

ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

STUDY OF ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN EMPLOYEES OF A PUBLIC HEALTH AND EDUCATION INSTITUTION

Bruna Cristina Vicente de Arruda¹ , Eloísa Ianes Frota¹ , Yasmin Kaminskaz Azar¹ , Tábata Marina Nóbrega de Freitas¹ , Ieda Francischetti¹ , José Bitu Moreno¹ 

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial está relacionada a altos custos para as áreas da saúde e previdência, devido às complicações decorrentes de sua evolução crônica. Faz-se, portanto, necessário o seu controle, por meio da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Objetivo:** Analisar a adesão de funcionários da saúde, de serviço público hospitalar ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e suas possíveis relações. **Método:** Pesquisa observacional, transversal e descritiva de abordagem quantitativa composta por 57 trabalhadores que se auto-referiram hipertensos. Foram avaliadas características do perfil socioeconômico e laboral dos profissionais e sua adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os resultados foram analisados por meio de estudo de frequência absoluta e relativa e a associação entre as variáveis por meio do teste do Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. **Resultados:** identificaram-se características do perfil dos participantes que contribuíram para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e outros aspectos que limitavam a adesão terapêutica e demandavam intervenções, como: ampliação das ações de educação em saúde para todos os funcionários, possibilidades de seguimento daqueles já diagnosticados e rastreamento dos demais, com fortalecimento do vínculo e da comunicação entre o profissional de saúde e o funcionário, assim como ações voltadas a atividades físicas e qualidade de vida. No cuidado individual salientou-se o uso de pílula única e medidas para evitar o esquecimento das tomadas da medicação. **Conclusões:** O estudo foi capaz de caracterizar os funcionários e sua adesão ao tratamento anti-hipertensivo, fatores facilitadores e dificultadores, e de sinalizar estratégias institucionais de intervenção para melhoria da adesão e qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Saúde do Trabalhador; Pressão Sanguínea; Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Introduction: The arterial hypertension is related to high costs to the health and social security systems, due to complications of its chronic evolution. Therefore, its control is necessary through pharmacological and non-pharmacological treatment adherence. **Objective:** To analyze the health worker's adherence to anti hypertensive treatment in a public hospital and its possible relations. **Method:** observational, cross-sectional, descriptive with quantitative approach research, consisting of 57 workers who self-report as hypertensive. Characteristics of the socioeconomic and work profile of professionals and their adherence to anti hypertensive treatment were evaluated. The results were analyzed by the study of absolute and relative frequency and the association between the variables using the Chi-square test and Fisher's exact test. **Results:** characteristics of the participants' profile that contributed to adherence to anti-hypertensive treatment and other aspects that limited therapeutic adherence and demanded interventions were identified, such as: expansion of health education actions for all employees, possibilities of following up those already diagnosed and tracking others, strengthening the bond and communication between the health professional and the employee, as well as actions aimed at physical activities and quality of life. In individual care, the use of a single pill and measures to avoid forgetting of medication taken were highlighted. **Conclusion:** the study was able to characterize the employees and their adherence to anti-hypertensive treatment, facilitating and hindering factors, and to point out institutional intervention strategies to improve adherence and quality of life.

Keywords: Hypertension; Medication Adherence; Occupational Health; Blood Pressure; Drug Therapy.

1. Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil.

Correspondência: Tábata Marina Nóbrega de Freitas, Rua Campos Novos Paulista, nº 171, ap 603. Bairro Fragata. Marília, SP, Brasil. CEP 17.519-060. tabatanobrega25@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/202300245-52>

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA), segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, é uma condição clínica, multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 mmHg para a sistólica e 90 mmHg para a diastólica.¹ Trata-se de uma doença e, ao mesmo tempo, de um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares, a principal causa de morte no mundo.² No Brasil, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).¹

Por ser um dos principais fatores de risco modificáveis, o controle dos níveis pressóricos demanda grande empenho dos profissionais da saúde pública, para que se evite o aumento no número de internações, incapacitações por invalidez, aposentadoria precoce, e seus altos custos para as áreas da saúde e previdência.³

Sua evolução crônica cursa com as seguintes complicações: acidente vascular encefálico, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva.^{4,5}

Visando reduzir o número de hospitalizações e oferecer o acompanhamento e tratamento adequados na atenção básica, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DM). Esse plano utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e fornecimento gratuito de medicamentos.⁶ Assim, desde 2002, a partir do implemento desse plano, o cadastro e monitoramento dos usuários portadores de HA e ou DM passaram a ser realizados, por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual gera informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde.⁷

