



MESTRADO EM ENFERMAGEM

KÁTIA TIZATO FERIATO

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE
TRABALHADORES DE UM HOSPITAL GERAL DE SÃO JOSÉ DOS
CAMPOS-SP**

**Guarulhos
2015**

KÁTIA TIZATO FERIATO

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE
TRABALHADORES DE UM HOSPITAL GERAL DE SÃO JOSÉ DOS
CAMPOS-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Guarulhos para defesa e obtenção de título
de mestre

Orientadora: Prof^a. Dra. Fernanda
Amendola

**Guarulhos
2015**

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL GERAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Guarulhos para defesa e obtenção de título
de mestre

Orientadora: Prof^a. Dra. Fernanda
Amendola

Aprovado em: 04/12/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Grazia Maria Guerra

Prof^a. Dra. Josiane Lima de Gusmão

**Guarulhos
2015**

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este trabalho a pessoa maravilhosa do Espírito Santo,
que tem me inspirado e impulsionado.

Ao meu amado e querido esposo Edmar Feriato, homem que tem sido
instrumento de Deus na minha vida, demonstrando amor, carinho
e principalmente compreensão nas horas em que estive ausente.

A minha amada filha Luiza Tizato Feriato, criança abençoada de Deus,
que mesmo tão pequena soube compreender a minha ausência.

AGRADECIMENTOS

O temor do Senhor é o princípio da sabedoria.

Agradeço a Deus por me guiar através do Espírito Santo, pois quantas não foram as vezes que pensei em desistir, mas sempre lembrava-me de que os que esperam no Senhor, renovarão as suas forças, subirão com asas como águias, correrão e não se cansarão, caminharão, e não se fatigarão. Obrigada Senhor por me fazer acreditar que sou capaz de mudar através dos estudos a direção da minha vida profissional.

Ao meu esposo Edmar Feriato por ter me incentivado e por dividir momentos de dúvidas e angústias me confortando sempre que necessitava.

A minha filha Luiza Tizato Feriato que é meu bem maior.

A minha mãe Dora Tizato e a minha irmã Patrícia Tizato que sempre torceram, apoiaram e se doaram para que eu pudesse atingir o meu objetivo.

A minha Orientadora Prof^a Dr^a Fernanda Amendola pela orientação, sabedoria e confiança. Minha gratidão e admiração.

A Prof^a Dr^a Josiane Lima de Gusmão pela sugestão para elaboração do projeto e pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

A todos aqueles que de alguma forma colaboraram para realização deste trabalho.

“Consagre ao Senhor tudo que você faz e os seus planos serão bem sucedidos”
Provérbios 16:3

RESUMO

Feriato KT. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo de trabalhadores de um Hospital Geral de São José dos Campos - SP [Dissertação]. Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos-2015.

Introdução: A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública mundial, representando um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e mortalidade de pessoas em plena capacidade produtiva. Para redução da mortalidade e morbidade das doenças cardiovasculares é preciso um tratamento adequado dos fatores de risco modificáveis, utilizando-se de terapia medicamentosa e não medicamentosa. Entretanto, um entrave para atingir essa meta é a não adesão ao tratamento que representa o não seguimento satisfatório a terapêutica proposta. Dessa forma, a falta de adesão ao tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos. **Objetivo:** Avaliar adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos trabalhadores de uma instituição hospitalar. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva, observacional, descritiva, analítica, de abordagem quantitativa, utilizando dados do banco do estudo primário, intitulado “Avaliação de Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral de São José dos Campos – SP”. Para esse estudo foram incluídos dados dos 108 trabalhadores que referiram diagnóstico de hipertensão. Foram considerados hipertensos todos trabalhadores que se autoperceberam hipertensos e para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso foi utilizado o instrumento Morisky e Green. **Resultados:** Os resultados mostraram que a idade média foi de 44,2 anos \pm 9,6, variando entre 20,3 a 64,3 anos, 75,9% do sexo feminino, de etnia branca (66,7%), casados (53,8%) e com prevalência da equipe de enfermagem (41,6%). Em relação à medida da pressão arterial, 25% foram classificados hipertensos. Aproximadamente 88% referiram tomar algum remédio, porém, 79,6% não aderiram à farmacoterapia. Verificou-se que profissionais que tiram férias todo ano apresentam uma probabilidade superior de não aderirem ao tratamento (OR=6,31; p=0,024), assim como os profissionais com colesterol alto (OR=4,86; p=0,048), que tomavam medicamento para hipertensão (OR=3,21; p=0,26), que interromperam o tratamento (OR=4,29; p=0,030) e que faltaram as consultas médicas (OR=3,36; p=0,024). Na análise de regressão múltipla, os fatores independentes a não adesão foram o colesterol alto (OR=8,10; p=0,024) e faltar à consulta médica (OR=4,06; p=0,048). **Conclusão:** Esse resultado deve contribuir para que os serviços de saúde do trabalhador investiguem a adesão ao tratamento medicamentoso dos profissionais com colesterol alto e promovam condições favoráveis para o acompanhamento regular, em consultas médicas, para o controle da hipertensão arterial.

Palavras Chave: hipertensão arterial, adesão ao tratamento, saúde do trabalhador

ABSTRACT

Feriato KT. Adherence to anti-hypertensive treatment by workers from a General Hospital in São José dos Campos - SP [Dissertation]. Guarulhos University Nursing Master's Degree Program-2015.

Introduction: Hypertension Arterial hypertension is considered a worldwide public health problem, acting as a great risk factor for cardiovascular disease and economically active people mortality. To reduce the mortality and morbidity of cardiovascular disease it's necessary to have a suitable treatment for changeable risk factors, using medicative and non-medicative therapy. However, not adhere to this treatment is an obstacle to achieve this goal, because of not satisfactory following of the proposed therapy. Not to adhere to treatment is an impediment to the achievement of therapeutic goals. **Objective:** To measure adherence to anti-hypertensive treatment of a hospital workers. **Method:** This is a cross-sectional, retrospective, observational, descriptive, analytical and quantitative approach research, that uses primary study of the database entitled "Workers Health Assessment of a General Hospital in São José dos Campos - SP". For this study will be included data from 108 workers who reported hypertension diagnosis. Hypertensive patients were considered all workers who reported themselves as hypertensive, and to assess adherence to drug treatment was used Morisky and Verde instrument. **Results:** The results revealed that the mean age was 44.2 years \pm 9.6, ranging from 20.3 to 64.3 years old, 75.9% female, white ethnicity (66.7%), married (53.8%) and prevalence of the nursing staff (41.6%). Regarding the admeasurement of blood pressure, 25% were classified hypertensive. About 88% of these people reported taking some medicine, but 79.6% did not adhere to pharmacotherapy. It was revealed that professionals who take vacation every year have a higher probability of not adhere to treatment (OR = 6.31, $p = 0.024$) as well as those professionals with high cholesterol (OR = 4.86, $p = 0.048$), who were taking medication for hypertension (OR = 3.21; $p = 0.26$), discontinued treatment (OR = 4.29; $p = 0.030$) and failed medical consultations (OR = 3.36; $p = 0.024$). In multiple regression analysis, the independent factors of nonadherence were high cholesterol (OR = 8.10; $p = 0.024$) and missing medical appointments (OR = 4.06; $p = 0.048$). **Conclusion:** This research result should help to ensure that occupational health services investigate the adherence to drug treatment by high cholesterol workers as well as promote favorable conditions for regular monitoring in medical appointments, is considered a worldwide to control high blood pressure.

Keywords: hypertension, adherence to treatment, workers' health

RESUMEN

Feriato KT. La adherencia al tratamiento antihipertensivo de los trabajadores de un hospital general de São José dos Campos - SP [Disertación]. Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad de Guarulhos 2015.

Introducción: La hipertensión es considerada un problema de salud pública mundial, lo que representa un gran factor de riesgo a la enfermedad cardiovascular y la mortalidad de las personas económicamente activas. Para reducción de la mortalidad y morbilidad de las enfermedades cardiovasculares se necesita un tratamiento adecuado de los factores de riesgo modificables, utilizando la terapia con medicamentos y sin medicamentos. Sin embargo, un obstáculo para el éxito de este objetivo es la falta de adherencia al tratamiento, que significa el no seguimiento satisfactorio a la terapia propuesta. La falta de adherencia al tratamiento es un impedimento para el éxito de los objetivos terapéuticos. **Objetivo:** Evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los trabajadores en un hospital. **Método:** Se trata de una sección transversal, retrospectivo, observacional, enfoque descriptivo, analítico, cuantitativo, mediante el estudio principal de la base de datos titulado "Evaluación de la Salud de Trabajadores de un Hospital General en São José dos Campos - SP". Para este estudio serán incluidos los datos de 108 trabajadores que reportaron el diagnóstico de la hipertensión. Fueron considerados pacientes hipertensos todos los trabajadores que así se informaron, y para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó la herramienta Morisky y Verde. **Resultados:** Los resultados mostraron que la edad media fue de 44,2 años \pm 9,6, que van desde 20,3 a 64,3 años, 75,9% mujeres, etnia blanca (66,7%), casado (53,8%) y la prevalencia del personal de enfermería (41,6%). En relación a la medición de la presión arterial, 25% fueron clasificados hipertensos. Aproximadamente el 88% informó que toma alguna medicina, pero el 79,6% no se adhieren a la farmacoterapia. Fue verificado que los profesionales que toman vacaciones cada año tienen una mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento (OR = 6,31, p = 0,024), así como los profesionales con colesterol alto (OR = 4,86, p = 0,048), que estaban tomando medicamentos para la hipertensión (OR = 3,21; p = 0,26), que abandonaron el tratamiento (OR = 4,29; p = 0,030) y que perdieron consultas médicas (OR = 3,36; p = 0,024). En el análisis de regresión múltiple, los factores independientes a la non adhesión fueron el colesterol alto (OR = 8,10; p = 0,024) y la falta a las consultas médicas (OR = 4,06; p = 0,048). **Conclusión:** El resultado de esta búsqueda debe presentarse como ayuda para asegurar que los servicios de salud ocupacional investigen la adherencia de los profesionales con el colesterol alto a tratamiento con medicina y promover condiciones favorables para el monitoreo regular en las consultas médicas, para controlar la hipertensión.

Palabras clave: hipertensión, adherencia al tratamiento, salud de los trabajadores

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Valores de referência para classificação da pressão arterial segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	26
Quadro 2	Total de medicamentos relatados pelos profissionais	35

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo características sociodemográficas. São José dos Campos, 2014	29
2	Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo local de trabalho. São José dos Campos, 2014.	30
3	Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo ocupação. São José dos Campos, 2014.	31
4	Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo dados profissionais. São José dos Campos, 2014.	32
5	Número e Percentual de sujeitos, segundo estado de saúde. São José dos Campos, 2014.	33
6	Número e Percentual de sujeitos, segundo avaliação do conhecimento sobre hipertensão. São José dos Campos, 2014.	36
7	Número e Percentual de sujeitos, segundo adesão Morisky e Green. São José dos Campos, 2014.	37
8	Número e Percentual de sujeitos segundo interrupção do tratamento. São José dos Campos, 2014.	38
9	Número e Percentual de sujeitos segundo ausência em consultas. São José dos Campos, 2014.	39
10	Número e percentual de sujeitos segundo variáveis de interesse do estudo. São José dos Campos, 2014.	40
11	Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo características sociodemográficas. São José dos Campos, 2014.	41
12	Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo características profissionais. São José dos Campos, 2014.	42
13	Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo condições de saúde. São José dos Campos, 2014.	44
14	Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo tempo de hipertensão e conhecimento. São José dos Campos, 2014.	46
15	Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo interrupção do tratamento ausência em consultas médicas. São José dos Campos, 2014.	47
16	Análise de regressão logística binária múltipla para a variável dependente Morisky e Green. São José dos Campos, 2014.	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO GERAL.....	21
2.1 Objetivo Específicos.....	21
3 MÉTODO.....	22
3.1 Tipo de Pesquisa.....	22
3.2 Local de Pesquisa.....	22
3.3 População e Amostra.....	22
3.4 Aspectos Éticos.....	23
3.5 Coleta de dados.....	23
3.5.1 Variáveis do estudo.....	23
3.5.2 Instrumentos.....	26
3.6 Análise dos Dados.....	28
4 RESULTADO.....	29
5 DISCUSSÃO.....	49
6 CONCLUSÃO.....	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8 ANEXOS.....	65
Anexo A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	65
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
Anexo C – Instrumento adaptado das Características Sociodemográficas, Profissionais, de saúde e relacionado a hipertensão.....	68
Anexo D – Avaliação da Adesão.....	69
Anexo E – Razões de não adesão.....	70
Anexo F – Avaliação do Conhecimento em relação à doença e tratamento...	71
Anexo G – Morbidade Referida e Fatores de risco	74
9 REFERÊNCIAS.....	76

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o capitalismo tem ditado regras no modo de ser e agir dos indivíduos interagindo diretamente nas relações de consumo devido às inovações tecnológicas e as transformações do mundo globalizado, acarretando mudanças inclusive na vida profissional das pessoas¹.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais. Já os riscos ocupacionais são classificados em biológicos, físicos, químicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos e interferem no processo saúde-doença, gerando processos de adaptação que se traduz em desgaste na vida do trabalhador, que exposto constantemente a esses riscos estão sujeitos ao aparecimento de doenças ocupacionais^{2,3}.

Nesse contexto, as ações voltadas para a saúde do trabalhador devem ter como objetivo promover as mudanças nos processos de trabalho, por meio de atuações compartilhadas de profissionais no âmbito multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial visando à promoção e a proteção intervindo nos riscos e agravos presentes nos ambientes de trabalho. Essas ações têm como base legal o parágrafo 3º do artigo 6º da Lei Orgânica de Saúde².

Os danos apresentados na saúde do trabalhador que atuam em ambiente hospitalar podem se materializar no corpo após a exposição do contato com portadores de doenças infecciosas, da necessidade de levantamento e transporte de peso, postura inadequada, do desgaste físico decorrente do ritmo e rotina, do convívio com a dor e a morte, ruídos e iluminação, excesso de trabalho, trabalho noturno, tempo de sono insuficiente, morbidades específicas como lombalgias e estresse³.

Como exemplo, um estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)⁴ que teve como objetivo identificar os riscos ocupacionais pertinentes às atividades desempenhadas em Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), onde foram constatados danos à saúde como ruídos, inalação de gases, fungos, fumaças, contato com sangue, acidentes de transporte, tensão e estresse.

Os trabalhadores da saúde estão expostos à riscos químicos, biológicos, físicos e psicológicos. Uma pesquisa⁵ desenvolvida em cinco hospitais universitários brasileiros com trabalhadores da área de enfermagem a fim de identificar o desgaste gerado pelo processo de trabalho e as cargas psíquicas as quais são submetidos, foi constatado que os trabalhadores estavam expostos a diversas cargas psicológicas somando-se a outras cargas de trabalho ocasionando múltiplos desgastes como estresse, fadiga, gastrite e cefaleia.

Em relação ao risco químico, um estudo realizado com os trabalhadores de enfermagem⁶ verificou que os próprios profissionais reconhecem os riscos químicos a que são submetidos, como antibióticos, benzina, iodo, látex-talco e principalmente os antineoplásicos, considerando, este último, como a substância que mais agride à saúde.

Já os riscos biológicos são evidenciados através do contato com secreções, fluidos corporais e sangue. Não apenas os profissionais da saúde, mas os profissionais que atuam no ambiente dos serviços de saúde também estão expostos a esse risco. Estudos^{7,8} realizados com profissionais que atuam em serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), encontraram prevalência de 20,6% a 41,2% de acidentes envolvendo material biológico ocasionados pelo não uso de luvas, máscara e óculos de proteção, descarte inapropriado de pérfuro-cortante, vestimenta incompleta e reencepe de agulhas.

O organismo do trabalhador quando submetido a certos tipos de riscos ocupacionais ergonômicos sofre alterações psicofisiológicas podendo provocar danos à saúde, como postura inadequada, lesões por esforços repetitivos (LER), Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), cansaço físico, dores musculares, esforço físico intenso, levantamento e transporte de peso, instabilidade emocional, jornada de trabalho prolongada e trabalho noturno³.

