,0
Olmesartana + hidroclorotiazida	3	3,0
Olmesartana + Hidroclorotiazida e Bisoprolol	1	1,0
Valsartana	1	1,0
Valsartana + anlodipino	1	1,0
Valsartana + hidroclorotiazida	3	3,0
Valsartana, atenolol, hidralazina, furosemida	1	1,0
Total	100	100,0

Antagonista do receptor da Angiotensina II (Losartana): segundo Sílvia (2015), a Losartana antagoniza as respostas endógenas da Angiotensina II, levando principalmente a vasodilatação, excreção de sódio e diminuição da atividade noradrenérgica. Essa droga mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em hipertensos com uma diminuição média de 20 mmHg na PAS e de 10 mmHg na PAD, com uso isolado na hipertensão leve a moderada. Não aumentam a frequência cardíaca e parecem conferir proteção renal e efeitos anitróficos como na hipertrofia ventricular e vascular.

Diuréticos (Hidroclorotiazida): os diuréticos têm sido as drogas mais usadas no tratamento da hipertensão há mais de 40 anos e têm um papel fundamental no controle dessa condição, seja isoladamente ou em combinação com outras drogas. Essas drogas são as mais extensamente estudadas em ensaios clínicos em larga

escala, e têm mostrado consistentemente redução das complicações cardiovasculares. Mecanismo de ação: o local de ação dessas drogas é o néfron. Inicialmente os diuréticos produzem uma leve depleção de sódio, levando a diminuição do fluido extracelular e do débito cardíaco. Com a continuação da terapia, ocorrem diminuição da resistência vascular periférica e restauração do débito cardíaco (Sílvia, 2015).

Ácido acetilsalicílico (AAS): este anti-inflamatório não esteróide é um inibidor por acetilação da ciclo-oxigenase, com grande utilização atualmente com grande interesse na utilização do AAS na doença vascular pelos seguintes efeitos:

- Redução de complicações tromboembólicas, observada em pacientes com válvula mitral artificial, associada a anticoagulantes orais na dose de 500 mg, com alta frequência de sangramento gastrointestinal;
- Prevenção de acidente vascular isquêmico, de episódios de isquemia cerebral transitória e morte em pacientes com isquemia cerebral transitória associada ou não a dipiridamol;
- Diminuição da incidência de oclusão trombótica de cânula arteriovenosa de silicone em pacientes submetidos a hemodiálise crônica (com disfunção plaquetária);
- Redução da incidência de infarto do miocárdio e morte cardíaca em pacientes com angina instável;
- Possível diminuição de trombose venosa em homens, após cirurgia de bacia (Sílvia, 2015).

Metformina: é o antidiabético oral de primeira linha cujo mecanismo de ação envolve: supressão da gliconeogênese, diminuição da produção hepática de glicose, redução da absorção gastrointestinal de glicose, estimulação anaeróbia nos tecidos periféricos, aumentando a remoção da glicose sanguínea e a redução do nível plasmático de glucagon, aumentando transporte de glicose, por aumentar a concentração da proteína transportadora de glicose na membrana das células responsivas à insulina, efeito anorético, redução de peso (Sílvia, 2015).

Quadro 8: Outros Medicamentos

Medicamentos	N	%
	43	43,0
Aas, metformina	1	1,0
Alendronato	2	2,0
Ciprofibrato e alogliptina	1	1,0