No entanto, o controle da HA depende em boa parte da adesão ao tratamento que é caracterizada pelo seguimento do paciente à uma conduta prescrita, que inclui: dieta adequada, mudanças no estilo de vida, consultas médicas de rotina e adesão ao tratamento farmacológico.⁸

Assim, como na maioria das doenças crônicas, o tratamento da HA é caracterizado por intervenções farmacológicas de longo prazo, o que se mostrou eficaz em uma série de testes clínicos. No entanto, essas só são efetivas quando os pacientes seguem o regime medicamentoso prescrito.⁸ Uma meta-análise mostrou que a adesão ao tratamento está associada a uma significativa diminuição da mortalidade se comparada à baixa e média adesão.⁹ Verificou-se, ainda, que a adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas, como HA, diabetes, hiperlipidemia e esquizofrenia reduzem o uso de ferramentas de atenção à saúde pelos pacientes e os custos despendidos, no tratamento dessas doenças.⁹

Os autores Rudnick et al.¹⁰, Sackett et al.¹¹ e Leite et al.¹², consideram o paciente como aderente ao tratamento quando utiliza os medicamentos ou outros procedimentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, levando em consideração horários, doses e tempo de tratamento. A não-adesão é um fenômeno complexo e multideterminado, sendo, portanto, um desafio.

O fato da HA ser uma doença com poucos sintomas aparentes colabora para o diagnóstico tardio e baixa adesão ao tratamento.¹³ Contudo, supõe-se que funcionários inseridos em locais de assistência à saúde, reconheçam a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo como determinante na prevenção de agravos.

Mion Jr. et al.¹⁴ em estudo realizado em hospital-escola público, com os funcionários da saúde, encontraram que a prevalência de hipertensão entre todos os funcionários do hospital foi de 26%, enquanto entre os enfermeiros foi de 23%, e entre os médicos foi de 17%. No entanto, também observaram entre aqueles participantes sabidamente hipertensos, níveis pressóricos elevados em 51% dos casos.

Embora Feriato et al.,¹⁵ ponderassem que funcionários hipertensos de instituições hospitalares fossem mais esclarecidos quanto às causas e consequências relacionadas à doença hipertensiva, bem como às formas de prevenção e tratamento e, por essa razão, apresentassem melhor nível de adesão ao tratamento, encontraram uma taxa 79,6% de não adesão ao tratamento, em funcionários com HA, de um hospital público brasileiro.

Louzada et al.,¹⁶ ao examinarem 349 funcionários da saúde de dois municípios do interior do estado de São Paulo, encontraram entre eles 36,16% de prevalência de hipertensão, sendo que dos 293 pacientes auto-referidos como normotensos, 70 apresentavam-se hipertensos; já entre os 56 reconhecidos como hipertensos, 31 deles, 55,35%, encontravam-se com pressão arterial elevada, apesar da maioria deste grupo, 91%, referirem o uso da terapêutica anti-hipertensiva. Esses dados mostraram o baixo diagnóstico de HA e sugeriram uso inadequado de medicação na vigência de adesão auto-referida.

As variações nas taxas de hipertensão e a análise da adesão ao tratamento medicamentoso entre funcionários da saúde remetem, entre outros, aos diferentes processos de trabalho em saúde,¹⁷ à natureza multicausal da doença, à abordagem terapêutica escolhida e demandam, desta sorte, a realização de estudos locais para se firmar diagnósticos mais precisos.

Diante desse contexto, este estudo busca responder ao seguinte questionamento: como é o comportamento de funcionários de um complexo hospitalar público, do tipo hospital-escola, na adesão ao tratamento anti-hipertensivo? Os resultados desta pesquisa visam contribuir para o maior entendimento sobre a adesão dos colaboradores da instituição ao tratamento da HA, como também para a construção de uma rede educativa por meio da adoção de políticas internas de promoção e educação em saúde.

OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo foi analisar a adesão de funcionários de uma instituição hospitalar pública ao tratamento anti-hipertensivo e seus objetivos específicos foram caracterizar o perfil dos participantes e discutir possíveis relações entre o perfil e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo no cenário em questão.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 15368719.7.0000.5413

do Conselho de Ética em Pesquisa e foi aprovado segundo parecer consubstanciado de número 3.415.770 de 26 de junho de 2019. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE conforme orientação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/2012.

Delineamento, locais e período do estudo

Tratou-se de uma pesquisa transversal, observacional, descritiva, de abordagem quantitativa. Realizou-se a coleta de dados em três hospitais públicos, do tipo hospital-escola, de um complexo assistencial, localizado em município de porte médio e referência regional em assistência à saúde. Os funcionários dos hospitais totalizaram 1.686 trabalhadores, distribuídos em todos os setores do hospital. O estudo transcorreu entre os meses de maio de 2019 e 2020 e contou com 5 fases: delineamento do estudo, coleta de dados, análise de resultados, redação e apresentação dos resultados à instituição.

