



www4.fsanet.com.br/revista

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 7, n. 1, art. 8, p. 128-154, jan./abr. 2020

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2020.7.1.8>

Não Adesão ao Tratamento não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica

Not Adhering to Non-Drug Treatment of Systemic Hypertension

Katiuscia Galavotti Macete

Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul da Bahia

E-mail: katigalavottimacete@hotmail.com

Grasiely Faccin Borges

Doutora em Ciências do Esporte pela Universidade de Coimbra-Portugal

Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia

E-mail: grasiely.borges@gmail.com

Endereço: Katiuscia Galavotti Macete

Rua: Eurico Gaspar Dutra, 127, Bairro de Fátima, CEP: 45. 836-000, Itamaraju BA, Brasil.

Endereço: Grasiely Faccin Borges

Universidade Federal do Sul da Bahia. Rodovia de Acesso para Itabuna, km 39 - Ferradas, CEP: 45613-204, Itabuna - BA, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 03/12/2019. Última versão recebida em 10/02/2020. Aprovado em 11/02/2020.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, causando aumento da morbidade e mortalidade. O estudo tem como objetivo verificar como os fatores estão associados à não adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. Para a revisão integrativa, foi realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Google acadêmico. Os termos aplicados na busca dos artigos foram: Hipertensão, Tratamento Não Medicamentoso, Não Farmacológico, Tratamento Hipertensão Arterial e Estilo de Vida, Adesão e Tratamento. Foram selecionados 24 artigos, dez artigos citaram “controle do peso e da dieta”, seis “controle do tabagismo”, cinco “consumo de álcool”, doze “prática da atividade física”, três “mudança no estilo de vida”, dois abordaram “controle do estresse” e sete “conhecimento sobre doença/tratamento”. Os principais fatores associados foram: baixa escolaridade, desigualdades sociais, baixo poder aquisitivo, não aceitação da mudança de hábito, doença assintomática, falta de compromisso com tratamento, falta de instrução da doença crônica e seguimento do regime terapêutico. O indivíduo deve ser protagonista em todo processo para a tomada de decisões. Acredita-se num processo de educação em saúde, capaz de conduzir a pessoa hipertensa à adesão às condutas de controle da HAS através de estratégias com foco nos fatores modificáveis.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Tratamento não Medicamentoso. Estilo de Vida.

ABSTRACT

Non-adherence to treatment of systemic arterial hypertension is the most important cause of treatment failure, increased morbidity and mortality. The study aims to verify how the associated factors associate non-adherence to non-drug treatment of systemic arterial hypertension. For an integrative review, a bibliographic survey of scientific articles was performed in the Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), no Online Scientific Electronic Library (SciELO), and no Google databases. Academic. The terms applied in the search for articles were: Hypertension, Non-Medication, Non-Pharmacological Treatment, Hypertension and Lifestyle Treatment, Adherence and Treatment. Twenty-four articles were selected, ten articles cited “weight and diet control”, six “smoking control”, five “alcohol consumption”, twelve “physical activity practice”, three “lifestyle change”, two addressed “Stress Control” and seven “knowledge about illness/treatment”. The main associated factors were: low education, social inequalities, low purchasing power, non-acceptance of change of habit, asymptomatic disease, lack of commitment to treatment, lack of education of chronic disease and application of the therapeutic regimen. The individual must be the protagonist of the whole decision making process. Believe in a process of health education, capable of leading a hypertensive person to adopt a hypertension control through strategies focusing on modifiable factors.

Keywords: Arterial Hypertension. Non-medicated treatment. Lifestyle.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, para além disso é um dos principais fatores de risco para diversas complicações e contribui de forma direta ou indiretamente para um elevado número de mortes (SCALA, MAGALHÃES, MACHADO, 2015). No Brasil, em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de Doença Cardiovascular (DCV), a principal causa de morte no país (MALACHIAS *et al.*, 2016). A HAS atinge 32,5% (36 milhões) dos brasileiros adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA, MAGALHÃES, MACHADO, 2015). A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% em indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Define-se HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, piorando com a presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A elevada taxa de morbimortalidade da HAS resulta na perda importante da qualidade de vida do indivíduo, o que torna necessário reforçar o valor do diagnóstico precoce, sendo considerado simples e não exigir tecnologia sofisticada. Além disso, a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida e medicamentos acessíveis e de baixo custo (BRASIL, 2014).