O risco ocupacional físico relacionado à exposição à ruído pode provocar além de danos à audição, transtornos comportamentais, alteração do sono, além de ser um gerador de estresse. Estudos realizados com trabalhadores em refinaria de petróleo encontraram associação entre a exposição ao ruído e hipertensão arterial sistêmica (HAS)^{9,10}.

Além do ruído, outros fatores como estresse, o trabalho noturno e o plantão de 24 horas foram associados à presença de hipertensão arterial^{11,12}.

Em relação à equipe de enfermagem, um estudo realizado em um hospital universitário demonstrou que 20,8% dos trabalhadores de enfermagem apresentavam valores pressóricos fora dos níveis considerados normais¹³.

No cenário mundial, a HAS aparece entre homens e mulheres como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e apresenta relação importante com o trabalho. Considerando a relevância da problemática que envolve a hipertensão e as demais doenças cardiovasculares é importante ressaltar o impacto na saúde do trabalhador que apresenta o absenteísmo e a aposentadoria precoce em decorrência dessas doenças. Estudo realizado com a equipe de enfermagem evidenciou que, apesar de as doenças do aparelho circulatório representarem o sexto grupo de doenças notificadas no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), ela foi responsável pelo maior número de dias de afastamento do trabalho¹⁴.

1.1 - Hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública mundial representando um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e mortalidade de pessoas em plena capacidade produtiva¹⁵.

É caracterizada pela elevação e sustentação da pressão arterial acima dos níveis sistólicos iguais ou superiores 140mmHg e/ou níveis diastólicos iguais ou superiores a 90mmHg^{15,16}. Sua etiologia é decorrente da multiplicidade de fatores afetando diretamente a qualidade de vida do portador, sendo que as causas para o seu desenvolvimento podem estar relacionados a histórico familiar, idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, falta de atividade física, ingestão elevada de sódio, etilismo e estresse¹⁵.

Segundo estudo publicado na Revista The Lancet¹⁷ em 2005 sobre a carga global da hipertensão no mundo, a prevalência mundial encontrada foi de 26,4% podendo variar conforme população estudada, sendo que na América do Norte foi de 21%, nos países europeus, de 33,5% a 39,7%, na África e Ásia de 15% a 21,7% e na América Latina 40%. Conforme este estudo, a projeção mundial esperada para o ano de 2025 é que haja um aumento de 60% de hipertensos na população adulta.

Dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 30% da população mundial é acometida pela hipertensão arterial, sendo que boa parte em tratamento não consegue manter os níveis pressóricos normais¹⁸.

No Brasil, em diversas regiões geográficas, foi estudado a prevalência da hipertensão arterial. Na Amazônia foi realizado um estudo com comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, revelando uma prevalência de hipertensão de 25,7%¹⁹. Outro estudo realizado em São Luís-MA, foi de 27,4%²⁰ e em Vitória da Conquista-BA, atingiu 45,4% com residentes das comunidades quilombolas²¹, sendo superado pela prevalência de 53,2% encontrada entre indígenas Kaingang de Xapecó, Santa Catarina²².

A população de diversas categorias de trabalhadores brasileiros também tem sido estudada a fim de investigar a prevalência da hipertensão arterial. Estudo²³ realizado com trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica demonstrou uma prevalência de 24,7%. Outros estudos com trabalhadores verificaram prevalência de 28% em industriários²⁴, 26% entre funcionários de um hospital universitário²⁵ e 37,2% entre motoristas de transporte de cargas²⁶.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade no Brasil, responsáveis por 335.213 óbitos em 2011 de um total de 1.181.166 dados registrados (28,8%) e ocorre em idades cada vez mais precoces, com conseqüente redução da vida produtiva²⁷.

Em estudo²⁸ de base populacional, que teve como objetivo descrever a distribuição e a aglomeração de fatores de risco cardiovasculares modificáveis na população de 16 capitais do Brasil, observou elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos brasileiros com quase 50% da amostra apresentando dois ou mais fatores de risco. A dieta inadequada (69,4%) e a inatividade física (40,3%) foram, respectivamente, os fatores de risco mais prevalentes em todas as faixas etárias estudadas seguida da obesidade (28,0%) e da hipertensão (27,2%). A inatividade física tem sido encontrada como o fator de risco modificável mais prevalente^{26,29,30}.

Estudos internacionais realizados em hospitais da Colômbia e Estados Unidos com trabalhadores de enfermagem, evidenciaram que os principais riscos foram a inatividade física, dieta inadequada, hipertensão e dislipidemia, semelhante aos estudos no Brasil^{31,32}.

Portanto, para redução da mortalidade e morbidade das doenças cardiovasculares é preciso um tratamento adequado dos fatores de risco modificáveis utilizando-se de terapia medicamentosa e não medicamentosa³³

Para o sucesso do tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso é preciso que o indivíduo siga as recomendações para que a pressão arterial alcance seu adequado controle. De acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial a meta de controle é de níveis pressóricos inferior a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para diastólica¹⁵. Em estudos nacionais a taxa de controle da hipertensão arterial observadas foram distintas. No Rio Grande do Sul a taxa foi de 10,4%³⁴, na cidade de São Paulo foi de 35,2%³⁵ e na região Oeste da cidade de São Paulo, a taxa observada foi de 45,5%³⁶.

Entretanto, um entrave para atingir essa meta é a não adesão ao tratamento que representa o não seguimento satisfatório a terapêutica proposta. A falta de adesão ao tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e redução da morbidade e mortalidade.

1.2- Adesão ao tratamento

A adesão está diretamente ligada ao comprometimento do paciente em seguir uma conduta prescrita, dieta adequada, mudanças no estilo de vida e comparecer as consultas médicas³⁷.

Além de adesão, são usadas outras terminologias como sinônimo na literatura, entre eles, aderência, observância, *complacência*, fidelidade e *compliance*³⁸. Ostemberg e Blaschke (2005)³⁹, discorre que muitos autores preferem a palavra adesão porque o termo *compliance* sugere que o paciente tem que agir de acordo com as regras impostas pelo profissional da saúde. Os termos *adherence* e adesão está diretamente ligado ao livre arbítrio do paciente em seguir ou não uma conduta prescrita⁴⁰.

Para Pierin, Strelec e Mion Jr (2004)³⁸, existem diferentes situações ao avaliar os níveis de adesão. Os que aderem e seguem o tratamento na íntegra e os que desistem ou abandonam o tratamento impossibilitando descrever as razões de não adesão. Há ainda os persistentes que até comparecem as consultas, mas não seguem o tratamento. Segundo esses autores, a adesão é um processo que envolve comportamento, meio ambiente e equipe de saúde. E a não adesão é um objetivo não alcançado que gera insatisfação para os profissionais de saúde³⁸.

Mion Jr et al. (2010)³⁵ realizaram 613 entrevistas por telefone com objetivo de identificar a prevalência da hipertensão referida na cidade de São Paulo e verificaram que, dos hipertensos entrevistados, 16,8% informaram que nas duas últimas semanas deixaram de tomar remédios algumas vezes e 30% referiram ter dificuldades para realizar o tratamento. Estudos internacionais^{41,42} também indicam baixos níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴³, a situação da não adesão é muito preocupante pois estima-se que 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas em países desenvolvidos não aderem à terapia medicamentosa e esta taxa ainda é maior quando se trata de países em desenvolvimento.

Avaliar a adesão ao tratamento não é um trabalho fácil em função da dificuldade dos aspectos envolvidos. A adesão medicamentosa é uma atitude bem complexa para se obter os resultados esperados pois, depende diretamente do uso correto da terapêutica medicamentosa e quando isso não acontece, o resultado é a progressão e complicações da enfermidade e hospitalizações onerando os custos em saúde⁴⁰.

Há diversos métodos para avaliação do tratamento medicamentoso, todos com vantagens e desvantagens que favorecem ou limitam o seu propósito. Os métodos de adesão subdividem-se em diretos e indiretos. Os métodos diretos, como análise biológica e adição de um indicador farmacológico, servem para estimar se a droga foi utilizada na dose e frequência corretas. Já os métodos indiretos são informações fornecidas como auto relato do paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas, resposta clínica e monitorização eletrônica de medicação^{44,45,46}.

É difícil identificar a falta de adesão e, mais ainda, mensurá-la. A redução e a manutenção do controle da hipertensão arterial sistêmica dependem da adesão ao tratamento, pois este processo comportamental promove valores pressóricos em níveis normais e a regressão de lesões degenerativas nos órgãos-alvo^{44,47}.

Entre os métodos indiretos, está a própria medida da PA e os instrumentos validados para estimar a adesão ao tratamento. Um desses instrumentos é o teste de Morisk-Green, composto por quatro questões estruturadas com respostas dicotômicas⁴⁸.

Obreli-Neto et al. (2012)⁴⁹ afirmam que não existe um método universal de avaliação para o comportamento da adesão medicamentosa, sendo necessário que

os profissionais de saúde conheçam os métodos disponíveis a fim de escolher a ferramenta mais adequada a ser utilizado nas diferentes situações clínicas.

1.3 - Fatores que influenciam na adesão ao tratamento

Para a Organização Mundial de Saúde⁴³, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um dos determinantes.

Vários fatores podem contribuir para a não adesão ao tratamento da hipertensão destacando entre eles os relativos à doença, ao tratamento, ao paciente, aos aspectos psicossociais, às crenças, aos hábitos de vida, à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde³⁸.

Relacionado ao paciente ao paciente como sexo, raça, idade, etnia, estado civil, escolaridade, crença, hábitos de vida, aspectos culturais e nível socioeconômico podem influenciar na adesão ao tratamento^{50,51}.

Barreto et al. (2015)⁵², em estudo para verificar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso e sua associação com fatores bio-sócio-econômicos em indivíduos hipertensos, mostraram que hipertensos não brancos com menos de oito anos de estudo apresentaram maiores chances de não aderirem a farmacoterapia.

Em relação aos aspectos psicossociais, estudo realizado em um centro de hipertensão e metabologia⁵³ cujo objetivo foi identificar a adesão a terapêutica medicamentosa em pacientes hipertensos, mostrou que os fatores diretamente relacionados ao paciente que se associavam a adesão foram a verbalização da vontade de abandono do tratamento e, em algum momento a aceitação do paciente quanto à doença. Em outro estudo⁵⁴ foi encontrada alta prevalência de fatores emocionais (69,1%), como o principal motivo de não adesão ao tratamento.

Aspectos relacionados à própria doença e ao tratamento como cronicidade, ausência de sintomas, custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, números de doses, duração do tratamento, acesso ao serviço de saúde, distância, tempo de espera, tempo de atendimento e relacionamento com equipe de saúde estão associados à adesão ao tratamento^{55,56,57}.

No que diz respeito atitudes dos hipertensos frente ao tratamento, um estudo realizado em um ambulatório na cidade de São Paulo⁵⁸ verificou que os indivíduos

que referiram interrupção do tratamento, o fizeram devido aos custos dos medicamentos, falta de orientação e por acreditar que deviam tomar os medicamentos somente quando se sentissem mal. Em relação à falta em consultas médicas, as principais razões foram esquecimento e “problemas particulares”. Quanto às atitudes frente ao tratamento, observou-se que alguns pacientes se esquecem de tomar remédios, não tomam no mesmo horário e deixam de tomar por conta própria.

Demoner, Ramos e Pereira (2012)⁵⁹, em um estudo com 150 hipertensos entrevistados em uma UBS, identificaram que o não entendimento em relação as recomendações sobre a terapia e o desconhecimento dos mesmos acerca do nome do medicamento anti-hipertensivo utilizado foram considerados determinantes para a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Um estudo transversal com 185 pacientes americanos internados e hipertensos buscou investigar os fatores associados a não adesão e detectaram dificuldade ao acesso a consulta (51,7%), esquecimento (30,2%), relataram que tiveram a sensação que as consultas médicas não são úteis (10,3%), metade dos participantes relataram dificuldade para comprar a medicação (51,9%) e outros acreditaram que os medicamentos não funcionam (14,6%)⁶⁰.

Em relação a assiduidade as consultas médicas, um estudo teve como objetivo determinar a relação da taxa de pacientes com pressão arterial controlada e a assiduidade às consultas ambulatoriais. Foi constatado que os pacientes assíduos apresentaram a maior taxa de controle da pressão arterial quando comparados aos faltosos⁶¹.

É possível supor que os trabalhadores hipertensos de hospital tenham níveis e proximidade com as causas e consequências relacionadas à hipertensão, bem como as formas de prevenção e tratamento.

Dessa forma, pela importância do tema em questão e pela escassez de estudos que avaliaram essa temática entre trabalhadores hospitalares em nosso meio, questiona-se:

- 1) Como se comporta a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos trabalhadores de uma instituição hospitalar?
- 2) Quais os fatores mais relacionados à não adesão ao tratamento?

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos trabalhadores de uma instituição hospitalar.

2.2 - Objetivos Específicos

- Caracterizar os trabalhadores hipertensos do hospital, através dos dados sociodemográficos, profissionais, de saúde geral e relacionado à hipertensão.
- Verificar o controle da hipertensão
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso.
- Avaliar o conhecimento sobre hipertensão
- Descrever os fatores associados em relação à não adesão ao tratamento medicamentoso e a falta em consultas médicas.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal com coleta de dados secundária e retrospectiva, observacional, descritiva, analítica, de abordagem quantitativa.

3.2. Local da Pesquisa

Foi realizada a coleta de dados secundária a partir de uma base de dados de um estudo primário realizado num hospital público de grande porte, localizado no município de São José dos Campos, Estado de São Paulo. O hospital conta com trabalhadores distribuídos em diversos setores do hospital e com vínculos empregatícios diferentes, sendo 85% vinculados a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e 15% Servidores Públicos da Prefeitura da cidade de São José dos Campos.

Este hospital foi inaugurado há 31 anos e conta com uma área de 14 mil m². Atualmente, sua estrutura de atendimento, conta com 307 leitos. As áreas de atuação totalizam 27 especialidades ambulatoriais, além de banco de sangue, departamentos específicos para diagnósticos de doenças, exames por imagens e o pronto-socorro. É vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos e gerenciado pela SPDM desde 2006. A instituição atende mensalmente cerca de 6.000 mil consultas, realiza 44.000 exames e mais de 1.500 internações. Entre outras características, é reconhecido como Hospital Amigo da Criança e também como uma das melhores instituições de saúde do Estado de São Paulo. Atualmente recebeu o Prêmio COREN-SP de “Gestão com Qualidade Dimensão Hospitalar Edição 2011/2012”.

3.3. População e Amostra

A instituição conta com 1727 trabalhadores lotados em todos os setores do hospital, sendo 250 da área administrativa, 1217 na área da saúde e 213 distribuídos em outras categorias como manutenção, engenharia, lavanderia, limpeza, portaria e transporte.

Para a realização do sorteio, cada trabalhador recebeu um número sequencial que serviu como código; o sorteio foi feito com auxílio de um site chamado Randomization.com e posteriormente administrado em programa Excel.

A amostra do estudo primário, intitulado “Avaliação de Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral de São José dos Campos – SP”⁶² foi de 883 trabalhadores considerando uma prevalência de hipertensão de 30%, erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para esse estudo foram incluídos dados dos 108 trabalhadores que referiram diagnóstico de hipertensão. Os indivíduos que tiverem respondido “sim” à questão 31 do ANEXO G (Você tem pressão alta?) foram considerados hipertensos.

3.4. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob parecer nº 556/11 (ANEXO A) e possui apoio da FAPESP (processo nº 12/04088-7). Os participantes da pesquisa, após serem informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido conforme orientação da Resolução nº 466/12(ANEXO B).

3.5. Coleta de Dados

Os dados primários do estudo foram coletados através de questionários autoaplicados pelos trabalhadores do hospital. Para esse estudo foram selecionadas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

Os dados coletados foram digitados em planilha do Programa Excel e a partir desse banco, foram selecionadas e extraídas apenas as variáveis de interesse para esse estudo.

3.5.1 Variáveis do estudo

- **Variável dependente:**

- Adesão ao tratamento: Avaliado através do “Teste de Morisky e Green”. O critério adotado para pontuação será de 0 a 3 pontos para os não aderentes e 4 pontos para os aderentes.