População de estudo

O estudo foi realizado com 57 funcionários do referido complexo hospitalar, portadores de diagnóstico auto referido de HA, que aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE. O tamanho da amostra foi calculado no *software G*Power, version 3.1.9.2* (Franz Faul, Universität Kiel, Germany) para analisar a proporção de adesão ao tratamento de HA pelo teste do Qui-quadrado. O *n* de 57 participantes considerou uma margem de erro do tipo I (α) de 1%, um poder de estudo de 90% e um tamanho do efeito grande (0,25). A amostra foi escolhida aleatoriamente, de forma estratificada entre aqueles funcionários auto-referidos hipertensos, ou seja, aqueles que responderam “sim” à pergunta “Você tem pressão alta?”.

O participante que no momento do exame apresentou níveis pressóricos elevados, pressão arterial sistólica acima de 160 mmHg e/ou diastólica acima de 110mmHg, ou níveis pressóricos baixos, pressão arterial sistólica abaixo de 100mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg, e/ou estava sintomático foi encaminhado ao Serviço de Atenção à Saúde do Colaborador (SASC) da instituição.

Coleta de dados

Verificação da pressão arterial (PA)

Após a apresentação do estudo, convite e assinatura do TCLE, foram afastados fatores de interferência na PA e quando necessário foi agendado momento oportuno. Na ausência de restrição técnica a pessoa foi acomodada em local adequado para a realização da verificação da pressão. A aferição da PA ocorreu por meio do método palpatório e auscultatório, duas vezes consecutivas, com intervalo em torno de um minuto. As medições seguiram os passos preconizados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.¹ Utilizaram-se esfigmomanômetros manuais validados e calibrados, de acordo com as orientações do INMETRO. O manguito foi posicionado no braço e foi adequado à sua circunferência.

Questionários

Para a coleta de dados, foram utilizados dois formatos autoaplicáveis que o participante do estudo respondeu após

as orientações do pesquisador; o Questionário do Perfil do Participante (Apêndice A), sobre as variáveis-sócio econômicas, e a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (Anexo A).¹⁸ O Questionário do Perfil do Participante constou de 11 questões de múltipla escolha e foi desenvolvido para possibilitar a apreensão do perfil socioeconômico e laboral do(a) entrevistado(a).

A adesão terapêutica foi determinada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens, versão em português da *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8),¹⁸ traduzida e validada por Oliveira-Filho et al.¹⁹

A MMAS-8 consiste na atualização de maior sensibilidade da escala de quatro itens, publicada em 1986, sendo considerado atualmente o método de auto relato mais utilizado para determinação da adesão terapêutica. Seus oito itens mensuram comportamentos de adesão específicos; sete perguntas de respostas fechadas do tipo sim/não, das quais seis devem ser respondidas negativamente e uma de maneira positiva. A oitava e última pergunta deve ser respondida segundo uma escala de cinco opções (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre), cuja resposta adequada é “nunca”. A cada resposta correta é atribuído um ponto; pacientes que somam sete ou mais pontos, são considerados como tendo adesão.

Estudo piloto do questionário do perfil do participante e da verificação da HAS sistêmica (PAS)

Foi realizado estudo piloto com cinco participantes, após assinarem o TCLE, para verificar a clareza do questionário e realizar adequações necessárias, assim como para padronização da verificação dos níveis pressóricos. Estes participantes não foram incluídos no estudo principal.

Análise dos resultados e estatística

As variáveis quantitativas foram descritas pela distribuição de frequência relativa (%) e absoluta (N). As diferenças na distribuição de frequência das variáveis foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado para proporção. A associação entre as variáveis foi analisada pelo teste do Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e os dados foram analisados no *software SPSS* (Versão 19.0).

RESULTADOS

Na Tabela 1 foram representados os dados relativos ao perfil dos 57 participantes, (funcionários do complexo hospitalar que se auto-declararam portadores de HA e em uso de tratamento medicamentoso).

A maioria era do sexo feminino 43 (75,4%), sendo que 50 dos 57 participantes, (87,7%), tinham idade superior a 40 anos e 56,1% tinham um(a) companheiro(a). Em relação à área de atuação, 52,6% não se identificaram como profissionais da área da saúde, porém atuavam no hospital, mas nas equipes da portaria/segurança, cozinha, limpeza, lavanderia, manutenção, técnico-administrativa, transporte entre outros. Mesmo assim, a equipe de técnicos de enfermagem foi a categoria profissional mais prevalente na amostra, com 27 funcionários (47,4%). No geral, entre todos os funcionários, 71,9% trabalhavam até 40 horas semanais e 59,6% também trabalhavam

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes.