O tratamento da hipertensão pode ser farmacológico ou não farmacológico. O farmacológico tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro. O não farmacológico é baseado nos fatores modificáveis e é feito por meio de mudança no estilo de vida como: controle do peso, melhoria do padrão alimentar, redução do consumo do sal, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional (BRASIL, 2001; CANAAN *et al.*, 2006; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Existem diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da HAS, que são classificados como não modificáveis e modificáveis. Entre os modificáveis destacamos: a idade, hereditariedade, sexo e raça. Os fatores modificáveis estão associados à mudança no

estilo de vida e consistem em: tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados e estresse (CHOBANIAN, 2003).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, sendo consideradas fundamentais no processo terapêutico de prevenção e controle da hipertensão. A alimentação adequada, principalmente quanto ao consumo de sódio e ao controle do peso, a prática de atividade física e a redução do uso excessivo de álcool e controle nos níveis de estresse são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os valores desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BARBOSA; LIMA, 2006; BRASIL, 2009; BRASIL 2014). A decisão terapêutica deve basear-se no nível da pressão arterial, na presença de fatores de risco, lesão de órgão alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida. Medidas não medicamentosas têm se revelado eficazes na diminuição da pressão arterial, ainda que limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo (LIN *et al.*, 2014).

As mudanças de hábitos são variáveis importantes na determinação do comportamento do hipertenso, isto significa que, quanto maiores forem as alterações que ele necessitar fazer em seu estilo de vida em razão do tratamento, menor será a possibilidade de adesão ao tratamento (OMS, 2003). Acredita-se que a adesão ao tratamento da HAS para toda a vida é pequena, cerca de 40% dos pacientes abandonam o tratamento regular no primeiro ano, conseqüentemente deixando de se beneficiar da redução das lesões em órgãos-alvo, da diminuição dos eventos cardiovasculares, da ocorrência de infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Provavelmente, a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica constitui a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, além de ser um dos principais problemas que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, uma vez que a morbimortalidade pela hipertensão tem aumentado (ROCHA; BORGES; MARTINS, 2017).

A adesão a um tratamento, no caso da hipertensão, é caracterizada quando o conselho médico ou de saúde é seguido e realizado pelo indivíduo em relação às mudanças no estilo de vida preconizado e em relação aos hábitos de usar medicamentos, assim como comparecer às consultas médicas. Isso significaria que o indivíduo concorda com as recomendações e busca aplicá-las (HAYNES *et al.*, 2004; DOSSE *et al.*, 2009).

Muitos fatores contribuem para a falta de adesão ao tratamento da HAS, tais como: idade, sexo, etnia, nível de escolaridade, nível socioeconômico, dificuldades financeiras, o esquema terapêutico, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a característica

assintomática da doença e a sua cronicidade (BORGES, 2012; BRASIL, 2013; ROCHA *et al.*, 2017).

Portanto, faz-se necessário avançar na adesão dos pacientes ao tratamento da HAS principalmente no que diz respeito aos fatores de risco modificáveis. O objetivo do presente trabalho é verificar como os fatores estão associados à não adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica da literatura, do tipo integrativa, que teve como base a análise de material que atendesse ao objetivo da investigação. Para a realização da revisão utilizou-se das seguintes etapas: questão norteadora; seleção de definição das características das pesquisas da amostra; seleção das pesquisas para compor a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, levantando um exame crítico dos achados.

Foi realizada uma busca eletrônica de literatura por meio das bases de dados, a saber: da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Google acadêmico, no idioma português com levantamento de artigos científicos, no período de 2010 a 2018. A questão norteadora da pesquisa foi: quais os fatores associados à não adesão do tratamento da hipertensão?

Critério de Inclusão: foram incluídos somente artigos de revistas indexadas; estudos que apresentaram dados referentes à HAS e os fatores associados à não adesão ao tratamento da doença; artigos de estudos brasileiros, pois haveria a chance de as recomendações no tratamento não farmacológico serem diferentes em outros países, os artigos que apresentaram os critérios de elegibilidade foram selecionados e incluídos na pesquisa por consenso. **Critério de Exclusão:** livros e textos, revisões teóricas da literatura, materiais não disponibilizados na íntegra nos locais de consulta.

Os descritores aplicados na busca de artigos foram: Hipertensão, Pressão arterial, Pacientes Desistentes do Tratamento e Estilo de vida. Também foram utilizadas as palavras-chave: Adesão e Tratamento. Para a busca foi utilizado operador booleano AND. Após as buscas, os materiais selecionados por meio dos títulos e resumos foram lidos na íntegra.