Clonazepam e sinvastatina	1	1,0
Clonazepam, pantoprazol e alendronato	1	1,0
Diazepam e omeprazol	1	1,0
Glibenclamida e metformina	1	1,0
Glibenclamida, glifage, atorvastatina, januvia, aas, roxflan	1	1,0
Glibenclamida, sinvastatina, metformina, diazepam	1	1,0
Glifage, alendronato, prednisona	1	1,0
Glifage, glibenclamida, sinvastatina	1	1,0
Glifage, glimepirida	1	1,0
Glifage, insulina, aas e sinvastatina	1	1,0
Glifage, sinvastatina e aas	1	1,0
Glifage, sinvastatina, esomeprazol	1	1,0
Glimepirida, metformina, sinvastatina e aas.	1	1,0
Insulina	1	1,0
Insulina e glifage	1	1,0
Insulina, aas, atorvastatina	1	1,0
Insulina, aas, sinvastatina	1	1,0
Insulina, diazepam, aas, sinvastatina e silostazol	1	1,0
Insulina, glifage, sinvastatina, aas, diazepam	1	1,0
Insulina, glifage.	1	1,0
Insulina, metformina, sinvastatina, glibenclamida	1	1,0
Insulina, metformina, sinvastatina.	1	1,0
Levotiroxina, metformina, sinvastatina, aas	1	1,0
Metformina	1	1,0
Metformina e insulina	1	1,0
Metformina, alenia, sinvastatina	1	1,0
Metformina, glibenclamida	1	1,0
Metformina, insulina	1	1,0
Metformina, insulina, atorvastatina	1	1,0
Não lembra	6	6,0
Não lembra (para dormir)	1	1,0
Para diabetes	12	12,0
Para diabetes	1	1,0
Para diabetes e colesterol	1	1,0
Sinvastatina	1	1,0
Sinvastatina e metformina	1	1,0
Sinvastatina, insulina e aas	1	1,0
Total	100	100,0

Ao serem questionados sobre outras patologias associadas a hipertensão arterial sistêmica, identificou-se que a maioria dos pacientes, além de HTA, possuem Diabetes mellitus, seguido de obesidade.

Quadro 9: Outras patologias associadas à HTA

Outras patologias	N
Insuficiência renal	4
IAM	3
Insuficiência cardíaca	9
Angina de peito	4
Diabetes	59
Bronquite crônica	2
Osteoporose	13
Aterosclerose	1
Obesidade	32
Artrose	11
Depressão	11
Outras	54

O diabetes mellitus é uma comorbidade bastante comum na hipertensão. Há evidências de que fatores genéticos, mas também alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência dessas duas patologias.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), o diabetes tipo 2 é a forma verificada em 90 a 95 % dos casos de diabetes e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina e na regulação da produção hepática de glicose. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) citado por Ministério da Saúde (2014) a obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível e pode ser considerada como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido a sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol, triglicerídeos sanguíneos e resistência a insulina.

Nesta mesma bibliografia encontramos que a motivação para adesão a um modo de vida mais ativo é um grande desafio, destacando-se a importância de identificar estratégias que propiciem esta adesão, debatendo com grupos suas vantagens, a identificação de obstáculos para a mudança, o auxílio para a descoberta de cada indivíduo de suas formas prazerosas de adequadas ao cotidiano de se movimentar, entre outros pontos.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se com esta pesquisa que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial apesar de ser um grande desafio para os pacientes, estes parecem apresentar uma adesão bastante satisfatória.

Julgamos que estes resultados da adesão podem ser devidos ao conhecimento manifestado pelos pacientes acerca da sua patologia e dos riscos associados a ela. Este conhecimento promove a responsabilização do paciente pelo autocuidado, principalmente no que diz respeito à tomada de medicações corretamente.

Este estudo mostrou-nos uma população de pacientes com uma idade média (61,50 anos) relativamente baixa e com um grau de escolaridade que pode explicar este conhecimento da patologia.

O envolvimento da equipe de saúde facilita o autocuidado do paciente, bem como quando os familiares são co-responsáveis pelo autocuidado do paciente, ou prestam-lhes auxílio quando este não for capaz.

Uma das grandes dificuldades ainda observadas está relacionada com as mudanças no estilo de vida para hábitos mais saudáveis, como a prática regular de atividade física, mudança nos hábitos alimentares com consequente redução da obesidade e também o controle das comorbidades.