Variável	Distribuição	Nível de significância
Sexo	homem (n: 14) – 25% mulher (n: 43) – 75%	p = 0,31466
Idade	menos de 40 anos (n: 7) – 12% mais de 40 anos (n: 50) – 88%	p = 0,06125
Condição civil	sem companheiro (n: 25) – 44% com companheiro (n: 32) – 56%	p = 0,32447
Autodefine-se como profissional da saúde?	sim (n: 27) – 47% não (n: 30) – 53%	p = 0,99376
Cuidado direto ao paciente?	sim (n: 28) – 49% não (n: 29) – 51%	p = 0,88894
Horas trabalhadas por semana	até 40 horas (n: 41) – 72% mais de 40 horas (n: 16) – 28%	p = 0,73251
Trabalha aos finais de semana?	sim (n: 34) – 60% não (n: 23) – 40%	p = 0,02643
Satisfação com a vida profissional	satisfeito (n: 46) – 81% insatisfeito (n: 11) – 19%	p = 0,00465
Comorbidades e fatores associados	diabetes (n: 12) – 21% hipercolesterolemia (n: 9) – 16% tabagismo (n: 7) – 12% reposição hormonal (n: 4) – 7% etilismo (n: 2) – 4% outros (n: 12) – 21%	
Realiza exercício físico?	sim (n: 24) – 42% não (n: 33) – 58%	p = 0,38069
Número de medicamentos anti-hipertensivos?	apenas 1 (n: 30) – 53% mais de 1 tipo (n: 27) – 47%	p = 0,24023
Toma outros medicamentos?	sim (n: 25) – 44% não (n: 32) – 56%	p = 0,24866
Valor da HAS verificada	abaixo de 140 X 90 mmHg (n: 36) – 63% acima de 140 X 90 mmHg (n: 21) – 37%	p = 0,26886
Aderência segundo a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky	adesão (n: 27) – 47% não adesão (n: 30) – 53%	

Fonte: Os autores.

aos finais de semana. Dos entrevistados, 46 (80,7%) se sentia satisfeito com a vida profissional.

Sobre a coexistência de comorbidades, apenas 22 (38,5%) dos participantes não apresentavam nenhum outro diagnóstico. Entre os 35 (61,5%) restantes: 12 (21%) apresentavam DM, 9 (15,8%) dislipidemia, 7 (12,3%) eram tabagistas, 4 (7%) faziam uso de reposição hormonal, 2 (3,5%) eram etilistas e 1 (1,75%) tinha outra condição associada.

Dentre os entrevistados, 33 (57,8%) não realizava atividade física. E em relação à terapia farmacológica anti-hipertensiva, 30 (52,6%) utilizava apenas um medicamento, enquanto 25 (43,8%) dos entrevistados também faziam uso de fármacos para outras comorbidades.

No momento da entrevista foi realizada aferição da PA, sendo que 21(36,8%) dos entrevistados estavam com a PA acima de 140x90mmHg.

A Tabela 2 corresponde aos resultados do questionário Escala de Adesão Terapêutica de Morisky. Ele demonstrou que 30 (52,6%) dos participantes não referiram adesão ao tratamento farmacológico.

Do total de participantes, 23 (40,3%) às vezes esqueciam de tomar seus medicamentos; 16 (28%) esqueceram de tomar seus remédios nas duas últimas semanas e 9 (15,7%) esqueciam de levar os remédios quando viajavam ou saiam

de casa. No entanto, apenas 7 (12,2%) dos participantes não havia tomado os remédios no dia anterior.

Dos entrevistados 15 (26,3%) do total já pararam de tomar seus remédios ou diminuíram a dose por conta própria; 11 (19,2%) do total às vezes pararam de tomar os medicamentos quando sentiam que a pressão está controlada e 9 (15,7%) já se sentiam incomodados por seguir corretamente o tratamento.

Em relação à dificuldade para se lembrar de tomar todos os remédios para pressão, apenas 25 (43,9%) dos funcionários nunca esqueceu.

A Tabela 3 corresponde aos resultados do perfil dos participantes com adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso. Percebeu-se neste grupo, o predomínio do sexo feminino, pessoas com idade superior a 40 anos e funcionários(as) com companheiro(a).