- **Variáveis independentes:**

Dados pessoais:

- Sexo: feminino e masculino

- Etnia: Branco, negro, mulato, amarelo, mestiço
- Estado civil: solteiro, casado, viúvo, separado, divorciado, amasiado
- Tempo de estudo: em anos
- Renda familiar total: em salários mínimos
- Idade: em anos

Dados profissionais:

- Tempo de serviço na instituição: em meses
- Local de trabalho: descrição do local de trabalho
- Ocupação/ cargo: descrição da ocupação/cargo
- Profissão: descrição da profissão
- Horas trabalhadas por dia (no hospital): em horas
- Tirar férias todo ano: Sim, não
- Aproveitar férias para descansar: Sim, Não
- Outras atividades profissionais fora do seu horário de trabalho: Não, sim
- Quais atividades profissionais fora do seu horário de trabalho: descrever as atividades
- Quantas horas de atividades profissionais fora do seu horário de trabalho: em horas
- Costuma trabalhar nos finais de semana: Não, sim.
- Satisfação com a vida profissional: muito satisfeito / poderia melhorar / não está satisfeito / está completamente insatisfeito.
- Grau de relacionamento com colegas de trabalho: ruim / médio / bom / muito bom

Dados relacionados à saúde

- Auto-avaliação de saúde: ótimo; bom; regular; ruim e péssimo
- Toma remédio: sim e não
- Tipo de medicamento: nome
- Nº de medicamentos que toma: número de medicamentos

Dados relacionados à hipertensão

- Tempo de diagnóstico: em anos
- Medida da pressão arterial: classificação segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão. Pressão arterial controlada: valores inferiores a 140/90 mmHg.

- Conhecimento sobre hipertensão: instrumento para avaliação do nível de conhecimento (pontuação de 0 a 10).
- Interrupção do tratamento da pressão alta: Sim / não.
- Motivos da interrupção do tratamento da pressão alta: remédios muito caros / não há farmácia do hospital ou não há distribuição gratuita / ter que tomar várias vezes ao dia / não sente nada / não sente necessidade de se tratar / acha que está curado / acredita que a hipertensão não é tão grave / acredita que deve tomar remédio somente quando sentir-se mal / não foi orientado sobre a necessidade de tomar os remédios / por esquecimento / parou para poder fazer algum exame / outro.
- Falta à consulta médica: Sim / Não
- Motivos de falta à consulta médica: esquecimento / dinheiro da condução / deixar os filhos / viagem / sentia-se bem / horário de atendimento / necessidade de companhia / não gostou do remédio / distância / não viu necessidade de se tratar / tempo de espera / para não faltar ao trabalho / mal informado quanto ao retorno / consultas muito rápidas / outro.

3.5.1.1 Pressão Arterial

A medida da pressão arterial foi realizada no estudo primário conforme preconiza as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁵, com aparelho automático oscilométrico validado OMRON 705CP, pelo menos três vezes consecutivas, com intervalo de 1 minuto entre cada medida, na posição sentada, e após cinco minutos de descanso em ambiente calmo e com temperatura agradável. Foi utilizado manguito com bolsa de borracha de tamanho adequado à circunferência do braço do indivíduo. A escolha de um equipamento automático para realização das medidas de pressão arterial se deveu às inúmeras vantagens que esse método oferece em relação ao tradicional método auscultatório, como a minimização dos erros e preferências relacionados ao observador⁶³. O aparelho OMRON 705CP foi validado de acordo com as normas da British Hypertension Society⁶⁴.

Inicialmente foi realizada uma medida em cada membro superior e, em caso de diferença, foi utilizado o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes.

O valor de pressão arterial considerado foi a média das duas últimas medidas, sendo que, quando as duas últimas pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentaram diferença maior que 4 mmHg entre elas, novas medidas foram realizadas para obtenção de medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando-se a média das duas últimas medidas como a pressão arterial real.

O valor de pressão arterial considerado foi a média das duas últimas medidas. Para classificação da pressão arterial serão considerados os valores do Quadro 1.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial segunda as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁵

Classificação	Pressão sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Será considerada pressão controlada valores inferiores a 140/90 mmHg.

3.5.2. Instrumentos

Serão utilizados neste trabalho os dados dos seguintes instrumentos:

1 - Instrumento de caracterização dos trabalhadores do hospital, constituído de quatro partes (ANEXO C):

Parte A – dados sociodemográficos com 6 questões: Idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade e renda familiar em salários mínimos.

Parte B – dados profissionais com 13 questões: Tempo de serviço na instituição, local de trabalho, ocupação/ cargo, profissão, horas trabalhadas por dia (no hospital), tirar férias todo ano, aproveitar férias para descansar, outras atividades profissionais fora do seu horário de trabalho, quais atividades profissionais fora do seu horário de trabalho, quantas horas de atividades profissionais fora do seu horário de trabalho, costuma trabalhar nos finais de semana, satisfação com a vida profissional, e grau de relacionamento com colegas de trabalho.

Parte C – dados relacionados à saúde com 4 questões: Auto-avaliação de saúde, toma remédio, tipo de medicamento e nº de medicamentos que toma.

Parte D – dados relacionados à hipertensão arterial:

- Tempo de diagnóstico
- Medida da pressão arterial: classificação segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão. Pressão arterial controlada: valores inferiores a 140/90 mmHg.
- Interrupção do tratamento da pressão alta.
- Motivos da interrupção do tratamento da pressão alta
- Falta à consulta médica.
- Motivos de falta à consulta médica

2 - Instrumento “Teste Morisky e Green” (ANEXO D)

Validado no Brasil por Strelec et al⁶⁵, utilizado para medir o grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Trata-se de uma escala composta por 4 questões estruturadas. De acordo com o protocolo Morisky e Green⁶⁶, o grau de adesão é determinado por pontuação das respostas: SIM = 0 e NÃO = 1. Os resultados variam de 0 a 4, correspondendo, respectivamente, o menor valor aos não aderentes e o maior valor aos aderentes. O critério adotado para pontuação será de 0 a 3 pontos para os não aderentes e 4 pontos para os aderentes.

3- Razões de não adesão (ANEXO E)

Instrumento composto por duas questões, sendo a questão A relacionada a já ter interrompido alguma vez o tratamento da hipertensão e 11 opções de motivos para a interrupção e a questão B relacionada à falta em consultas médicas com 14 opções de motivos para as faltas.

Esse instrumento é apenas descritivo procurando listar as principais causas nas duas situações abordadas, não havendo escore ou qualquer outro tipo de medida.

4- Instrumento “Nível de conhecimento em relação à doença e tratamento”⁶⁵ (ANEXO F)

Contém 10 afirmativas com respostas dicotômicas verdadeiras (1) ou falsas (0) sobre o nível de conhecimento em relação à hipertensão e ao tratamento. Esse instrumento é analisado pela soma dos pontos de cada questão e não possui escore.

5 - Instrumento “ Morbidade referida e fatores de risco” (ANEXO G)

O (ANEXO G) é constituído por 2 partes, constam na parte A os dados relativos a morbilidade referida como, classificação do estado de saúde, queixas ou problemas de saúde, se possui doenças crónicas como, pressão alta, diabetes e colesterol alto, uso de medicamentos, se tem ou teve infarto, derrame, varizes, dor nas costas, cólica renal, cálculo renal, doença venérea, infecção urinária, doenças respiratórias, ou outras doenças, e na parte B os fatores de risco como, se se considera uma pessoa nervosa ou estressada, se faz uso de anticoncepcional ou terapia de reposição hormonal, se alguém na família possui doenças como, pressão alta, infarto, derrame, diabetes, colesterol alto, angina pectoris, ou outras doenças.

3.6. Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para verificar a associação entre as variáveis independentes aos desfechos analisados foi utilizado o teste do Qui-Quadrado e, quando uma casela apresentou valor esperado igual ou inferior a 5 foi aplicado o teste Exato de Fisher. Os valores da *odds ratio* (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC_{95%}) foram extraídos dos modelos de regressão logística univariados e múltiplos. As variáveis que apresentaram valor de $p < 20\%$ na análise univariada foram testadas no modelo múltiplo pela técnica *Stepward*.

Para a significância estatística, assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram digitados em Excel e analisados em SPSS versão 17.0 para Windows.

4. Resultados

4.1 Análise descritiva

Foram analisados 108 trabalhadores, sendo 75,9% do sexo feminino e a maioria de etnia branca (66,7%) (Tabela 1). A média de idade da amostra foi de 44,2 anos (dp=9,6), mediana de 45,8 anos, variando entre 20,3 a 64,3 anos. O tempo de estudo apresentou média de 14,0 anos (dp=3,9), mediana de 14, com valores mínimos e máximos de, respectivamente, 4 e 30 anos. Quanto ao tempo de carreira, a média foi de 6,2 anos (dp=5,4), mediana de 5 anos, com tempo mínimo menor que um ano (0,8) e máximo de 38 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo características sociodemográficas. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Sexo	Masculino	26	(24,1)
	Feminino	82	(75,9)
Etnia*	Branco	70	(66,7)
	Negro	16	(15,2)
	Mulato	8	(7,6)
	Amarelo	3	(2,9)
	Mestiço	8	(7,6)
Estado Civil*	Solteiro	22	(20,8)
	Casado	57	(53,8)
	Viúvo	1	(0,9)
	Separado	6	(5,7)
	Divorciado	11	(10,4)
	Amasiado	9	(8,3)
Renda Familiar* (salários mínimos#)	1 a 2	19	(19,2)
	3 a 4	34	(34,3)
	> 4	46	(46,5)
Total		108	(100,0)

* há valores ignorados

R\$ 724,00 em 2014

Na Tabela 2, verifica-se que o local de trabalho com maior frequência foi o de Higiene hotelaria (21,3%), seguido do Pronto Socorro (10,2%).

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo local de trabalho. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Local de Trabalho	Administração	1	(0,9)
	Almoxarifado	1	(0,9)
	Ambulatório	4	(3,7)
	Centro cirúrgico	2	(1,9)
	Centro Obstétrico	3	(2,8)
	Clínica cirúrgica	2	(1,9)
	Clínica médica	8	(7,4)
	CME	2	(1,9)
	Compras	1	(0,9)
	Engenharia de manutenção	5	(4,6)
	Farmácia	1	(0,9)
	Fisioterapia	1	(0,9)
	Higiene hotelaria	23	(21,3)
	Hospital	1	(0,9)
	Laboratório	3	(2,8)
	Lactorista	1	(0,9)
	Maternidade	4	(3,7)
	Nutrição	4	(3,7)
	Pediatria	6	(5,6)
	Portaria	1	(0,9)
	Programa Hosp. Domiciliar	1	(0,9)
	Pronto Socorro	11	(10,2)
	Radiologia	2	(1,9)
	Recepção	3	(2,8)
	Resgate	1	(0,9)
	Rouparia	1	(0,9)
	SAME	2	(1,9)
	Serviço Social	1	(0,9)
	SESMT	1	(0,9)
	SPDM	1	(0,9)
	Telefonia	1	(0,9)
	Transporte	1	(0,9)
UTI_adulto	4	(3,7)	
UTI_ped_neo	4	(3,7)	
Total		108	(100,0)

Destaca-se na Tabela 3 que a maioria dos trabalhadores eram profissionais da área de saúde (52,8%). A equipe de enfermagem foi a categoria profissional mais prevalente da amostra (41,6%), seguida pelos auxiliares de governança (18,5%).

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo ocupação. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Profissional da área de saúde	Não	51	(47,2)
	Sim	57	(52,8)
Ocupação	Administrativo	1	(0,9)
	Anal. Supri	1	(0,9)
	Ass. Social	1	(0,9)
	Aux. Administrativo	2	(1,9)
	Aux. Cozinha	3	(2,8)
	Aux. Enfermagem	12	(11,1)
	Aux. Equip Médico	2	(1,9)
	Aux. Farm.	1	(0,9)
	Aux. Governança	20	(18,5)
	Aux. Hotelaria	1	(0,9)
	Biólogo	1	(0,9)
	Biomédico	1	(0,9)
	Copeira	1	(0,9)
	Costura	1	(0,9)
	Eletricista	1	(0,9)
	Encanador	1	(0,9)
	Encarregado	2	(1,9)
	Enfermeiro	9	(8,3)
	Engenheiro eletricista	1	(0,9)
	Engenheiro Seg. Trabalho	1	(0,9)
	Escrituraria	1	(0,9)
	Guarda- volume	1	(0,9)
	Laboratorista	1	(0,9)
	Lactorista	1	(0,9)
	Médico	6	(5,6)
	Motorista	1	(0,9)
	Plantão adm.	1	(0,9)
	Psicólogo	1	(0,9)
	Recepção	1	(0,9)
	Recepcionista	3	(2,8)
	Sup. De Governança	1	(0,9)
Téc. Enfermagem	24	(22,2)	
Téc. Radiologia	2	(1,9)	
Telefonista	1	(0,9)	
Total		108	(100,0)

Observa-se em relação às horas trabalhadas/dia de trabalho, que 80,2% trabalhavam mais de 8 horas por dia, sendo que, 48,1% trabalhava mais de 10 horas/dia. A maioria tira férias todos os anos (91,7%), aproveita as férias para descansar (82,4%), não tinha outras atividades profissionais (68,5%), trabalha de fim de semana (74,5%) e acha que a vida profissional poderia melhorar (61,1%). Quanto à relação com os colegas de trabalho, 92,1% classificaram-na como boa ou muito boa (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores, em número e porcentagem, segundo dados profissionais. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Horas trabalhadas/dia*	< 6	1	(0,9)
	6 a 8	20	(18,9)
	8 a 10	34	(32,1)
	> 10	51	(48,1)
Tira férias todo ano?	Não	9	(8,3)
	Sim	99	(91,7)
Aproveita as férias para descansar?	Não	19	(17,6)
	Sim	89	(82,4)
Outras atividades profissionais	Não	74	(68,5)
	Sim	34	(31,5)
Trabalha finais de semana?	Não	27	(25,5)
	Sim	79	(74,5)
Sentimento em relação a vida Profissional	Sente-se muito satisfeito	33	(30,6)
	Poderia melhorar	66	(61,1)
	Não está satisfeito	8	(7,4)
	Está completamente insatisfeito	1	(0,9)
Relacionamento com os colegas de trabalho*	Ruim	1	(1,0)
	Médio	7	(6,9)
	Bom	70	(68,6)
	Muito bom	24	(23,5)
Total		108	(100,0)

* há valores ignorados

Verifica-se na Tabela 5 que, somente, 3,7% dos profissionais consideram a saúde como ótima e metade a considera regular (50,9%). Dos problemas de saúde, o mais frequente foi dor nas costas (66,7%), seguido de infecção urinária (45,4%) e colesterol alto (30,6%). Nesta amostra, 87,9% tomam algum remédio.

Tabela 5 – Número e Percentual de sujeitos, segundo estado de saúde. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Auto-avaliação do estado de saúde atual	Ótimo	4	(3,7)
	Bom	39	(36,1)
	Regular	55	(50,9)
	Ruim	10	(9,3)
Diabetes	Não	79	(73,1)
	Sim	18	(16,7)
	Não sabe	11	(10,2)
Colesterol Alto	Não	55	(50,9)
	Sim	33	(30,6)
	Não sabe	20	(18,5)
Infarto	Não	103	(95,4)
	Sim	2	(1,9)
	Não sabe	3	(2,8)
Derrame	Não	105	(97,2)
	Sim	--	--
	Não sabe	3	(2,8)
Varizes	Não	78	(72,2)
	Sim	26	(24,1)
	Não sabe	4	(3,7)
Dor nas costas	Não	35	(32,4)
	Sim	72	(66,7)
	Não sabe	1	(0,9)
Cólica renal	Não	82	(75,9)
	Sim	24	(22,2)
	Não sabe	2	(1,9)
Cálculo renal	Não	92	(85,2)
	Sim	14	(13,0)
	Não sabe	2	(1,9)
Doença venérea	Não	103	(95,4)

	Sim	1	(0,9)
	Não sabe	4	(3,7)
Infecção urinária	Não	57	(52,8)
	Sim	49	(45,4)
	Não sabe	2	(1,9)
Doença respiratória	Não	79	(73,1)
	Sim	28	(25,9)
	Não sabe	1	(0,9)
Toma algum remédio*	Não	13	(12,1)
	Sim	94	(87,9)
Total		108	(100,0)

* há valores ignorados

O Quadro 2 apresenta os medicamentos relatados pelos profissionais. O uso de um único medicamento está representado pela cor azul mais escura sem recuo; a cor azul intermediária com um recuo a direita indica o medicamento citado e o medicamento da linha acima; o uso de três medicamentos está representado pelo azul claro, com dois recuos a direita e; quatro medicamentos pela cor branca e três recuos a direita. Dos profissionais que relataram os medicamentos usados, 46,2% usam só anti-hipertensivos e 52,7% tomam anti-hipertensivos e hipolipemiantes.