Limitações

A presente pesquisa teve como limitações o não acompanhamento longitudinal dos pacientes para repasses de orientações e a pouca interação do paciente com o entrevistador.

Propostas futuras

Avaliar a adesão a medicação de pacientes hipertensos e desenvolver grupos interativos, com estratégias de intervenções específicas para os pacientes com baixa adesão.

Também desenvolver palestras sobre temas de educação em saúde para o paciente hipertenso, visando uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Repassar os resultados coletados ao CEMESP no intuito de desenvolver estratégias que favoreçam ainda mais a adesão à terapêutica bem como estratégias para adesão ao tratamento não medicamentoso.

Desenvolver um plano de ação direcionado para pacientes sem diagnóstico de hipertensão e para os pré-hipertensos objetivando a prevenção desta patologia e suas complicações.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada em Evidências.

DIAS, A. M. et al. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201 – 219.

FLICK, Uwe. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa/ Uwe Flick: tradução: Joice Dias Costa. 3ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 405 p.

GUYTON e HALL (2011). Tratado de Fisiologia Médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2001). Publicação: Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: < <http://www.2.inca.gov.br> / programa nacional de controle do tabagismo. Acesso em 16 de setembro de 2017.

JACONDINO, CAMILA BITTENCOURT (2013). Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Dissertação de mestrado apresentado ao programa de pós graduação em gerontologia biomédica da PUCRS.

LEITE, S.N. VASCONCELOS, M.P.C.(2013). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*, 8: 775 – 82.

LIMA, T. M. et al. (2010). Perfil de Adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. *Rev. Pan Amaz Saúde*, 1 (2): 113 – 120.

LOTUFO, P. A. et al (2017). Doenças cerebrovasculares no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev Bras Epidemiol*. Maio (20Supl1): 129 – 141.

MAGALHÃES, L. B. N. (2014). Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Revista: hipertensão*. Junho-Dezembro. 17(3-4): 1-191.

MANSOUR, S. N., MONTEIRO, C. N. LUIZ, O. C. (2016). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília 25 (3): jul-set: 647-654.

Ministério da Saúde (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:

hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde. BRASIL.Caderno de Atenção Básica nº 37, 128 p.

Ministério da Saúde (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília.BRASIL.Caderno de Atenção básica nº 28. 212 p.

Ministério da Saúde (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. BRASIL.

MOURA, D. J. M. et al. (2011). Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão: uma revisão bibliográfica. Rev. Bras. Enferm, Brasília, jul – ago; 64 (4): 759-65.

OBRELI, P. R. et al (2012). Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. Revista Brasileira de Farmácia. 93 (4): 403 – 410. Disponível em: www.rbfarma.org.br. Acesso em 10 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. Tratado de Metodologia Científica. Revisão: Maria Aparecida Bessana. SP: Pioneira Thompson Learning, 2 ed, 1999, 3ª reimpressão, 2001.

OMS (2010). Publicação: Dia Mundial da Hipertensão 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&article&id=330:dia_mundial_dahipertensao. Acesso em: 16 de agosto de 2017.

Osterberg, L., &Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. New England Journal of Medicine, 353(5), 487–497. <http://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

ROCHA, Paulo (2013). A Pandemia da Inatividade Física: recomendações de ação para a saúde pública. Revista Factores de Risco, nº 29, Abr – Jun, p 30-36.

SCALA, L.C.N. (2014). Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Revista: hipertensão. Junho-Dezembro. 17 (3-4): 1-191.

SILVA, A. P. A. et al. (2016). Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. Arq. Ciênc. Saúde.Abr-jul; 23 (2) 76-80.

SILVA, G.S.; MIRANDA, R. C. A. N.; MASSAUD, R. M. (2015). Acidente Vascular Cerebral: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. São Paulo: editora Atheneu.318p.