Outros aspectos observados entre os aderentes foi a satisfação com a vida profissional, carga horária semanal de até 40 horas e não trabalharem nos finais de semana. A maioria não se definiu como trabalhador da área da saúde e embora estivesse com valores pressóricos normais, referiu comorbidades (74,07%) e a não realização de exercícios físicos (51,88%). O uso de terapia monomedicamentosa foi identificado em 40,74% dos participantes deste grupo.

Tabela 2. Resultado do Questionário Escala de Adesão Terapêutica de Morisky.

Variáveis	Categoria	Participantes	Frequência
Adesão segundo o questionário Morisky	adesão	27	47,4%
	não adesão	30	52,6%
Às vezes esquece de tomar seus medicamentos?	sim	23	40,3%
	não	34	59,7%
Esqueceu de tomar os remédios nas duas últimas semanas?	sim	16	28%
	não	41	72%
Esquece de levar os remédios quando viaja ou sai de casa?	sim	15	26,3%
	não	42	73,7%
Tomou os remédios no dia anterior?	sim	48	84,3%
	não	9	15,7%
Já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose por conta própria?	sim	7	12,2%
	não	50	87,8%
Às vezes para de tomar os medicamentos quando sente que a pressão está controlada?	sim	11	19,3%
	não	46	80,7%
Já se sentiu incomodado por seguir corretamente o tratamento?	sim	9	15,7%
	não	48	84,3%
Tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os remédios para pressão?	resposta sem pontuação	25	43,8%
	resposta com pontuação	32	56,1%

Fonte: Os autores.

Tabela 3. Perfil dos participantes com adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso.

Variável	Frequência relativa
Sexo	feminino (81,48%)
Idade	mais de 40 anos (96,29%)
Condição civil	com companheiro (62,9%)
Autodefine-se como profissional da saúde?	não (51,86%)
Horas trabalhadas por semana	no máximo 40 horas (74,08%)
Trabalha aos finais de semana?	não (55,55%)
Satisfação com a vida profissional	sim (96,29%)
Realiza exercício físico?	não (51,88%)
Terapia monomedicamentosa	40,74%
PA <140x90 no momento	74,07%
Comorbidades	74,07%
Esquecimento	0

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adesão à terapia de longo prazo é definida como: “a medida em que o comportamento de uma pessoa, tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas por um especialista em saúde”.²⁰ Al Ruthia et al.²¹ concluíram que embora a maioria dos medicamentos prescritos seja eficaz no tratamento de condições de saúde como HAS e DM, quase 50% dos pacientes não tomam seus medicamentos conforme prescrito. As consequências da não adesão à medicação incluem piora da doença, aumento de comorbidades, aumento dos custos de saúde e morte. Logo, é fundamental conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento.

A hipótese inicial deste estudo era a de que funcionários inseridos em locais de assistência à saúde seriam mais esclarecidos a respeito das consequências da doença hipertensiva

e de seu tratamento e apresentariam altos índices de adesão ao tratamento quando comparados com a população geral.

No entanto, entre os funcionários entrevistados neste estudo, todos autodenominados hipertensos, 52,6% foram identificados como sem adesão ao tratamento anti-hipertensivo, não os diferenciando da população geral.

Contudo, quando perguntados sobre sua identidade profissional, apenas 27 participantes se reconheceram como sendo da área da saúde. Entre estes, apenas 12 tiveram adesão ao tratamento, o que representa uma taxa de não adesão de 55,55%. Feriato et al.¹⁵ também investigaram esse cenário por meio de pesquisa em hospital público brasileiro, com funcionários hipertensos e sob tratamento e constataram taxa de não adesão à terapia medicamentosa de 79,6%.

Ambos os resultados refutam a ideia de que funcionários inseridos na área da saúde têm mais conhecimento sobre a HAS e que por isso aderem mais ao tratamento medicamentoso. A partir disso, pode-se inferir que o fato de estarem no meio hospitalar, não confere esclarecimento ou mobilização, que resulte em maior adesão à terapia anti-hipertensiva e reduza as complicações da doença hipertensiva de forma significativa, e, inclusive, não cria identidade profissional de atuante na área da saúde. Diante disso, torna-se imperativa a iniciativa de educação em saúde inclusiva para todas as categorias profissionais do complexo hospitalar.