Quadro 2 – Total de medicamentos relatados pelos profissionais. São José dos Campos, 2014.

Medicamentos	n	%
anti-hipertensivo	43	46,2
Hipolipemiante	6	6,5
Hipoglicemiante	1	1,1
Diurético	1	1,1
Antiagregante	1	1,1
Outros	1	1,1
Hipoglicemiante	5	5,4
Antidepressivo	1	1,1
Anticonvulsivante	1	1,1
Analgésico e anti-inflamatório	2	2,2
Outros	1	1,1
Diurético	3	3,2
Antiagregante	2	2,2
Antidepressivo	1	1,1
Outros	1	1,1
Antidepressivo	1	1,1
Anticonvulsivante	1	1,1
Outros	6	6,5
Hipoglicemiante	1	1,1
Antidepressivo	0	0,0
Anticonvulsivante	1	1,1
Hipolipemiante	0	0,0
Diurético	5	5,4
Hipoglicemiante	0	0,0
Antidepressivo	0	0,0
Outros	1	1,1
Outros	2	2,2
Antidepressivo	2	2,2
Outros	1	1,1
Anticonvulsivante	0	0,0
Analgésico e anti-inflamatório	1	1,1
Antiagregante	1	1,1
Total	93	100,0

Em relação à pressão arterial, o tempo médio que apresenta pressão alta é de 5,9 anos (dp=6,8), mediana de 4, valor mínimo de 0,1 e máximo de 45 anos. A média da pressão sistólica dos sujeitos foi de 124,3 mmHg (dp=18,4), mediana de 125,2 mmHg, variando entre 60 e 182,0 mmHg. Para a diastólica, média foi de 81,8 (dp=11,2), mediana de 82, mínimo de 59 e máximo de 131,0. Dos sujeitos, 75,0% (n=81) apresentaram pressão arterial < 140x90 mmHg.

Na Tabela 6 somente a questão 9, *‘diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta’*, apresentou 100% de acertos. As questões com menor conhecimento foram as questões 6 (*“a PA pode ser tratada sem remédios”*) e 2 (*“quem tem PA alta na maioria das vezes não sente nada diferente”*).

Tabela 6 – Número e Percentual de sujeitos, segundo avaliação do conhecimento sobre hipertensão. São José dos Campos, 2014.

Questões*	Categoria	n	(%)
1 - Pressão alta é uma doença para toda vida	Erro	22	(22,2)
	Acerto	77	(77,8)
2- Quem tem pressão alta, na maioria das vezes não sente nada diferente	Erro	42	(42,4)
	Acerto	57	(57,6)
3-A Pressão alta pode quando for maior ou igual a 140x90	Erro	12	(12,1)
	Acerto	87	(87,9)
4-Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins	Erro	5	(5,1)
	Acerto	94	(94,9)
5-O tratamento para pressão alta é para toda vida	Erro	9	(9,1)
	Acerto	90	(90,0)
6-A pressão alta pode ser tratada sem remédios	Erro	52	(52,5)
	Acerto	47	(47,5)
7-Exercícios físico regulares ajudam a controlar a pressão alta.	Erro	4	(4,0)
	Acerto	95	(96,0)
8-Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta	Erro	2	(2,0)
	Acerto	97	(98,0)
9-Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta	Erro	--	--
	Acerto	99	(100,0)
10-Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta	Erro	3	(3,0)
	Acerto	96	(97,0)
Total		99	(100,0)

* casos ignorados

Evidencia-se na Tabela 7 que, segundo o instrumento Morisky e Green, 79,6% dos trabalhadores não aderem ao tratamento medicamentoso, sendo que, 62,4% esquece-se de tomar o medicamento alguma vez e 61,3% é descuidado quanto ao horário do remédio.

Tabela 7 – Número e Percentual de sujeitos, segundo adesão Morisky e Green. São José dos Campos, 2014.

Variáveis*	Categoria	n	(%)
Adesão Morisky e Green	Adere	19	(20,4)
	Não adere	74	(79,6)
Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?	Não	35	(37,6)
	Sim	58	(62,4)
Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?	Não	36	(38,7)
	Sim	57	(61,3)
Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?	Não	67	(72,0)
	Sim	26	(28,0)
Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?	Não	60	(64,5)
	Sim	33	(35,5)
Total		93	(100,0)

* 7 casos não se aplica e 8 ignorados

Em relação à interrupção do tratamento (Tabela 8), 38,7% já o interrompeu e o principal motivo é o esquecimento (80,5%) e não sentir nada (19,7%).

Tabela 8 – Número e Percentual de sujeitos segundo interrupção do tratamento. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Interrompeu o tratamento da pressão alguma vez?	Não	57	(61,3)
	Sim	36	(38,7)
Total		93	(100,0)
Motivos (% calculado sobre n=36)			
Por esquecimento		29	(80,5)
Não sente nada		7	(19,4)
Parou para poder fazer algum exame		4	(11,1)
Remédios muito caros		3	(8,3)
Não foi orientado sobre a necessidade de tomar os remédios		3	(8,3)
Não há na farmácia do Hospital ou não há distribuição gratuita		2	(5,5)
Ter que tomar várias vezes ao dia		2	(5,5)
Não sente necessidade de se tratar		2	(5,5)
Acha que está curado		2	(5,5)
Acredita que hipertensão não é tão grave		2	(5,5)
Acredita que deve tomar o remédio somente quando sentir-se mal		2	(5,5)

Quanto a faltar em consulta médica, 60,2% responderam que sim, apresentando o motivo mais frequente também o esquecimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Número e Percentual de sujeitos segundo ausência em consultas. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	n	(%)
Já faltou alguma vez em consulta médica?	Não	37	(39,8)
	Sim	56	(60,2)
Total		93	(100,0)
Motivos (% calculado sobre n=56)			
Esquecimento		45	(80,3)
Para não faltar ao trabalho		20	(35,7)
Horário de atendimento		13	(23,2)
Distância		13	(23,2)
Tempo de espera		9	(16,1)
Não gostou do remédio		7	(12,5)
Deixar os filhos		7	(12,5)
Sentia-se bem		6	(10,7)
Mal informado quanto ao retorno		2	(3,6)
Dinheiro condução		1	(1,8)
Viagem		1	(1,8)
Necessidade de companhia		1	(1,8)
Consultas muito rápidas		1	(1,8)
Não viu necessidade de se tratar		--	--

4.2- Análise inferencial

Para a análise inferencial, relacionadas à adesão a afim de verificar se estas apresentam associação estatisticamente significativa. Na Tabela 10, observa-se que houve associação estatisticamente significativa ($p=0,002$), dos profissionais que não adere pelo Morisky e Green apresentam uma probabilidade de 32,4% de terem pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg quando comparados aos que aderem (0,0%). Contudo, devido a diagonal discordante ($< 140 \times 90$ mmHg com Não adere) apresentar um número absoluto alto de casos, optou-se por trabalhá-las em separado.

Tabela 10 – Número e percentual de sujeitos segundo variáveis de interesse do estudo. São José dos Campos, 2014.

Variável	Morisky e Green	Pressão arterial (mmHg)		p*		
		< 140x90	$\geq 140 \times 90$			
		n	(%)	n	(%)	
	Adere	19	(100,0)	0	(0,0)	0,002
	Não adere	50	(67,6)	24	(32,4)	
Total		69	(74,2)	24	(25,8)	

* teste Exato de Fisher

4.2.1 Variável dependente Morisky e Green

Observa-se na Tabela 11 que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a adesão pelo teste de Morisky e Green ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo características sociodemográficas. São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Morisky e Green		p (X^2)	OR*	IC _{95%}	P
	Adere n (%)	Não adere n (%)				
Gênero[‡]						
Masculino	4 (18,2)	18 (81,8)	1,000	1.0	0,24 – 2,82	0,765
Feminino	15 (21,1)	56 (78,9)		0,83		
idade (mediana)						
< 46 anos	11 (23,9)	35 (76,1)	0,293	1.0	0,61 – 5,01	0,297
≥ 46 anos	7 (15,2)	39 (84,8)		1,75		
Etnia						
Branco	12 (19,7)	49 (80,3)	0,802	1.0	0,31 – 2,50	0,802
Não branco	7 (21,9)	25 (78,1)		0,87		
Estado civil						
casado/amasiado	10 (18,2)	45 (81,8)	0,434	1.0	0,24 – 2,85	0,436
Solteiro/separad/viúvo	9 (25,0)	27 (75,0)		0,67		
Escolaridade (mediana)						
< 14 anos	10 (25,0)	30 (75,0)	0,249	1.0	0,65 – 5,18	0,253
≥ 14 anos	8 (15,4)	44 (84,6)		1,83		
Renda familiar (salário mínimo)						
1 a 2	5 (29,4)	12 (70,6)	0,403	1.0	0,61 – 11,9	0,188
3 a 4	4 (13,3)	26 (86,7)		2,71		
> 4	8 (21,6)	29 (78,4)		1,51	0,41 – 5,57	0,535

* o grupo < 140x90 foi utilizado como categoria de referência; [‡] teste Exato de Fisher.

Na Tabela 12, verifica-se que profissionais que tiram férias todo ano apresentam uma probabilidade superior de não aderirem ao tratamento quando comparados aos profissionais que não tiram férias anualmente (82,6% versus 42,9%; $p=0,030$), tendo uma chance de $OR=6,31$ ($p=0,024$) para a não adesão.

Tabela 12 – Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo características profissionais. São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Morisky e Green		p (X^2)	OR*	IC _{95%}	p
	adere	não adere				
	n (%)	n (%)				
Tempo de trabalho (mediana)						
< 5 anos	9 (20,0)	36 (80,0)	0,921	1.0		
≥ 5 anos	10 (20,8)	38 (79,2)		0,95	0,35 – 2,61	0,921
Profissional de saúde						
Não	9 (21,4)	33 (78,6)	0,828	1.0		
Sim	10 (19,6)	41 (80,4)		1,12	0,41 – 3,07	0,828
Horas por dia de trabalho						
6 a 8	4 (13,3)	26 (86,7)	0,128	1.0		
8 a 10	2 (11,1)	16 (88,9)		1,23	0,20 – 7,51	0,822
> 10	13 (29,5)	31 (70,5)		0,37	0,11 – 1,26	0,112
Tira férias todo ano?*						
Não	4 (57,1)	3 (42,9)	0,030	1.0		
Sim	15 (17,4)	71 (82,6)		6,31	1,28 – 31,2	0,024
Aproveita as férias para descansar?*						
Não	3 (17,6)	14 (82,4)	1,000	1.0		
Sim	16 (21,1)	60 (78,9)		0,80	0,21 – 3,14	0,753
Outras atividades profissionais						
Não	13 (21,0)	49 (79,0)	0,856	1.0		
Sim	6 (19,4)	25 (80,6)		1,10	0,37 – 3,26	0,856
Trabalha finais de semana?						
Não	2 (8,7)	21 (91,3)	0,139	1.0		
Sim	17 (25,0)	51 (75,0)		0,29	0,06 – 1,35	0,113
Sentimento em relação a vida profissional						
Muito satisfeito	6 (21,4)	22 (78,6)	0,322	1.0		
Poderia melhorar	13 (22,8)	44 (77,2)		0,92	0,31 – 2,76	0,886
Não satisfeito/ complet. insatisfeito	0 (0,0)	8 (100,0)		--	--	--

Relacionamento com os colegas de trabalho

Ruim/médio	1 (14,3)	6 (85,7)	0,662	1.0		
Bom	14 (23,3)	46 (76,7)		0,55	0,06 – 4,94	0,592
Muito bom	3 (15,0)	17 (85,0)		0,94	0,08 – 10,9	0,963

* o grupo < 140x90 foi utilizado como categoria de referência; † teste Exato de Fisher.

Na Tabela 13, destaca-se que profissionais com colesterol alto apresentam uma probabilidade maior de não aderirem quando comparados aos profissionais sem colesterol alto, com uma chance de OR=4,86 (p=0,048).

Tabela 13 – Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo condições de saúde. São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Morisky e Green		p (X ²)	OR*	IC _{95%}	p
	Adere n (%)	Não adere n (%)				
Auto-avaliação do estado de saúde atual						
Ótimo/bom	10 (27,0)	27 (73,0)	0,405	1.0		
Regular	8 (17,0)	39 (83,0)		1,81	0,61 – 5,17	0,271
Ruim	1 (11,1)	8 (88,9)		2,96	0,33 – 27,0	0,334
Diabetes[‡]						
Não	14 (20,6)	54 (79,4)	1,000	1.0		
Sim	3 (18,8)	13 (81,2)		1,12	0,28 - 4,49	0,869
Colesterol alto						
Não	14 (28,0)	36 (72,0)	0,034	1.0		
Sim	2 (7,4)	25 (92,6)		4,86	1,01 – 23,3	0,048
Infarto[‡]						
Não	18 (20,5)	70 (79,5)	0,380	1.0		
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)		0,26	0,01 – 4,31	0,345
Derrame						
Não	19 (21,1)	71 (78,9)	--	1.0		
Sim	--	--			--	--
Varizes[‡]						
Não	13 (19,4)	54 (80,6)	0,549	1.0		
Sim	6 (27,3)	16 (72,7)		0,64	0,21 – 1,96	0,437
Dor nas costas						
Não	5 (17,2)	24 (82,8)	0,783	1.0		
Sim	14 (22,2)	49 (77,8)		0,73	0,23 – 2,26	0,584
Cólica renal[‡]						
Não	14 (20,3)	55 (79,7)	0,772	1.0		
Sim	5 (22,7)	17 (77,3)		0,86	0,27 – 2,75	0,807
Cálculo renal[‡]						
Não	15 (19,2)	63 (80,8)	0,716	1.0		
Sim	3 (23,1)	10 (76,9)		0,79	0,19 – 3,24	0,748
Doença Venérea[‡]						
Não	17 (19,3)	71 (80,7)	0,202	1.0		
Sim	1 (100,0)	0 (0,0)		--	--	--

Infecção urinária

Não	10 (20,8)	38 (79,2)	0,790	1.0		
Sim	8 (18,6)	35 (81,4)		1,15	0,41 – 3,24	0,790

Doença respiratória[‡]

Não	15 (21,7)	54 (78,3)	0,773	1.0		
Sim	4 (17,4)	19 (82,6)		1,32	0,39 – 4,47	0,656

* o grupo < 140x90 foi utilizado como categoria de referência; [‡] teste Exato de Fisher.

Observa-se na Tabela 14 que houve uma associação entre tomar remédio para hipertensão e a não adesão. Dos profissionais que tomam medicamento pra hipertensão houve uma probabilidade maior de não adesão quando comparados aos que relataram não tomar (85,1% versus 64,0%; $p=0,26$ - $OR=3,21$).