SILVA, N. J. (2012) Hipertensão arterial sistêmica no Maranhão: prevalência e fatores associados. Revista de Pesquisa em Saúde. Vol. 13, nº 3. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/article/view/1459>. Acesso em: 16 de agosto de 2017.

SILVIA, Penildo (2015). Farmacologia. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SMELTZER, S. C. et al.(2012). Tradução de Brunner e Suddarth's. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 95 (1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2013). V Diretrizes Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Card. 101 (4Supl1). São Paulo: 36p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016). VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 107 (3Supl3): 83p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2016). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015 – 2016). São Paulo: AC Farmacêutica. 348 p.

SOUSA, L. P. C. VEDANA, K. G. G. MIASSO, A. I. (2016). Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. Cogitare Enferm. Jan/mar, 21 (1): 01-11.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. [http://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](http://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)

XAVIER, H. T. et al. (2013). V Diretrizes Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Card. 101 (4Supl1). São Paulo. Disponível em: < <http://www.scielo.br>. Acesso em 12 de agosto de 2017.

ANEXOS

EXMO(A). SENHOR(A):

DIRETOR (A) DO CENTRO DE MEDICINA
ESPECIALIZADA

21 – 11 - 2016

Ofic. Nº 000

Assunto: Pedido de Colaboração.

Meu nome é **Sara Maria Ferreira de Sousa** e sou aluna do Mestrado em Educação para a Saúde, realizado pela Faculdade Einstein do Instituto Universitário Atlântico – IUA.

Neste contexto, pretendo realizar um trabalho de investigação sobre o tema: “**ANÁLISE DA ADESÃO À MEDICAÇÃO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO**”, no Centro de Medicina Especializada, que V. Exa. superiormente dirige.

Este trabalho de investigação terá a orientação do Senhor Professor Rui Cruz da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - Instituto Politécnico de Coimbra. Portugal. Os dados serão recolhidos por meio de um Questionário elaborado para o efeito (anexo), assumindo desde já o compromisso ético de que os dados recolhidos são de natureza confidencial e destinam-se exclusivamente a este estudo.

Assim, solicitamos a V. Exa. autorização para que seja possível proceder à recolha de dados que permita realizar o trabalho.

Certos da melhor atenção de V. Exa., subscrevemo-nos com elevada consideração.

(Sara Maria F. de Sousa)

Contato da aluna investigadora:

Nome: Sara Maria Ferreira de Sousa.
Endereço: Rua Coronel Eurípedes Bezerra. São Luís/MA.
Telefone: 3190 – 1329.
Celular: 98 9 8302 – 4558.

Contato do Investigador responsável:

Nomes: Prof. Rui Cruz
Endereço: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
Instituto Politécnico de Coimbra. Portugal
Telefone: +351 239802430
Celular: +351 917060167
Fax: +351 239 812 245

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, idade _____, residente no município de _____ declaro, para os devidos fins, que aceito responder às perguntas constantes no questionário da pesquisa intitulada “ANÁLISE DA ADESÃO À MEDICAÇÃO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO”, desenvolvido pela mestrandia **Sara Maria Ferreira de Sousa**.

Fui informado(a) acerca do objetivo da pesquisa que não há risco físico e/ou biológico envolvido na participação da pesquisa, além de que não será obrigatória a participação da pesquisa podendo o entrevistado se recusar a participar em qualquer tempo.

Os pesquisadores se comprometem a confiabilidade, sigilo e privacidade das respostas a todos os participantes, bem como o livre acesso ao participante às informações da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de 2016.

Sara Maria Ferreira de Sousa

Assinatura do entrevistado

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO ATLÂNTICO - IUA
FACULDADE EINSTEIN

Referência Nº _____

QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se exclusivamente para fins académicos e de investigação e insere-se num estudo sobre adesão à medicação de pacientes com hipertensão arterial.

A informação recolhida é rigorosamente anónima e confidencial e nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente.

Responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, pois não existem respostas correctas ou incorrectas, nem boas ou más respostas.

Muito obrigado pelo seu tempo e colaboração.

Equipa de Investigação:

Sara Ferreira

Prof. Rui Cruz

São Luís 2016

I – Caracterização Sociodemográfica

1. Sexo:
₁ Masculino
₂ Feminino
2. Qual a sua idade? _____ anos
3. Qual a sua nacionalidade? _____
4. Qual a sua escolaridade?
₁ Não alfabetizado
₂ Ensino Fundamental Incompleto
₃ Ensino Fundamental Completo.
₄ Ensino Médio Incompleto
₅ Ensino Médio Completo
₆ Ensino Superior Incompleto
₇ Ensino Superior Completo
5. Qual a sua ocupação profissional? (*actual*)

6. Qual a sua situação familiar?
₁ Casado/a
₂ Solteiro/a
₃ Viúvo/a
₄ Divorciado/a
₅ Separado/a
₆ União de facto
7. Como considera a sua renda familiar?
₁ Até 1 salário mínimo
₂ 2 a 3 salários mínimos
₃ 4 a 5 salários mínimos
₄ Mais de 5 salários mínimos
8. Condições de Moradia?
₁ Casa própria
₂ Casa alugada

II – Conhecimento sobre a patologia – Hipertensão

1. Responda a estas questões sobre a sua Hipertensão Arterial			
	Concordo	Discordo	Não sei
	1	2	0
<i>Na hipertensão o sangue faz demasiada pressão nas artérias, prejudicando a função de rins, olhos, cérebro e coração.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O consumo de sal em excesso é a principal causa de hipertensão arterial</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Estar gordo, ter excesso de gorduras no sangue e fumar aumenta o perigo de problemas pela hipertensão arterial.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Os medicamentos na hipertensão arterial devem ser tomados à hora e na quantidade que o médico indicou.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Os medicamentos na hipertensão apenas atuam algumas horas porque o corpo os elimina, depois de os alterar.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Os medicamentos na hipertensão arterial podem fazer menos efeito se tomar outros medicamentos que o seu médico desconheça ou não aconselhe.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Outras situações</i>			

III – Adesão ao Tratamento para a Hipertensão

As perguntas seguintes são sobre a forma como toma os medicamentos para a Hipertensão no seu dia-a-dia.

Por favor coloque um círculo à volta do número que melhor descreve a sua opinião.

1.	Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Hipertensão?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
2.	Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Hipertensão?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
3.	Alguma vez reduziu ou deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão, por se ter sentido melhor?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
4.	Alguma vez reduziu ou deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
5.	Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a Hipertensão, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
6.	Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Hipertensão por ter deixado acabar os medicamentos?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6
7.	Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão por alguma outra razão que não seja a indicação médica?					
	<i>Sempre</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Com frequência</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Raramente</i>	<i>Nunca</i>
	1	2	3	4	5	6

IV – Caracterização Clínica

1. Pratica algum tipo de atividade física/desportiva (num clube ou noutro sítio)?

₀ Não ₁ Uma vez/ semana ₂ Duas vezes/ semana ₃ Três vezes ou mais/ semana

2. Medicamentos que toma diariamente para a Hipertensão e outros:

	MEDICAMENTO (nome genérico ou comercial)	DOSE (mg/g)	POSOLOGIA (vezes por dia)
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			
7º			
8º			
9º			
10º			
11º			

3. Identifique as principais doenças que a(o) afectam e levam a tomar medicamentos diariamente:

Patologias	Sim	Não	Não sei
<i>Hipertensão Arterial (Tensão Alta)</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Insuficiência Renal</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Enfarte</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Insuficiência Cardíaca</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Angina de peito</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Bronquite Crónica</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Osteoporose,</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Aterosclerose</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Obesidade</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Artroses</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Depressão</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₀
<i>Outras situações</i>			

Muito obrigado pela sua colaboração