Neste estudo, foi constatado que a maioria daqueles com adesão ao tratamento trabalhavam até no máximo 40 horas semanais (74,08%), não trabalhavam aos finais de semana (55,55%) e se sentiam felizes com a vida profissional (96,29%). Houve também significância estatística nos aspectos de satisfação com a vida profissional e quantidade de horas trabalhadas, corroborando para a hipótese de que a qualidade de vida influencia na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Esse perfil de paciente com adesão ao tratamento também foi encontrado em estudo de 2016, em que foram aplicados questionários para classificar a qualidade de vida

(SF-12v2 Physical Component Summary (PCS-12) e Mental Component Summary (MCS-12)) e a adesão ao tratamento (Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)) de idosos. Também foi constatado que quanto maior a qualidade de vida dos participantes (maior pontuação no PCS-12 e no MCS-12), maior a probabilidade de aderirem aos seus medicamentos anti-hipertensivos (maior pontuação no MMAS-8).²¹

Considerando que a menor carga horária de trabalho e os finais de semanas livres podem contribuir para uma melhor qualidade de vida, uma vez que possibilitam atividades de lazer, bem como realização de atividades físicas, que são parte do tratamento não medicamentoso da doença hipertensiva, encontramos no presente trabalho que grande parte daqueles com adesão ao tratamento (48,14%), praticavam exercícios físicos.

De forma inversa, estudo realizado na Itália demonstrou que a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, permitindo o controle e a prevenção de complicações da HAS, influenciaram positivamente na qualidade de vida, relacionada à saúde (QVRS), quando demonstrou melhoria estatisticamente significativa em sete de oito parâmetros de QVRS avaliados (insônia, cefaleia, sonolência, bem-estar, atividade física normal, ansiedade e humor). Apenas a libido não foi alterada.²²

Entre outros diversos fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento da HAS, atuando como fatores facilitadores ou dificultadores, a literatura relaciona os seguintes: compreensão da doença e seu tratamento, proximidade com equipes de saúde multiprofissionais, comunicação médico-paciente, hábito de carregar as medicações consigo e associação das medicações às atividades do dia a dia.

Portanto, além da própria ação educativa do funcionário sobre a HAS no âmbito laboral, é muito importante associar ao cuidado, informações relativas ao seu acesso e às demais medidas de controle, além de uma adequada comunicação médico-paciente. Em estudo com idosos onde se avaliou a relação entre a satisfação com o tratamento e a adesão ao tratamento, foi encontrado que aqueles satisfeitos com a comunicação dos profissionais de saúde, estavam mais satisfeitos com a terapia anti-hipertensiva e que quanto maior a satisfação, maior foi a adesão terapêutica (maior pontuação MMAS-8).²³ Ou seja, a comunicação de qualidade com os funcionários também é importante para aumentar sua adesão ao tratamento.

Outros fatores também podem ter influência na adesão à terapêutica anti hipertensiva, farmacológica e não farmacológica, como ter ensino superior, ou ser idoso, ou ser mulher.²⁴⁻²⁶ Encontrou-se que o aumento de 10 anos na idade cronológica, aumentou em 1% a adesão terapêutica.²⁷ Ademais, os estudos são divergentes quanto ao tempo de tratamento e sua influência na adesão; alguns mostram que o paciente tem mais adesão quanto maior o tempo de diagnóstico, enquanto outros não encontram a mesma relação.^{28,29} Em nossa pesquisa, encontramos uma maior adesão em trabalhadores acima de 40 anos.

No presente estudo verificou-se que a prevalência de adesão de funcionários hipertensos ao tratamento anti-hipertensivo, segundo a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky foi de 47,4%, enquanto a adesão encontrada entre hipertensos, na população geral, utilizando-se o mesmo questionário em cidades do interior do mesmo estado foi de 28%.^{30,31} Nossos resultados também demonstraram que 40,3% dos

entrevistados esqueciam alguma tomada da medicação e ainda que 45,5% dos participantes alteraram o tratamento prescrito à revelia. Elementos que podem ser trabalhados pelo empregador.

Assim entre os fatores dificultadores, em consonância com a literatura, apareceram o esquecimento da tomada do medicamento e a alteração da prescrição por decisão própria, justificada por prováveis efeitos colaterais das medicações, falsa percepção de controle da PA, ausência de sintomas da HAS.^{28,32}

Estratégias para superar o esquecimento foram analisadas por Werlang et al.³³ quando foram demonstradas estratégias internas retrospectivas e prospectivas. As retrospectivas são baseadas na atenção e concentração durante a leitura ou escuta das instruções de uso dos medicamentos; enquanto as prospectivas, dizem respeito a inclusões das medicações no planejamento diário e à associação do horário das tomadas a uma referência da rotina. Entre as estratégias externas, prospectivas, a mais utilizada foi deixar as embalagens em locais visíveis, outras formas como o uso de caixa porta-comprimidos, anotações, calendários, também foram aventadas.³³

A complexidade do regime terapêutico e a necessidade de modificação nos hábitos de vida também levam a menor adesão ao tratamento.^{28,32} No presente estudo, encontramos apenas 40,7% daqueles com adesão terapêutica usando apenas uma medicação.