Tabela 14 – Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo tempo de hipertensão e conhecimento. São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Morisky e Green		p (X^2)	OR*	IC _{95%}	P
	adere n (%)	não adere n (%)				
Há quanto tempo é hipertenso? (mediana)						
< 4 anos	8 (21,1)	30 (78,9)	0,652	1.0		
≥ 4 anos	7 (17,1)	34 (82,9)		1,29	0,42 – 4,00	0,653
Toma alguma medicação?‡						
Não	3 (30,0)	7 (70,0)	0,425	1.0		
Sim	16 (19,5)	66 (80,5)		1,79	0,41 – 7,60	0,444
Toma remédio para hipertensão						
Não	9 (36,0)	16 (64,0)	0,026	1.0		
Sim	10 (14,9)	57 (85,1)		3,21	1,11 – 9,23	0,031
Conhecimento sobre a						
hipertensão						
Questão 1‡						
Falso	4 (19,0)	17 (81,0)	1,000	1.0		
Verdadeiro	15 (20,8)	57 (79,2)		0,89	0,26 – 3,05	0,858
Questão 2						
Falso	9 (22,0)	32 (78,0)	0,747	1.0		
Verdadeiro	10 (19,2)	42 (80,8)		1,18	0,43 – 3,25	0,747
Questão 3‡						
Falso	2 (18,2)	9 (81,8)	1,000	1.0		
Verdadeiro	17 (20,7)	65 (79,3)		0,85	0,17 – 4,30	0,844
Questão 4‡						
Falso	2 (66,7)	1 (33,3)	0,105	1.0		
Verdadeiro	17 (18,9)	73 (81,1)		8,59	0,73 – 100,3	0,086
Questão 5‡						
Falso	2 (22,2)	7 (77,8)	1,000	1.0		
Verdadeiro	17 (20,2)	67 (79,8)		1,23	0,21 – 5,92	0,888
Questão 6						
Falso	11 (22,0)	39 (78,0)	0,686	1.0		
Verdadeiro	8 (18,6)	35 (81,4)		1,23	0,45 –	0,686

					4,42	
Questão 7[‡]						
Falso	1 (25,0)	3 (75,0)	1,000	1,0		
Verdadeiro	18 (20,2)	71 (79,8)		1,31	0,13 – 13,4	0,817
Questão 8[‡]						
Falso	1 (50,0)	1 (50,0)	0,369	1,0		
Verdadeiro	18 (19,8)	73 (80,2)		5,06	0,24 – 68,0	0,330
Questão 9						
Falso	--	--	--	1,0		
Verdadeiro	19 (20,4)	74 (79,6)		--	--	--
Questão 10[‡]						
Falso	1 (33,3)	2 (66,7)	0,500	1,0		
Verdadeiro	18 (20,0)	72 (80,0)		2,00	0,17 – 23,3	0,580

* o grupo < 140x90 foi utilizado como categoria de referência; -- caselas zeradas; ‡ teste Exato de Fisher.

Destaca-se na Tabela 15 que, as variáveis interrupção do tratamento ausência em consultas médicas apresentaram associação estatisticamente significativa com a não adesão ao tratamento. Para a variável interrupção houve uma chance de OR=4,29 (p=0,030) de profissionais que interrompem o tratamento de não aderirem quando comparados aos que não interrompem. Da mesma maneira, profissionais que faltam as consultas médicas apresentam uma chance de OR=3,36 (p=0,024) de não aderirem ao tratamento quando comparados aos profissionais que não faltam.

Tabela 15 – Análise de associação pelo Qui-Quadrado e regressão logística binária univariada, segundo interrupção do tratamento ausência em consultas médicas. São José dos Campos, 2014.

Variáveis	Morisky e Green		p (X ²)	OR*	IC _{95%}	p
	adere n (%)	não adere n (%)				
Interrompeu o tratamento da pressão alguma vez?						
Não	16 (28,1)	41 (71,9)	0,021	1,0		
Sim	3 (8,3)	33 (91,7)		4,29	1,15 – 16,0	0,030
Já faltou alguma vez em consulta médica?						
Não	12 (32,4)	25 (67,6)	0,020	1,0		
Sim	7 (12,5)	49 (87,5)		3,36	1,18 – 9,59	0,024

* o grupo < 140x90 foi utilizado como categoria de referência.

Na análise de regressão múltipla, os fatores independentes a não adesão foram o colesterol alto e faltar a consulta médica. Verifica-se uma chance OR=8,10 (p=0,024) de profissionais com colesterol alto não aderirem ao tratamento quando comparados aos profissionais sem colesterol alto. Em relação a faltar na consulta médica, a OR=4,06 (p=0,048) de profissionais que faltam a consultas médicas de não aderirem em relação aos que não faltam (Tabela 16).

Tabela 16 – Análise de regressão logística binária múltipla para a variável dependente Morisky e Green. São José dos Campos, 2014.

Variável	Categoria	OR _{ajustada}	IC _{95%}	p
Colesterol Alto				
	Não	1.0		
	Sim	8,10	1,32 – 49,90	0,024
Já faltou alguma vez em consulta médica?				
	Não	1.0		
	Sim	4,06	1,01 – 16,26	0,048

* OR_{ajustada} pelas variáveis Questão 4, tira férias todo ano e horas por dia de trabalho. Teste de Hosmer e Lemeshow p=0,762.

5. Discussão

Os dados obtidos foram apresentados da seguinte forma:

5.1 – Caracterização dos trabalhadores:

5.1.1 – Características Sociodemográficas

A amostra deste estudo foi composta por 108 trabalhadores, do sexo feminino (75,9%), brancos (66,7%), casados (62,1%) e com renda familiar maior que três salários mínimos (80,8%). A média de idade foi de 44,2 anos, com idade mínima de 20 e máxima de 64 anos. Em relação à escolaridade, foi encontrado uma média de 14 anos de estudo. Por tratar-se de um estudo com trabalhadores de um hospital, é esperado que as características sociodemográficas apresentem um nível educacional e de renda maior do que os estudos que avaliaram os hipertensos, na população geral^{30,22,28,34,36}.

A prevalência do sexo feminino é uma característica comum encontrada nos hospitais⁶⁷, pelo grande contingente de profissões historicamente femininas, como a enfermagem e as equipes de hotelaria e limpeza. Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz⁶⁸, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem, traçou o perfil da enfermagem no Brasil e mostrou que a profissão é majoritariamente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. Da mesma forma, nas demais áreas da saúde também prevalecem o sexo feminino, inclusive em algumas áreas da medicina. O estudo “Demografia Médica no Brasil - dados gerais e descrições de desigualdades”⁶⁹, desenvolvido em parceria entre Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), mostrou que as mulheres são a maioria em cinco das seis áreas consideradas básicas na medicina, como pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, medicina de família e medicina preventiva. Em outra pesquisa⁷⁰ realizada em um serviço de nutrição, também foi encontrado predomínio do sexo feminino.

As demais características sociodemográficas, como estado civil casado, cor branca e idade média de aproximadamente 40 anos, também seguem o perfil de outros estudos que avaliaram os trabalhadores hospitalares^{25,67,70}.

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas em São Paulo para avaliar a prevalência de hipertensão foi verificado que o sexo masculino, a cor preta e a baixa renda familiar eram características que apresentavam maior risco de hipertensão entre os funcionários²⁵. Nesse estudo, essas características não foram dominantes na amostra dos hipertensos, provavelmente devido às características prevalentes dos trabalhadores do hospital.

5.1.2 - Caracterização dos trabalhadores : Dados Profissionais

Em relação ao tempo de atuação dos trabalhadores hipertensos no hospital, a média foi de 6,2 anos (dp=5,4), com tempo mínimo menor que um ano e no máximo, 38 anos. Um estudo com enfermeiros portugueses⁷¹ buscou identificar os fatores determinantes da rotatividade em um Hospital e identificou que em aproximadamente 5 anos de serviço eles mudam de emprego e os principais determinantes da rotatividade são a aquisição de novas competências, possibilidades de salários melhores, falta de instabilidade contratual e vontade de realizar trabalhos desafiador.

No que se refere ao local de trabalho foi verificado que os profissionais hipertensos trabalhavam principalmente nos setores assistenciais, dos quais se destacam o setor da UTI, Pronto Socorro, Centro obstétrico entre outros (47,3%) e de Hotelaria e Higiene (21,3%). Essa distribuição dos hipertensos nos setores do hospital, refletem a frequência encontrada entre profissionais da saúde de (52,8%) e não profissionais da saúde (47,2%), sendo os profissionais da enfermagem, a categoria profissional que mais predominou (41,6%), seguido pelos auxiliares de governança (18,5%).

Estudos realizados^{72,73,74} para identificar fatores de risco em profissionais de enfermagem que atuam em setores assistenciais como unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, pronto socorro, constatou-se que esses trabalhadores apresentam risco aumentado para desenvolver colesterol alto e limítrofe, sedentarismo, estresse e hipertensão arterial. A rotina de trabalho nestas unidades pode contribuir para o surgimento de fatores de risco cardiovascular e algumas doenças ocupacionais, prejudicando a qualidade de vida e dificultando o autocuidado.

A taxa de hipertensos encontrada nesse estudo entre os profissionais de enfermagem foi de 13,7% seguido de auxiliares de governança. Estudo⁶⁷ foi

encontrado (29,7%) de hipertensão entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital geral no Rio Grande do Sul. No estudo realizado no Hospital das Clínicas em São Paulo²⁵, os pesquisadores encontraram (23%) de hipertensão na equipe de enfermagem, (17%) na equipe médica, porém o predomínio de hipertensos foi encontrado nos setores administrativos com (33%). Cavagioni e Pierin¹² encontraram uma taxa de 33,1% de valores pressóricos compatíveis com hipertensão arterial entre médicos e enfermeiros que atuavam em um serviço de atendimento pré-hospitalar.

Portanto, a taxa de HAS encontrada nesse estudo, entre os profissionais da enfermagem, é inferior ao verificado na literatura. Considerando que não foi objetivo avaliar as características associadas à presença de HAS, por categoria profissional, não poderemos inferir sobre esse dado.

Estudo realizado com trabalhadores do serviço de higiene⁷⁵, em um hospital no Paraná, com o objetivo de identificar o risco para doenças cardiovasculares, encontrou que 29,4% tinham hipertensão arterial. Outro estudo⁷⁶ com trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital universitário verificou que 25,8% relataram ter problemas cardiovasculares diagnosticados.

Metade da amostra classificou sua saúde como regular (50,9%). O fato de todos terem ao menos uma morbidade, a hipertensão, e a maioria tomar algum remédio (87,9%) pode ter influenciado na auto avaliação de saúde.

Em relação às morbidades, dor nas costas (66,7%), infecção urinária (45,4%) e colesterol alto (30,6%) foram as mais citadas. Resultado semelhante foi verificado em um estudo⁷⁷ realizado com funcionários de enfermagem de um hospital público em Montes Claros com objetivo de identificar as causas de absenteísmo relacionado à doenças e a maior frequência de enfermidades relatadas também foram os problemas osteomusculares, seguidos do aparelho respiratório, circulatório e geniturinário.

Em relação aos problemas osteomusculares, Isosaki, Cardoso, Glina et al (2011)⁷⁰ estudaram os sintomas osteomusculares de trabalhadores de um serviço hospitalar de nutrição e observaram que os sintomas mais relatados pelos profissionais são dores em regiões como cotovelo, seguido de membros inferiores, ombro, região lombar e coluna. Outra pesquisa⁷⁸, realizada em Salvador, que avaliou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em auxiliares e técnicos de enfermagem, mostraram alta magnitude de Distúrbio Osteomuscular Relacionado

ao Trabalho (DORT) em pelo menos um segmento corporal como membros superiores, membros inferiores ou coluna (83,4%), seguido de pescoço, ombro ou parte alta do dorso.

A segunda morbidade mais referida foi a infecção urinária. Segundo Resnik (2005)⁷⁹ as infecções do trato urinário são extremamente frequentes e suas manifestações clínicas variam devido à baixa ingestão de água, hábitos de higiene precários e períodos longos sem realizar eliminações, podendo implicar no crescimento microbiano. Os problemas geniturinários podem ser justificados pelo ritmo de trabalho, que pode prejudicar o atendimento das necessidades de eliminação e hidratação. Estudos realizados com trabalhadores^{80,81} indicam a influência do trabalho nos problemas geniturinários. Estudo⁸⁰ conduzido com cobradoras de ônibus mostrou que das entrevistadas, 53% relataram ingerir menos de um litro de água por dia como também, em um pouco mais da metade foi evidenciado bons hábitos de higiene. Outra investigação⁸¹ sobre o adoecimento da equipe de enfermagem de um hospital universitário do Paraná, mostrou que as causas mais frequentes de adoecimento do profissional de saúde foram relacionadas ao sistema respiratório seguido do sistema geniturinário.

A terceira morbidade mais referida foi a hipercolesterolemia. De acordo com V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013)⁸², a hipercolesterolemia é uma condição silenciosa e representa um dos fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e está quase sempre está acompanhada de outras condições que favorecem a ocorrência como sedentarismo e a obesidade.

Estudo realizado em um hospital geral⁶⁷, mostrou que 27,7% dos trabalhadores estavam com o colesterol alto e o sedentarismo estava presente em mais da metade da amostra. Costa, Brito, Fideles et al (2012)⁸³ com objetivo de identificar fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis associadas à alimentação em trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição encontraram que, entre os fatores de risco, o IMC > 25,0 kg/m² (91,8%) e a hipercolesterolemia (61,8%) foram os mais frequentes, sendo que o colesterol alto associou à trabalhadores com idade > 41 anos. A alta prevalência encontrada nesse último estudo pode ser explicada pelo local do estudo onde os pacientes foram selecionados.

Ao avaliarmos as condições de trabalho verificamos que os profissionais trabalhavam mais de 8 horas por dia (80,2%), tiravam férias todos os anos (91,7%),

aproveitavam as férias para descansar (82,4%), não tinham outras atividades profissionais (68,5%), trabalhavam de final de semana (74,5%), consideravam que a vida profissional poderia melhorar (61,1%) e 30,6% sentiam-se muito satisfeitos. Também consideravam o relacionamento com os colegas de trabalho bom ou muito bom (92,1%).

Portanto, de maneira geral, verificou-se que os profissionais estavam satisfeitos com o relacionamento com os colegas e com o trabalho, apesar de relatarem que poderia melhorar. Outro aspecto positivo é que a maioria tirava férias todos os anos e aproveitava para descansar. Porém, encontrou-se uma taxa expressiva de profissionais que trabalhavam mais de 8 horas por dia e de final de semana. A jornada de trabalho aos finais de semana é esperada nessa amostra, já que o trabalho no hospital tem essa característica, contudo, uma jornada diária maior de 8 horas pode indicar mais de um vínculo trabalhista ou uma sobrecarga de trabalho.

A jornada de trabalho hospitalar é organizada conforme norma legislativa (CLT - Consolidação das Leis do Trabalho), que estabelece uma jornada máxima de 6, 8 e 12 horas diárias e de quarenta e quatro horas semanais de trabalho^{84,85}. Os colaboradores da área hospitalar trabalham por sistema de plantão permitindo assim, duplo cargo e dupla jornada de trabalho, sendo uma prática comum em profissionais da saúde. Estudo realizado no hospital de oncologia pediátrica de Campinas⁸⁶, verificou que dos 33 enfermeiros entrevistados, 24 tinham dupla jornada e estavam mais estressados quando comparados aos com jornada única.

Muitos desses profissionais excedem a quantidade de horas semanais ocasionando desgaste físico e mental. No caso das mulheres, cuja amostra do presente estudo foi predominante, além de serem profissionais da saúde ou possivelmente assumirem tarefas administrativas e de gestão, também são esposas, mães e/ou donas de casa caracterizando tripla jornada, relacionado às tarefas domésticas.

Nesse sentido, estudo transversal⁸⁷ conduzido em um hospital universitário com trabalhadores de enfermagem analisou fatores associados à jornada de trabalho profissional e a jornada de trabalho total (profissional e trabalho doméstico) e encontrou que 19,1% tinham dois empregos noturnos e 77,7% não contavam com auxílio de empregada doméstica e a mediana da jornada doméstica dos profissionais de enfermagem foi de 13 horas/semana.

O acúmulo de atividades associadas ao convívio de situações estressantes no ambiente hospitalar podem ser fatores relacionados ao surgimento de doenças ou até mesmo agravamento das mesmas. Um estudo⁸⁸ realizado em dois hospitais de médio porte do Mato Grosso com profissionais de enfermagem mostrou que os trabalhadores acometidos pela síndrome de burnout foram aqueles em regime de trabalho diarista de 30 horas semanais de serviço e duplo emprego.

O excesso de trabalho também pode ser um obstáculo para a adoção de práticas saudáveis, como a atividade física, o lazer e a alimentação saudável, favorecendo, principalmente o aparecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares como hipertensão e dislipidemias.

5.1.3 - Dados relacionados a hipertensão arterial

Dos trabalhadores hipertensos que utilizam algum medicamento, 46,2% utilizam apenas anti-hipertensivos, o que pode significar que eles não tinham outros fatores de risco mais graves para DCV. Porém, a maior parte dos trabalhadores (52,7%) tomavam anti-hipertensivos e hipolipemiantes, indicando problemas de hipercolesterolemia associado a hipertensão, ou seja, estes dados podem afirmar que, na maioria das vezes, a pressão arterial elevada não é apenas uma condição isolada.

Um estudo⁸⁹ realizado com hipertensos com objetivo de identificar prevalência dos fatores de risco e do uso de drogas que reduzem o risco cardiovascular, mostrou que a dislipidemia foi o fator de risco mais encontrado (37,2%) e o uso de anti-hipertensivo foi observado em (95,2%) seguido pelo uso de antiagregante plaquetário (25,1%) e hipolipemiante (12,9%).

Em relação à hipertensão arterial o tempo médio de diagnóstico era de 5,9 anos. Os trabalhadores também apresentavam pressão arterial controlada dentro dos limites da normalidade de acordo com valores preconizados pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁵ com PA média sistólica de 125,2 mmHg e PA média diastólica de 81,8 mmHg. Dos profissionais (n=81;75%) apresentavam pressão arterial controlada, ou seja, menor que 140mmHg na sistólica e/ou inferiores a 90mmHg na diastólica e 25% com hipertensão apresentando níveis pressóricos acima desses valores. O controle da pressão arterial pode ser considerado uma prática complexa, pois envolve várias situações como aspectos emocionais,

biológicos, socioeconômicos e culturais. O hipertenso com pressão arterial com valores pressóricos normais pode reduzir a ocorrência de desfechos graves⁸⁹.

Pesquisas realizadas com a população geral no Brasil e no mundo indicaram baixo controle da hipertensão arterial entre 20,9% e 53,9%^{36,90}. Sendo assim, o controle da pressão arterial nesse estudo mostrou controle mais satisfatório do que os verificados com a população em geral. Esse achado pode indicar que os trabalhadores do hospital, apesar de apresentarem fatores relacionados às condições de trabalho desfavoráveis ao controle da pressão arterial como a sobrecarga de trabalho, por outro lado, a formação na área da saúde e/ou o convívio com a área da saúde pode ser um fator favorável ao controle da pressão.

Em relação ao conhecimento sobre hipertensão apenas 99 (91,7%) dos pacientes responderam ao questionário. Seis das 10 questões apresentaram índice de acerto maior que 90% e se referiram ao tratamento contínuo da doença às sequelas em órgãos alvo, ao benefício de atividade física, ao controle de peso, ao nervosismo e à redução de ingestão de sal no controle da pressão arterial, esse último obteve 100% de acerto. Já os itens que apresentaram menor conhecimento foram os que afirmavam que a pressão pode ser tratada sem remédio e que é uma doença assintomática.

O conhecimento insuficiente do paciente e a percepção imprecisa sobre hipertensão pode estar relacionado à falta de adesão ao tratamento não farmacológico e ao uso do medicamento na ausência de sintomas.

Pesquisas que avaliaram o conhecimento sobre hipertensão corroboraram com os achados desse estudo ao verificarem que as questões com menor conhecimento foram “hipertensão não tem sintomas” e “a doença também pode ser tratada sem uso de medicações”^{58,91}.

O conhecimento sobre a doença é muito importante para o tratamento e controle da pressão arterial. Estudo qualitativo⁹² teve como objetivo identificar fatores relacionados a não adesão e ao tratamento, revelou a falta de conhecimento sobre hipertensão, medo de tomar as medicações anti-hipertensivas e insatisfação com serviço de saúde. Almas, Godil, Lalani et al (2012)⁹³ realizaram um estudo em um hospital universitário no Paquistão com pacientes hipertensos e verificaram que, de maneira geral, o conhecimento não é satisfatório entre os pacientes e é bastante insatisfatório em pacientes com a pressão não controlada.

5.2 – Dados relacionados a adesão ao tratamento: Avaliação através do Teste de Morisk e Green.

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso foi verificado pelo instrumento Morisky e Green 79,6% dos trabalhadores foram considerados não aderentes sendo que, 62,4% esquecem de tomar remédio e 61,3% são descuidados quanto ao horário.

Em outro estudo⁹⁴ com pacientes hipertensos foram seguidos por um programa de gestão de doenças crônicas durante 17 meses e a avaliação da adesão no início do seguimento indicou uma taxa de 74,9% de não aderentes.

Moura, Silveira, Feitoza et al (2015)⁹⁶ analisaram a adesão ao tratamento farmacológico com um grupo de hipertensos em um Centro de Saúde da Família e também verificaram que os hipertensos tinham baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso (40% aderiam), sendo que 60% da não adesão relacionava-se ao “descuido quanto ao horário de tomar remédios” e 50% ao “esquecimento de tomar os remédios”.

Martins, Chavaglia, Ohi et al (2014)⁹⁶ também utilizaram o instrumento de Morisky-Green para analisar a adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial e, da mesma forma, encontraram baixa adesão a terapêutica medicamentosa (29,3% aderiam) e o principal fator foi o esquecimento de tomar os remédios.

Outro estudo⁹⁷ realizado nos Estados Unidos com idosos com doença cardíaca, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial encontrou taxa menor de não-adesão (40%), porém o esquecimento de tomar remédio, representou a maior porcentagem de respostas afirmativas (34,5%). Estudo realizado no Reino Unido⁹⁸ também encontrou níveis mais altos de adesão (79%) segundo Morisky-Green, porém o esquecimento apareceu em segundo lugar após o receio dos efeitos colaterais.

Um estudo⁹⁹ realizado em Campinas na rede pública de saúde observou que mais da metade não eram aderentes ao tratamento (66%) e o esquecimento também foi a causa mais prevalente (52%).

Os achados do presente estudo revelaram um percentual expressivo de 61,3% que não interromperam o tratamento medicamentoso, enquanto aproximadamente 39% afirmaram que sim e os motivos mais apontados para interrupção foi por esquecimento (80,5%) seguido por não sentir nada (19,4%), ou seja, ausência de

sintomatologia. Este último achado pode ter sido influenciado por outro resultado desse estudo que evidenciou menor conhecimento sobre a característica assintomática da hipertensão. Por outro lado, a maioria relata já ter faltado a consultas (60,2%) e teve como justificativas o esquecimento (80,3%), não faltar ao trabalho (35,7%), horário de atendimento e distância, ambos com 23,3%.

O esquecimento também foi o principal motivo de faltar às consultas médicas em um estudo realizado com pacientes em seguimento ambulatorial (20,5%)⁵⁸.

Em outro estudo¹⁰⁰ de abordagem qualitativa realizado com 20 hipertensos com objetivo de identificar como os pacientes percebem as ações da Unidade Básica de Saúde foi verificado que a distância e o deslocamento transformavam-se em um obstáculo.

Magnabosco, Teraoka, Oliveira et al (2015)¹⁰¹ estudaram hipertensos moradores das áreas rural e urbana para verificar a diferença da não adesão ao tratamento medicamentoso entre essas duas populações e não encontraram diferenças significativas. Porém, verificaram que o fator que mais prejudicou o acesso ao serviço de saúde foi a distância em relação ao local de atendimento (77,6%) para os moradores da área rural e a indisponibilidade de vagas (46,0%) para a área urbana.

Em relação as variáveis de interesse do estudo, observa-se que houve associação estatisticamente significativa dos profissionais que não aderem pelo Morisky e Green com a pressão arterial, apresentando uma probabilidade de 32,4% de terem pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg quando comparados aos que aderem (0,0%). A baixa adesão ao tratamento farmacológico é um obstáculo para o controle da pressão arterial, no qual está de acordo com estudos que identificaram os não aderentes que tinham níveis tensionais não controlados quando comparados aos aderentes ao tratamento.

Pierin, Marroni, Taveira et al (2011)³⁶ encontraram que do total de hipertensos estudados os níveis da pressão arterial dos controlados foram significativamente mais baixos do que os dos hipertensos não controlados PAS $120,8 \pm 11,5$ e da PAD foi de $78,4 \pm 6,6$ versus $154,3 \pm 18,7$ e PAD $97,7 \pm 12,1$ mmHg.

Irvin, Shimbo, Mann et al (2012)¹⁰² estudaram hipertensos nos Estados Unidos e encontrou que pacientes com pior adesão tinham a pressão menos controlada. Outro estudo na Grécia¹⁰³ encontrou níveis satisfatório de pressão ($< 140/90$ mmHg)

em 20% da amostra de hipertensos e verificou que o controle da pressão se associou positivamente com a adesão ao tratamento medicamentoso.

Verificou-se que os profissionais que tiram férias todo ano apresentam uma probabilidade superior de não aderirem ao tratamento quando comparados aos profissionais que não tiram férias anualmente tendo uma chance de 6,31 vezes mais para não adesão ao tratamento. Nesse sentido, uma pesquisa sobre as barreiras e os fatores determinantes da adesão a medicação⁹⁸ que utilizou a Escala de Morisk e Green, verificou que uma das razões referidas pelos pacientes da não adesão ao tratamento medicamentoso foi de achar inconveniente tomar medicamentos fora de casa.

Outra pesquisa¹⁰⁴ realizada por meio de inquérito telefônico com hipertensos com o objetivo de compreender as barreiras relacionadas a adesão aos medicamentos, mostrou que a maioria dos hipertensos relataram simplesmente esquecer de tomar os seus medicamentos devido interrupção de sua rotina diária e um dos motivos foi viagens de férias.

Dos profissionais que tomam medicamento para hipertensão houve probabilidade maior de não adesão quando comparados aos que relataram não tomar com uma chance de três vezes maior de não aderir. Esse resultado está de acordo com a abordagem do instrumento Morisky e Green que avalia a adesão ao tratamento medicamentoso.

Para os profissionais que já interromperam o tratamento alguma vez, houve uma chance de 4,29 para não aderir ao tratamento comparado aos que nunca interromperam. Um estudo¹⁰⁵ realizado com objetivo de estimar a taxa de abandono do tratamento, definida como falta à duas consultas seguida dos pacientes hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde, mostraram que a taxa de abandono do tratamento foi de 25,7%. Outro estudo realizado em um centro de hipertensão e metabologia⁵³ com 77 hipertensos mostrou que 70% dos não aderentes tiveram vontade de abandonar o tratamento por algum motivo pessoal e encontraram uma diferença significativa entre os pacientes aderentes.

Os profissionais que faltam as consultas médicas apresentam três vezes mais chances de não aderirem ao tratamento quando comparados aos profissionais que não faltam. Na análise de regressão múltipla em relação aos trabalhadores faltarem na consulta médica, apresentam quatro vezes de chance de profissionais que faltam a consultas médicas de não aderirem em relação aos que não faltam.

A baixa frequência as consultas podem estar relacionadas a não adesão ao tratamento, pois a assiduidade a consultas médicas propicia a monitorização dos níveis pressóricos, bem como, ao acesso às informações ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso evitando assim a interrupção e o abandono do tratamento a fim de assegurar um bom controle da pressão arterial e a adesão satisfatória.

Izecksohn MMV, Ferreira JT (2014)¹⁰⁶ identificaram um percentual de faltas as consultas de 48,9% e um dos motivos citados destacam-se o esquecimento ou para não faltar no trabalho por temer perder o emprego já que a falta mesmo que seja justificada é mal vista pelo empregador.

Coelho, Neto, Palhares et al (2005)⁶¹ mostraram que dos 245 hipertensos analisados 220 foram classificados como assíduos (89,7%) e 25 (10,3%) como faltosos. O grupo dos pacientes assíduos apresentaram maior taxa de controle de PA e maior adesão relatada ao tratamento farmacológico e não farmacológico quando comparados ao grupo dos pacientes faltosos.

Destaca-se que os profissionais com colesterol alto apresentam uma probabilidade 4,86 vezes maior de não aderirem quando comparados aos profissionais sem colesterol alto. O colesterol alto também foi o fator independente a não adesão, que se manteve no modelo múltiplo, com uma chance 8,10 vezes maior de não adesão quando comparado aos profissionais sem colesterol alto.

Em um estudo transversal¹⁰⁷ com indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, na cidade de São Paulo, revelou que o diabetes mellitus, pressão arterial não controlada e o colesterol alto foram um dos fatores mais prevalentes para a não adesão ao tratamento medicamento concomitantemente.

Costa e Thuler (2012)¹⁰⁸ realizaram um inquérito domiciliar em 18 capitais brasileiras e identificaram fatores associados ao risco para doença não transmissíveis em adultos e observaram taxas de 25,2% de pessoas hipertensas e de 23,6% com hipercolesterolemia, referidas.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul³⁴ mostrou diferença estatisticamente significativa entre a taxa de hipercolesterolemia dos hipertensos quando comparados aos pacientes com níveis pressóricos normais (38,4% versus 19,3%; $p < 0,001$).

O colesterol alto pode estar associado a hábitos de vida não saudáveis e, portanto, à não adesão ao tratamento farmacológico. Esse comportamento pode

refletir também na adesão ao tratamento farmacológico e, portanto, estar associado ao maior risco de os pacientes com colesterol alto não aderirem ao tratamento medicamentoso.

Outra possibilidade é que esses pacientes não aderem a ambos tratamentos anti-hipertensivo e hipolipemiante fazendo com que o nível de colesterol seja alto. Nesse sentido, um estudo de coorte retrospectiva¹⁰⁹ com o objetivo de analisar a adesão dos pacientes em uso concomitante de anti-hipertensivos e terapia hipolipemiante mostrou que a taxa de pacientes aderentes com o uso simultâneo dessas drogas diminui drasticamente após o início do tratamento (44,7%) até os seis meses posteriores (35,9%). Apenas um em cada três pacientes apresentam adesão após seis meses de tratamento. Verificou-se também que os pacientes que iniciavam os tratamentos para hipertensão e para a hipercolesterolemia concomitantemente eram mais propensos a serem aderentes.

Com isso, verificamos nesse estudo, os fatores que mais contribuíram para a não adesão ao tratamento medicamentoso. Os profissionais com colesterol alto e que já tinham faltado alguma vez em consulta médica são mais propensos à não adesão. Esse resultado deve contribuir para que os serviços de saúde do trabalhador investiguem a adesão ao tratamento medicamentoso dos profissionais com colesterol alto e promovam condições favoráveis para o acompanhamento regular, em consultas médicas, para o controle da hipertensão arterial.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa original foi realizada com 883 trabalhadores de um hospital do interior de São Paulo. Nesse estudo, foram avaliados os trabalhadores hipertensos do hospital, segundo suas características sociodemográficas, de trabalho e saúde. O principal objetivo foi investigar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial desses trabalhadores.

Os resultados obtidos neste estudo permitem as seguintes conclusões:

- Em relação as características sociodemográficas e profissionais:

- * Dos 108 trabalhadores tinham entre 20 a 64 anos, 82 (75,9%) pertenciam ao sexo feminino, 70 (66,7%) brancos e 68 (62,1%) eram casados e/ou amasiados; renda familiar mensal maior que quatro salários mínimos com (46,5%);
- * O tempo de estudo apresentou média de 14 anos (dp=3,9);
- * O tempo médio de profissão foi de 6,2(dp =5,4) anos; em relação ao local de trabalho a maior frequência foi higiene e hotelaria (23; 21,3%); pronto socorro (11;10,2%) e clínica médica (8;7,4%);
- * Divididos entre profissionais da saúde (51,8%) e não profissionais da saúde (48,2%). Dentre os profissionais de saúde a maior parte foi composta pela equipe de enfermagem (41,6%), seguidos médicos (5,6%), outros profissionais da saúde (4,6%), não profissionais da saúde (48,2%).
- * 51 (48,1%) cumpriam jornada de trabalho diária de mais de 10 horas;
- * 99 (91,7%) usufruíam de férias todos os anos e aproveitam férias para descansar;
- * 79 (74,5%) trabalha finais de semana; e referem ter relacionamento bom com os colegas de trabalho (70;68,6%).