Uma revisão sistemática de 2021, em adultos, mostrou que a utilização de combinação de pílula única levou à melhoria significativa da adesão ao tratamento anti-hipertensivo quando comparada ao uso de vários comprimidos. A monoterapia oferece outras vantagens em relação à terapia com múltiplos anti-hipertensivos, além da adesão do paciente à medicação, como melhorar a tolerabilidade, reduzir a quantidade de pílulas e diminuir os custos médicos.³⁴ Tal estudo corrobora com as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC)/ Sociedade Europeia de HAS (ESH)³⁵ de 2018, que recomendou o uso de terapia de combinação em pílula única como estratégia para melhor adesão.

Este estudo possui caráter epidemiológico descritivo e, portanto, teve entre as limitações a impossibilidade de se aprofundar nos aspectos específicos das diferentes categorias profissionais dos participantes, o que inviabilizou interpretações pormenorizadas relativas aos subgrupos que atuavam diretamente com pacientes ou em atividades outras.

Os resultados encontrados contribuem para que o serviço de saúde fomente discussões e ações que fortaleçam a adesão de seus trabalhadores ao tratamento anti-hipertensivo e apontam a necessidade de acompanhamento contínuo da saúde dos funcionários, contornando as limitações causadas pelas extensas jornadas de trabalho, que impossibilitam o seguimento destes trabalhadores na Rede de Atenção Básica de Saúde, e, ainda, salientam o papel da relação médico-paciente como um influenciador positivo na adesão ao tratamento.

A não participação direta de muitos entrevistados no cuidado em saúde junto ao paciente, e o fato de não se reconhecerem como da área da saúde, pode ter contribuído para a menor sensibilidade destes para com seu autocuidado, indicando a necessidade da instituição empregadora promover ações de educação em saúde, que incluam todos os seus funcionários, sem exceção.

CONCLUSÕES

Neste estudo, ao se analisar o perfil e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos funcionários, foi possível reconhecer características dos participantes que contribuíam para a adesão, assim como fatores que dificultavam a adesão e demandavam intervenções capazes de superar as limitações observadas. Entre estas últimas: ampliação das ações de educação em saúde para os funcionários,

seguimento daqueles já diagnosticados e rastreamento dos demais, fortalecimento do vínculo e da comunicação entre profissional de saúde e funcionário, assim como ações que valorizem atividades físicas e qualidade de vida. No cuidado individual deve-se dar preferência a abordagem terapêutica com dosagem simples (uma dose ao dia) e ao uso de medicações combinadas em pílula única e pactuar medidas para se evitar o esquecimento das tomadas.