- Em relação à saúde:

- * Em relação ao estado de saúde observou que 72 (66,7%) trabalhadores referiu dor nas costas; (49; 45,4%) infecção urinária; colesterol alto (33; 30,6%);
- * 94 (87,9%) toma algum tipo de remédio;
- * Em relação a auto avaliação do estado de saúde, (55; 50,9%) dos trabalhadores relataram que estado de saúde atual é regular;
- * (46,2%) dos trabalhadores somente usaram só anti-hipertensivo e (6,5%) usavam anti-hipertensivo e hipolipemiante.

- Em relação a hipertensão:

- * O tempo médio que apresenta pressão alta é de 5,9 ano (dp=6,8);
- * 75% apresentaram pressão arterial controlada com níveis pressóricos iguais e/ou menores que 140mmHg sistólica e iguais ou inferiores 90mmHg diastólica.
- * 99 (100%) dos trabalhadores referiram que diminuir a ingesta de sódio ajuda controlar a hipertensão.

- Em relação ao tratamento medicamentoso:

- * 74 (79,6%) dos trabalhadores não aderem ao tratamento;
- * 58 (62,4%) dos trabalhadores esquecem de tomar remédio e (57;61,3%) é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio.

- Em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso e a falta as consultas médicas;

- * 36 (38,7%) já interromperam o tratamento da pressão arterial alguma vez;
- * Um dos motivos para interrupção foram: (7; 19,4%) não sentir nada (assintomatologia); (29; 80,5%) por esquecimento.
- * 56 (60,2%) já faltou alguma vez em consulta médica.
- * Um dos motivos para ausência em consultas foram: (45; 80,3%) esquecimento; (20;35,7%) para não faltar ao trabalho; (13; 23,2%) distância e horário de atendimento.

- Identificar a associação da adesão com os fatores sociodemográficos, profissionais, de saúde geral e relacionada à hipertensão.

● Associação variáveis de interesse do estudo:

- Dos trabalhadores que não adere pelo Morisky e Green apresentam uma probabilidade de (32,4%) de terem pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg.

● Associação da variável: Morisk e Green

- Trabalhadores que tiram férias todo ano apresentam uma probabilidade superior de não aderirem ao tratamento (71; 82,6%; OR=6,31; p=0,024);
- Trabalhadores com Colesterol alto apresentam uma probabilidade maior de não aderirem (25; 92,6%; OR=4,86; p=0,048);

- Houve associação entre tomar remédio para hipertensão e a não adesão (57; 85,1%; OR=3,21; p=0,031).
- Variável interrupção do tratamento houve associação estatisticamente significativa com a não adesão ao tratamento (33; 91,7%; OR 4,29; p=0,030)
- Variável ausência em consultas médicas apresenta associação estatisticamente significativa com a não adesão ao tratamento (49; 87,5%; OR 3,36; p= 0,024)
- Verifica-se uma chance (OR=8,10;p=0,024) de profissionais com colesterol alto não aderirem ao tratamento.
- Em relação a faltar as consultas médica (OR=4,06; p=0,048) de profissionais que faltam a consultas médicas de não aderirem.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostraram um percentual de não adesão expressivo e esse comportamento é corroborado com outros estudos.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um grande desafio para a equipe multidisciplinar, em manter o controle dos níveis pressóricos.

Um dos principais fatores dos trabalhadores a não aderirem ao tratamento foram colesterol alto e faltar a consulta médica.

Em razão da hipertensão e o colesterol serem assintomáticos e de tratamento contínuo, muitas vezes o paciente hipertenso tem dificuldades de compreender a importância da adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo para evitar a evolução de complicações, mesmo sendo um profissional da saúde ou trabalhando em um ambiente hospitalar.

Nesse sentido, o envolvimento dos serviços de saúde ocupacional e dos próprios gestores parecer ser um fator fundamental para a preservação da saúde do trabalhador, evitando complicações de doenças mal controladas e conseqüentemente menor absenteísmo e custo para os serviços de saúde. É importante lembrar que muitos trabalhadores referiram que um dos motivos para a não adesão às consultas médicas era não faltar ao serviço.

Outro aspecto que deve ser reforçado é o papel da Atenção Primária à Saúde, com o acompanhamento das equipes das Unidades Básica de Saúde (UBS). Muitas vezes o horário de atendimento nas UBS limita a possibilidade de acesso e acompanhamento do serviço, sem que haja prejuízo das atividades e compromissos profissionais.

Portanto, o próprio hospital e seus gestores tem papel fundamental na promoção e prevenção à saúde dos seus trabalhadores, elaborando ações de educação em saúde e reuniões em grupo voltadas para a saúde do trabalhador com o objetivo de empoderá-lo na auto-gestão da sua condição de saúde cardiovascular e criar condições para que façam o acompanhamento regular em consultas, com vistas a aumentar à adesão ao tratamento anti-hipertensivo e aos hábitos de vida saudáveis.

6. ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cepunitau@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 543/11

Protocolo CEP/UNITAU nº 556/11 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Avaliação de saúde dos trabalhadores de um hospital geral de São José dos Campos - SP*

Pesquisador(a) Responsável: Arlete Silva

Pesquisador(es) Aluno(s):

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **09/12/2011**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 08 de dezembro de 2011

Prof. Robison Baroni
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Avaliação de Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral de São Jose dos Campos.

Responsáveis pelo projeto:

Profa. Dra. Arlete Silva – COREn-SP 9301 – Celular: (11) 92694644

Profa. Dra. Josiane Lima de Gusmão – COREn-SP 87528 – Celular: (11) 99917409

Profa. Dra. Marina Borges Teixeira – COREn-SP 2588 – Celular: (11) 85051335

Endereço: Praça Teresa Cristina no.1 – CEP: 07011.040 – Centro – Guarulhos – São Paulo.

(Consentimento para agir como um sujeito na pesquisa)

Eu,, recebi uma descrição oral e escrita da pesquisa “Avaliação de Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral de São Jose dos Campos - SP”, que tem por objetivo avaliar as condições de saúde dos trabalhadores da instituição selecionada, por meio dos hábitos e estilo de vida desses trabalhadores da morbidade referida, da avaliação dos fatores de estresse ocupacional, e dos riscos para doenças cardiovasculares monitorizados pelos exames clínico-laboratoriais. As informações serão obtidas por meio de questionários, formulário, exame clínico e exame laboratorial.

Pelos questionários, buscar-se-ão os dados pessoais, profissionais, sobre o estilo de vida, a morbidade referida, os fatores de riscos para doenças cardiovasculares e a avaliação do estresse. O formulário Escore de Risco Cardiovascular de Framingham permitirá identificar a categoria de risco cardiovascular e calcular o risco absoluto de eventos coronarianos.

O exame clínico constará da medida da pressão arterial, da Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) durante 24 horas e de medidas antropométricas. No exame laboratorial, serão realizadas dosagens de glicemia, colesterol total e frações, Triglicérides, proteína C reativa e creatinina. Para tanto, será necessário jejum de 12 horas para que a coleta de aproximadamente 15 ml de sangue seja realizada. A punção venosa será em veia periférica e os materiais usados serão descartáveis e de uso único.

Declaro ainda que fui informado que todos os exames desta pesquisa são seguros e bem tolerados. Entretanto, alguns desconfortos podem ocorrer:

- 1) na coleta dos exames laboratoriais, a punção venosa realizada, embora de baixo risco, pode provocar dor e desconforto.
- 2) durante a monitorização da pressão arterial de 24 horas (MAPA) algumas pessoas queixam-se de dormirem mal com o aparelho.
- 3) durante a entrevista e o preenchimento dos formulários, onde serão abordados diversos aspectos sobre as condições de saúde, trabalho e estresse, poderá haver ansiedade ou mesmo algum constrangimento.

Estou ciente que serão feitas diversas avaliações: da obesidade, da hipertensão, da Dislipidemia, do diabetes, dos fatores de risco cardiovascular e do estresse, sem nenhum gasto; que serei informado sobre esses resultados e, caso seja detectada alguma anormalidade, serei orientado a respeito das alterações e da necessidade de procurar um médico.

Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, livre de qualquer tipo de coerção, representa a anuência para agir como sujeito na atividade proposta. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo; o sigilo de minha identidade; a confidencialidade de qualquer informação e o conhecimento dos resultados obtidos quando por mim solicitado.

Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados em Publicações e estudos futuros.

Assinatura do Pesquisado _____

RG: _____ Local e data: _____

Assinatura do Pesquisador _____

RG: _____ Local e data: _____

ANEXO C – Instrumento adaptado das Características Sócio demográficas, Profissionais, de saúde e relacionados à hipertensão

Parte A - Dados Pessoais:

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: (1) masculino (2) feminino
3. Etnia: (1) branco (2) negro (3) mulato (4) amarelo (5) mestiço
4. Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) amasiado
5. Escolaridade:
Tempo de estudo em anos: _____ anos
6. Renda familiar em salários mínimos: _____ salários mínimos

Parte B - Dados Profissionais:

7. Tempo de serviço na instituição: _____ () anos () meses
8. Local de Trabalho: _____
9. Ocupação/Cargo: _____ 10. Profissão: _____
11. Horas trabalhadas por dia (no hospital):
(1) menos de 6 horas (2) 8 a 10 horas (3) 6 a 8 horas (4) mais de 10 horas
12. Tira férias todo ano? (1) Não (2) Sim
- 12a. Você aproveita suas férias para descansar? (1) Não (2) Sim
13. Você tem outras atividades profissionais fora do seu horário de trabalho?
(1) Não (2) Sim 13a. Se sim, quais? _____ 13b. Quantas horas? _____ horas
14. Você costuma trabalhar nos finais de semana? (1) Não (2) Sim
15. Com relação a sua vida profissional, você afirmaria que:
(1) sente-se muito satisfeito
(2) poderia melhorar
(3) não está satisfeito
(4) está completamente insatisfeito
21. Seu grau de relacionamento com seus colegas de trabalho é: (1) ruim (2) médio
(3) bom (4) muito bom

Parte C - Dados relacionados à saúde:

22. Como você classifica seu atual estado de saúde?
(1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (3) Ruim (3) Péssimo
23. Está tomando algum remédio?
(1) Não (2) Sim
- 23b. Se SIM, qua(is) remédio(s) está tomando?
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
- 23c. Número total de medicamentos que toma: _____

Parte D - Dados relacionados à hipertensão:

24. Tempo de diagnóstico: _____ () meses () anos
25. Medida da pressão arterial: _____ mmHg

ANEXO D – Avaliação da Adesão

1. Teste de Morisky e Green

As respostas SIM = 0; NÃO = 1

1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?
 SIM NÃO
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
 SIM NÃO
3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?
 SIM NÃO
4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?
 SIM NÃO

ANEXO E - Razões de não adesão

Instruções para as Questões A e B: NAO sugerir ao paciente as alternativas, quando a resposta for afirmativa.

A. Interrompeu o Tratamento da Pressão Alta alguma vez?

(2) Não

(1) Sim, quais motivos?

1. Remédios muito Caros	(1) Sim
2. Não há na farmácia do Hospital ou não há distribuição gratuita	(1) Sim
3. Ter que tomar várias vezes ao dia	(1) Sim
4. Não sente nada	(1) Sim
5. Não sente necessidade de se tratar	(1) Sim
6. Acha que está curado	(1) Sim
7. Acredita que hipertensão não é tão grave	(1) Sim
8. Acredita que deve tomar o remédio somente quando sentir-se mal	(1) Sim
9. Não foi orientado sobre a necessidade de tomar os remédios	(1) Sim
10. Por esquecimento	(1) Sim
11. Parou para poder fazer algum exame	(1) Sim
12. Outro _____	(1) Sim

B. Já faltou alguma vez à consulta médica?

(2) Não

(1)

Sim, quais motivos?

1. esquecimento	(1) Sim	9. Distância	(1) Sim
2. dinheiro condução	(1) Sim	10. não viu necessidade de se tratar	(1) Sim
3. deixar os filhos	(1) Sim	11. tempo de espera	(1) Sim
4. viagem	(1) Sim	12. para não faltar ao trabalho	(1) Sim
5. sentia-se bem	(1) Sim	13. mal informado quanto ao retorno	(1) Sim
6. horário de atendimento	(1) Sim	14. consultas muito rápidas	(1) Sim
7. necessidade de companhia	(1) Sim	15. Outro _____	(1) Sim
8. não gostou do remédio	(1) Sim		(1) Sim

ANEXO F – Avaliação do conhecimento

1. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento em relação à doença e tratamento

Nas questões: Verdadeiro = 1 Falso = 0

1. Pressão alta é uma doença para toda a vida.
() Verdadeiro () Falso
2. Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente.
() Verdadeiro () Falso
3. A pressão é alta quando for maior ou igual a 14 por 9.
() Verdadeiro () Falso
4. Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins.
() Verdadeiro () Falso
5. O tratamento para pressão alta é para toda a vida.
() Verdadeiro () Falso
6. A pressão alta também pode ser tratada sem remédios.
() Verdadeiro () Falso
7. Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta.
() Verdadeiro () Falso
8. Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta.
() Verdadeiro () Falso
9. Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta.
() Verdadeiro () Falso
10. Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta.
() Verdadeiro () Falso

ANEXO C - Características Sócio-Demográficas, Profissionais e de Estilo de Vida

Data:/...../.....

Código de Identificação:

Parte A - Dados Pessoais:

1. Iniciais do nome: _____
2. Data de nascimento: ___/___/_____
3. Sexo: (1) masculino (2) feminino
4. Etnia: (1) branco (2) negro (3) mulato (4) amarelo (5) mestiço
5. Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) amasiado
6. Escolaridade:
 - (1) Tempo de estudo em anos: _____ anos
 - (2) Última série estudada: _____ série
7. Naturalidade: _____ 8. Cidade onde mora: _____

Parte B - Dados Profissionais:

9. Tempo de serviço na instituição: _____ () anos () meses
10. Local de Trabalho: _____
11. Ocupação/Cargo: _____ 12. Profissão: _____
13. Renda familiar em salários mínimos: _____ salários mínimos
- Quantas pessoas dependem dessa renda: _____
14. Tipo de trabalho (aspecto físico): (1)leve (2)pouco pesado (3)pesado
15. Horas trabalhadas por dia (no hospital):
 - (1)menos de 6 horas (2)8 a 10 horas (3)6 a 8 horas (4)mais de 10 horas
16. Costuma levar trabalho para casa? (1)Não (2)Sim
17. Tira férias todo ano? (1)Não (2)Sim
- 17a. Você aproveita suas férias para descansar? (1)Não (2)Sim
- 17b. Se sim, o que faz? _____
18. Você tem outras atividades profissionais fora do seu horário de trabalho?
 - (1)Não (2)Sim 18a. Se sim, quais? _____ 18b. Quantas horas? _____ horas
19. Você costuma trabalhar nos finais de semana? (1)Não (2)Sim
- 19a. Se sim, o que faz? _____
20. Com relação a sua vida profissional, você afirmaria que:
 - (1)sente-se muito satisfeito
 - (2)poderia melhorar
 - (3)não está satisfeito
 - (4)está completamente insatisfeito

21. Seu grau de relacionamento com seus colegas de trabalho é: (1)ruim (2)médio (3)bom
(4)muito bom

Parte C - Dados Sobre Estilo de Vida:

22. Você tem o hábito de ingerir bebida alcoólica?

(1)Não, nunca bebi

(2)Sim, bebo 23a. Especifique o tempo (em anos) _____

(3)Não, parei 23b. Há quanto tempo (em anos) _____

23. Tem o hábito de fumar?

(1)Não, nunca fumei

(2)Sim, fumo 23a. Especifique nº de maços/dia e o tempo (em anos) _____

(3)Não, parei 23b. Há quanto tempo (em anos) _____

24. Pratica exercícios físicos regularmente?

(1)Não, nunca pratiquei

(2)Sim, pratico. Especifique: 24a. Tipo _____

24b. Frequência semanal: (1)até 2 vezes (2)3 vezes (3)mais que 3 vezes

(3)Não, parei 24c. Há quanto tempo (em anos) _____

25. Qual a forma preferida para aquisição de alimentos?

(1)in natura (2)processados (3)ambos

26. Qual a forma mais usada para preparar os alimentos?

(1) cozido (2) assado (3) grelhado (4) frito (5) ensopado

27. Você acrescenta sal no alimento mesmo depois da comida estar pronta? (1)Não (2)Sim

28. Qual é o tempero utilizado no preparo dos alimentos? (1) industrializado (2) natural

ANEXO G - MORBIDADE REFERIDA E FATORES DE RISCO**Parte A - Morbidade Referida:**

31. Você tem Pressão Alta? (1)Não (2)Sim (3)Não sabe

31a. Se SIM, há quanto tempo sabe que tem pressão alta? _____ () anos () meses

31b. Está tomando algum remédio? (1)Não (2)Sim

31c. Se SIM, qual(is) remédio(s) está tomando?

	Medicamento	Frequência (vezes/dia)	Quem indicou / prescreveu
1			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____
2			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____
3			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____
4			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____

32. Você tem Diabetes? (1)Não (2)Sim (3)Não sabe

32a. Se SIM, há quanto tempo sabe que tem diabetes? _____ () anos () meses

32b. Está tomando algum remédio? (1)Não (2)Sim

32c. Se SIM, qual(is) remédio(s) está tomando?

	Medicamento	Frequência (vezes/dia)	Quem indicou / prescreveu
1			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____
2			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____

33. Você tem ou teve Colesterol alto? (1)Não (2)Sim (3)Não sabe

33a. Se SIM, há quanto tempo sabe que tem colesterol alto? _____ () anos () meses

33b. Está tomando algum remédio? (1)Não (2)Sim

33c. Se SIM, qual(is) remédio(s) está tomando?

	Medicamento	Frequência (vezes/dia)	Quem indicou / prescreveu
1			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____
2			(1)médico (2)enfermeiro (3)farmacêutico (4)amigos/parentes (5)conta própria (6)outro_____

34. Tem ou teve doenças tais como:

(a)Infarto	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(b)Derrame	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(c)Varizes	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(d)Dor nas costas	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(e)Cólica renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(f)Cálculo renal	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(g)Doença venérea	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(h)Infecção urinária	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(i)Doenças respiratórias	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe
(j)Outras: _____	(1)Não	(2)Sim	(3)Não sabe

Parte B – Outros Fatores de Risco:

36. Você se considera uma pessoa nervosa/ estressada? (1)Não (2)Sim

37. Toma anticoncepcional ou faz terapia de reposição hormonal? (somente para mulheres)

(1)Não, nunca tomei

(2)Sim, tomo **38a.** Há quanto tempo (em anos) _____

(3)Não, parei **38b.** Há quanto tempo (em anos) _____

38. Tem alguém na sua família com alguma doença das seguintes doenças? Se SIM, quem?

Doença	Quem?
(a)Pressão Alta (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(b)Infarto (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(c)Derrame (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(d)Diabetes (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(e)Colesterol alto (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(f)Angina pectoris (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros
(g)Outra doença Qual? _____ (1)Não (2)Sim (3)Não sabe	(1)pai (2)mãe (3)avós (4)irmãos (5)tios (6)outros

9. REFERÊNCIAS

1. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec. 1989.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho no Brasil; 2001.p.1-26.
3. Baptista CR. Doenças e outros agravos a saúde produzidos pelo trabalho. Caderno interdisciplinares. Saúde, tecnologia e questão social. 2004;1(1):1-11.
4. Costa IKF, Liberato SMD, Costa IKF, Melo MDM, Simpson AC, Farias GM. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. Fundam.Care. 2014;6(3):938-947.
5. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(2)
6. Xelegati R, Robazzi MLCC, Marziale PHM, Haas JV. Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(2):214-9.
7. Tiplle AFV, Silva EAC, Teles AS, Mendonça KM, Souza ACS, Melo DS. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. Rev Bras Enferm Brasília. 2013; 66 (3):378-84.
8. Oliveira AC, Lopes ACS, Paiva MHRS. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):677-83.
9. Souza, TCF. Exposição a ruído e hipertensão arterial: Investigação de uma relação silenciosa. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
10. Almeida MCV, Vaz MRC, Rocha LP, Cardoso LS. Trabalhador Portuário: Perfil de doenças ocupacionais diagnósticas em serviço de saúde ocupacional. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):270-6.
11. Pimenta AM, Kac G, Souza RRC, Ferreira LMBA, Silqueira SMF. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(2):168-177.
12. Cavagioni, CL. Influência do plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área da saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo; 2010.

13. Rainers AAO; Costa ALRC; Arruda ALG; Costa LMFC; Nogueira MS. Hipertensão arterial: Perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1):41-9.
14. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, A AP, Branco MTA. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. *Ver Latino-Am Enferm.* 2013; 21(6):1290-7.
15. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras Cardiol.* 2010; 95 Supl1: 1-51.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr., Rocella EJ. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* . 2003; 42:1206-1252.
17. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. *Lancet.* 2005; 365: 217-23.
18. Organização Mundial da Saúde. Q&As on hypertension. 2013. [Citado 2015 jun 04] Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/82/en>.
19. Oliveira BFA, Mourão DS, Gomes N, Costa JMC, Bastos WR, Fonseca MF, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(8):1617-1630.
20. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Jr FC, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luis-MA. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4):260-266.
21. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(9): 1889-1902.
22. Bresan D, Bastos JL, Leite MS. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, terra indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(2):1-14.
23. Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arq Bras Cardiol* .2006; 87(4):471-472.
24. Cassani LRS, Nobre F, Pazin Filho A, Schmidt A. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. *Arq Bras Cardiol* . 2009; 92(1):16-22.

25. Mion Jr. , Pierin AMG, Bambirra PA, Assunção JH, Monteiro MJ, Chinem RY, et al. Hipertensão arterial em funcionários de um hospital geral universitário. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo. 2004;59(6):329-336.
26. Cavagioni LC, Pierin AMG. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. Acta Paul Enferm. 2010;23(4):455-60.
27. Indicadores de mortalidade. DATASUS [Internet]. Brasília, DF:2010 e 2011 [citado 2015 jun. 06]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
28. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: Estudo de base populacional. Rev Panam Salud Pública. 2009;25(6):491-8.
29. Matos MFD, Silva NAS, Pimneta AJM, Cunha AJLA. Prevalência dos fatores de Risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisa da Petrobras. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(1):1-4.
30. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):534-42.
31. Realpe JED, Martinez JM, Torres CHS. Fatores de Riego para Enfermedad Cardiovascular em Trabajadores de una institucion prestadora de servicios de salud, colombia. Rev Salud Pública.2007;9(1):64-75.
32. Fair JM, Gulanick M, Braun LT. Cardiovascular Risk factors and lifestyle habits among preventive cardiovascular nurses. J Cardiovasc Nurs. 2009;24(4): 277-86.
33. Nascimento JC, Gomes B, Sardinha AHL. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. Rev Rene. 2011;12(4):709-15.
34. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Miguel G. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras de Cardiol. 2004; 83(5):424-8.
35. Mion Jr. D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JCM, Costa KRA, Henrique FO, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: Prevalência Referida por Contato Telefônico. Arq Bras Cardiol; 2010.
36. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Bensenor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(1): 1389-1400.
37. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. Arch Intern Med. 1993; 153(16):1863-8.

38. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed Manole; 2004. p. 275-289.
39. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
40. National Co-ordinating Centre for NHS Service Deliver and Organization R & D. Concordance, adherence and compliance in medicine taking; 2005.
41. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, et al. Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients. *Circulation.* 2009; 120:1598-1605.
42. Lo SH, Chau JP, Woo Jean, Thompson DR, Choi Kai-Chow. Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. *Journal of cardiovascular Nursing;* 2015.
43. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva; 2003
44. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Conceito, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med. São Paulo.* 2013; 11(1):55-61.
45. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(1):30-34.
46. Márquez-Contreras E. Evaluación del incumplimiento em la práctica clínica. *Hipertensión (Madri).* 2008; 25(5):205-213.
47. Daniel AC, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein.* 2013;11(3):331-7.
48. Bastos-Barbosa, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(1):636-641.
49. Obreli-Neto , Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, et al. Métodos de avaliação de adesão a farmacoterapia. *Rev Bras Farm ..*2012 93(4): 403-410.
50. Silva LFRS, Marino JMR, Guidoni CM, Giroto E. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014;35(2):271-278.
51. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(6):1092-101.

52. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Maatsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão a farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):60-7.
53. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(4):550-5.
54. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009;17(2).
55. Shropshire TLB, Brown K, Pryor ER, Maples EH. Prevalence of blood pressure self-monitoring, medication adherence, self-efficacy, stage of change, and blood pressure control among municipal workers with hypertension. *Workplace Health Saf .* 2012; 60(6).
56. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol* 2012;25(4): 322-329.
57. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79:375-9.
58. Jesus EA, Augusto MAO, Gusmão JL, Mion Jr.D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de Hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm.*2008; 21(1): 59-65.
59. Demoner MS, Ramos ERPR, Pereira ER. Fatores associados a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1): 27-34.
60. Nwabuo CC, DYSM, Weeks k, Young JH. Factors associated with appointment non-adherence among African-americans with severe, poorly controlled hypertension. *Plos One.* 2014;9(8).DOI: 10.1371/Journal.pone.0103090.
61. Coelho EB, Moyses Neto M, Palhares R, Cardoso MCM. Relação entre assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras de Cardiol.* 2005;85(3).
62. Silva A, Gusmão JL, Teixeira MB. Avaliação de Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral de São José dos Campos – SP. Projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em pesquisa da UNITAU-SP, Campus de São José dos Campos – SP. Guarulhos;2011.
63. IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial II e Diretriz para uso da Monitorização Residencial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85 (Supl li):5-18.

64. Artigão LM, Llavador JJ, Puras A, Lopez Abril J, Rubio MM, Torres C, et al. Evaluation and validation of Omron Hem 705 CP and Hem 706/711 monitors for self-measurement of blood pressure. *Atencion Primaria* .2000; 25(2):96-102.
65. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr. D. A Influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*.2003; 81 (4): 343-8.
66. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure e of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1):67-74.
67. Maia OC, Goldmeier S, Moraes AM, Boaz RM, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):138-42.
68. Conselho Federal de enfermagem. “ Pesquisa inédita traça perfil de enfermagem”.Brasil. 2015.[citado 2015 ago. 27]. Disponível em: http://www.confen.gov.br/pesquisa-inédita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html.
69. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. “ Demografia Médica no Brasil - dados gerais e descrições de desigualdades” [citado ago. 27]. Disponível em: portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vl02.pdf.
70. Isosaki M, Cardoso E, Glina DMR, Glina DMR, Alves ACDG, Rocha IE. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um serviço de nutrição hospitalar em São Paulo. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(124):238-246.
71. Poeira A; Mamede RP. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: Vinculo contratual, incentivos salariais de reconhecimento profissional. *Rev Enferm. Referencia*. 2011;3(4):107-114.
72. Magalhaes FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):394-400.
73. Bottoli C, Moraes MA, Goldmeier S. Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de enfermagem em um centro de referência no sul do Brasil. *Cienc Enferm* 2009; 15(3):101-9.
74. Vilarinho RMF, Lisboa MTL. Diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):557-61.
75. Jodas DA, Haddad MCL, Domansky RC, Sentone ADD. Risco para doenças cardiovasculares de trabalhadores de higiene de um hospital universitário público. *Rev Mineira de Enferm*. 2009;13(3).
76. Chillida MSP, Cocco MIM. Saúde do trabalhador & terceirização: Perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Rev Latino- Am Enferm*. 2004; 12(2)271-6.

77. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009. 62(1): 38-44.
78. Ribeiro NF, Fernandes RCP, Solla DJF, Santos Jr AC, Sena Jr AS. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(2): 429-38.
79. Resnik B. Sistema Geniturinário. In: Prática de Enfermagem. 8ª ed.v2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
80. Souza AVA, Coelho SSL, Sauerba BA, Figueiredo PMS. Ocorrência de infecção do trato urinário em cobradoras de ônibus. Rev Bras Clin Med. 2010; 8(5): 411-5.
81. Silva DMPP, Marziale MHP. O adoecimento da equipe de enfermagem e o absenteísmo doença. Rev Ciência, Cuidados e Saúde. 2002; 1(1): 133-136.
82. V Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e de Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras de Cardiol. 2013; 4 Supl1.
83. Costa MC, Brito LL, Fideles IC, Meira GLS, Azevedo VBR. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis identificadas em trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição. Rev Baiana de saúde pública. 2012; 36(2): 727-739.
84. Brasil. Lei nº 4,452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do trabalho [online]. Brasil; 1943. [citado 2015 jun. 10]. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil/03/decreto-lei/del/5452.htm>.
85. Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3):434-8.
86. Pafaro R, Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2):152-60.
87. Silva AP, Rotenberg L, Fischer FM. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. Rev Saúde Pública. 2011; 45(6): 117-26.
88. França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(5).
89. Pimenta HB, Caldeira AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de saúde da família. Ciência&Saúde Coletiva. 2014 19(6):1731-1739.

90. Babiker FA, Elkhalifa LA, Moukhyer ME. Awareness of hypertension and factors associated with uncontrolled hypertension in Sudanese adults. *Cardiovasc J Afr.* 2013;24(6):208-12. DOI:10.5830/CVJA-2013-035.
91. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados a não adesão a farmacoterapia. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014;22(3): 484-90.
92. Gascon JJ, Sanchez OM; LLOR B. Skidmore D, Saturno PJ. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract.* 2004; 21 (2):125-30.
93. Almas A, Godil SS, Laiani S, Samani ZA, Khan AH. Good Knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; a multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes.* 2012; 5(579). DOI: 10.1186/1756-0500-5-579.
94. Raymundo CAN, Pierin AMG. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):811-9.
95. Moura SLO, Silveira GMS, Feitoza MS, Albuquerque SE, Moraes SR, Aguiar TD. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica: Análise de um grupo de hipertensos. *Rev Enferm UFRE.* 2015; 9(2): 683-91.
96. Martins AG, Chavaglia SR, Ohi RIB, Martins IML, Gamba Ma. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(3):266-72.
97. Marcum ZA, Zheng Y, Perera Subashan, Strotmeyer E, Newmn BA, Simonsick E , et al. Prevalence and correlates of self-reported medication non-adherence among older adults with coronary heart disease, diabetes mellitus and/or hypertension. *Res Social Adm Pharm.* 2013; 9(6): 817-27. DOI: 10.1016/j.sapharm.2012.12.002.
98. Khan MU, Shah S, Hameed T. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sundrland. *J. Pharm Bioallied Sci.* 2014; 6(2): 104-8. DOI 10.4103/0975-7.406.129175.
99. Rufino DBR, Drummond RAT, Moraes WLD. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. *J Health Sci Inst.* 2012;30(4): 336-42.
100. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A Unidade Basica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4): 736-44.
101. Magnabosco P, Teraoka C, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Alves LMM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(1):20-7.

102. Ivin MR, Shimbo D, Mann MD, Reynolds K, Wood-Krousel M, Pharm LAN, et al. Prevalence and Correlates of low medication adherence in apparent treatment-resistant hypertension. *J Clin Hypertens*. 2012;14(10):694-700.DOI:10.1111/j1751-7176.2012.
103. Yiannakopoulou EC, Papadopulos JS, Cokkinos DV, Mountokalakis T. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc. Prev Rehabil* 2005;12(3):243-9.
104. Nair KV, Beletti DA, Doyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Patient Prefer Adherence* .2011; 29(5): 195-206.DOI: 10.2147/PPA.S18481.
105. Borges PCS, Caetano JC. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. *Arq Catarinenses Medicina*. 2005; 34 (3): 45-50.
106. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*.2014: 9(32):235-241.
107. Faria HTG, Rodrigues FFKR, Zanetti LM, Araujo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados a adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):231-7.
108. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: Estudo Transversal de base populacional. *Ver Bras Est Pop*.2012; 29(1): 133-145.
109. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med*.2005; 165 (10): 1147-52.