REFERÊNCIAS

- Malachias MV, Póvoa RM, Nogueira AR, Souza D, Costa LS, Magalhães ME, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl 3):14-7.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68770-9.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):5-6.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Cardiologia; Arq Bras Cardiol. 2007;89(3). 1-56.
- Miranzi SS, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MA. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):672-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. *Arch Intern Med*. 1993;153(16):1863-8.
- Hameed MA, Dasgupta I. Medication adherence and treatment-resistant hypertension: a review. *Drugs Context*. 2019;8:212560. DOI: 10.7573/dic.212560.
- Rudnick KV, Sackett DL, Hirst S, Holmes C. Hypertension in a family practice. *Can Med Assoc J*. 1977;117(5):492-7.
- Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance in healthcare*. Baltimore: John Hopkins University Press. 1979;11-22.
- Leite SN, Vasconcellos MP. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2003;8(3):775-82. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300011.
- World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization. 2013.
- Mion Jr D, Pierin AM, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM, Chinen RY, et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin*. 2004;59(6):329-36.
- Feriato KT, Gusmão JL, Silva A, Santos CA, Pereira RSF, Amendola F. Antihypertensive treatment adherence in workers of a General Hospital. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1875-82.
- Louzada JCA, Andrade RM, Dionísio EJ, Barel M, Monteiro HL, Amaral SL. Comparação entre hipertensão autopercebida e hipertensão casual e presença de fatores de risco em funcionários da saúde de Bauru e Jaú. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2010;43(4):408-18. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v43i4p408-418.
- Oliveira GF, Barbosa GA, Souza LEC, Costa CLP, Araújo RCR, Gouveia VV. Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. *Bioética*. 2009;17(2):319-34.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. DOI: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
- Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, Lyra Jr DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(3):554-61. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.006.
- World Health Organization Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Al-Ruthia YS, Hong SH, Graff C, Kocak M, Solomon D, Nolly R. Examining the relationship between antihypertensive medication satisfaction and adherence in older patients. *Res Social Adm Pharm*. 2017;13(3):602-13. DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.06.013.
- Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:71. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006415.
- Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PC, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):122-9. DOI: 10.1590/0034-7167.20166901181.
- Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(4):e5641. DOI: 10.1097/MD.0000000000005641.
- Lee GKY, Wang HHX, Liu KQL, Cheung Y, Morisky DE, Wong MCS. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*. 2013;8(4):e62775. DOI: 10.1371/journal.pone.0062775.
- Jankowska-Polańska B, Blicharska K, Uchmanowicz I, Morisky DE. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(7):559-68. DOI: 10.1177/1474515115626878.
- Ladova K, Vlcek J, Vytrisalova M, Maly J. Healthy adherer effect: the pitfall in the interpretation of the effect of medication adherence on health outcomes. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(2):111-6. DOI: 10.1111/jep.12095.
- Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein*. 2013;11(3):331-7. DOI: 10.1590/S1679-45082013000300012.
- Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Smits D, Maurina B, Poplavskaya E, et al. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(11):715. DOI: 10.3390/medicina5110715.
- Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):67-72.
- Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Alves EM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(2):362-7. DOI: 10.5216/ree.v15i2.15599.
- Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(6):1763-72. DOI: 10.1590/S1413-81232013000600027.
- Werlang MC, Argimon ILL, Stein LM. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrar o uso dos seus medicamentos. *Estudos Interdiscip Envelhec*. 2008;13(1):95-115. DOI: 10.22456/2316-2171.6950.
- Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension*. 2021;77(2):692-705. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781.
- European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003;21(6):1011-53. doi: 10.1097/00004872-200306000-00001. Erratum in: *J Hypertens*. 2003;21(11):2203-4. Erratum in: *J Hypertens*. 2004 Feb;22(2):435.

Anexo A. Questionário do perfil do participante.

1- Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
2-Idade: <input type="checkbox"/> 20-40 anos <input type="checkbox"/> 40-50 anos <input type="checkbox"/> 50-60 anos <input type="checkbox"/> 60 anos ou mais
3-Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> com companheiro(a) <input type="checkbox"/> separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)
4-Profissional da área da saúde: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para resposta "sim", qual? <input type="checkbox"/> médico(a) <input type="checkbox"/> enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> auxiliar/técnico(a) enfermagem <input type="checkbox"/> outro
5-Local de trabalho: <input type="checkbox"/> HC1 <input type="checkbox"/> HC2 <input type="checkbox"/> HC3 Setor: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> PS/UTI <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Cozinha/lavanderia/transporte <input type="checkbox"/> Portaria <input type="checkbox"/> Técnico/diagnóstico <input type="checkbox"/> Técnico/administrativo
6-Horas trabalhadas na semana: <input type="checkbox"/> Até 30 horas/semana <input type="checkbox"/> Até 40 horas/semana <input type="checkbox"/> Mais de 40 horas/semana
7- Trabalha nos finais de semana? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8- Sentimento em relação a vida profissional:  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- Possui outra situação associada? <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> colesterol alto (dislipidemia) <input type="checkbox"/> tabagismo <input type="checkbox"/> etilismo <input type="checkbox"/> reposição hormonal <input type="checkbox"/> outras (doenças ou quadros que acha importante). O que?.....
10- Realiza exercício físico semanalmente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes por semana? <input type="checkbox"/> Até 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 X semana <input type="checkbox"/> mais de 3 X semana
11- Quantos tipos de medicamentos toma por dia para a pressão alta? <input type="checkbox"/> apenas 1, <input type="checkbox"/> 2 tipos, <input type="checkbox"/> 3 ou mais tipos E para outras queixas (por exemplo: diabetes, colesterol alto, nervosismo, depressão, reumatismo, moléstias do coração, alteração de coagulação, dor crônica, outros quadros crônicos): <input type="checkbox"/> apenas 1, <input type="checkbox"/> 2 tipos, <input type="checkbox"/> 3 ou mais tipos

Anexo B. Questionário de adesão de Morisky*.

Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens – MMAS-8

- 1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? 2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
 - 3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
 - 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
 - 5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem? 6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
 - 7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
 - 8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?
- Nunca Quase Nunca Às Vezes Frequentemente Sempre

* Versão em português da *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) desenvolvida por Donal E. Morisky, traduzida e validada para a língua portuguesa por Alfredo D. de Oliveira Filho e colaboradores em 2014. (<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.006>).