As categorias foram analisadas de acordo com o proposto pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: controle de peso (índice de massa corporal e circunferência

abdominal), padrão alimentar (dieta DASH: *Dietary Approach to Stop Hypertension*), moderação no consumo de álcool, atividade física, controle do estresse (MALACHIAS *et al.*, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização da pesquisa bibliográfica, foram selecionados 24 artigos. Verificou-se a procedência e indexação das revistas que apresentaram dados referentes à HAS e os fatores associados à não adesão ao tratamento da doença. Na leitura e avaliação, os artigos que apresentaram os critérios de elegibilidade foram selecionados e incluídos na pesquisa (Quadro 01).

**Quadro 01 – Fluxograma da coleta de dados para revisão integrativa
(Total: 24 artigos incluídos).**

Base de dados	Artigos selecionados para leitura	Excluídos	Artigos analisados	Artigos utilizados
Google Acadêmicos	53	32	21	15
Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	13	02	11	07
LILACS	89	83	06	00
SciELO	13	02	02	02
Total	168	119	40	24

BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Com relação aos fatores associados, após seleção, verificou-se que dez (10) artigos citaram controle do peso e controle da dieta, seis (06) controle do tabagismo, cinco (05) consumo de álcool, doze (12) prática da atividade física, três (03) mudança estilo de vida, e dois (02) abordaram controle do estresse e sete (07) conhecimento sobre doença/tratamento (Tabela 01).

Tabela 01 – Artigos selecionados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial no Brasil.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA/ AMOSTRA	CONCLUSÃO
Dourado <i>et al.</i> (2011)	Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por idosos hipertensos	Estudo descritivo, com 25 pacientes acima de 60 anos de idade, atendidos por uma UBS	Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Massa <i>et al.</i> (2012)	Avaliar a prática de AF em quatro domínios em população de 60 anos ou mais que referiu HAS	Estudo transversal de base populacional, totalizando 395 idosos entrevistados em domicílio	A prática de atividade física foi baixa
Guedes <i>et al.</i> (2011)	Descrever as barreiras encontradas pelas pessoas hipertensas para a não adesão ao tratamento e controle dos níveis de sua PA	Estudo descritivo e transversal realizado em 06 UBS, com 246 pessoas cadastradas no Programa de Controle da HA	Dificuldades em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição medicamentosa são as duas maiores razões para a pobre aderência das pessoas ao tratamento e controle da HAS
Giroto <i>et al.</i> (2013)	Determinar a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária e identificar fatores associados	Estudo transversal, exploratório, realizado com 385 hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados em uma ESF	Baixos níveis de adesão à atividade física, alta taxa de adesão a alterações na dieta e a escolaridade mostrou-se associada apenas à adesão ao tratamento não farmacológico
Ferreira <i>et al.</i> (2014)	Avaliar nos pacientes do programa HIPERDIA a adesão ao tratamento e os fatores de risco relacionados à HAS	Estudo longitudinal, caracterizado por uma amostra de 110 pacientes (avaliado prontuário) todos os pacientes cadastrados no programa HIPERDIA	Os fatores de risco foram sedentarismo, obesidade e dieta alimentar desequilibrada, demonstrando baixa adesão ao tratamento não farmacológico
Machado <i>et al.</i> (2016)	Comparar o efeito de três estratégias de educação em saúde e nutrição sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS, pelos parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos	Estudo de intervenção longitudinal, do tipo ensaio comunitário com 212 hipertensos	As intervenções educativas propiciaram melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS

Weber <i>et al.</i> (2014)	Avaliar a adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso ou não, e identificar os fatores que podem influenciar na adesão a essas terapias	Estudo transversal com 100 hipertensos cadastrados em uma ESF	Baixa adesão o tratamento não medicamentoso
Raymundo e Pierin, (2014)	Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e identificar as variáveis relacionadas	Estudo longitudinal, retrospectivo, em que foram estudados 283 hipertensos atendidos em um programa de gestão de doenças crônicas	Os hábitos e estilos de vida, verificou-se poucos tabagistas e etilistas, grande parte sedentários e com sobrepeso e obesidade
Silva <i>et al.</i> (2013)	Identificar as percepções de pacientes idosos hipertensos em torno da terapêutica, relacionadas à adesão ou não ao tratamento medicamentoso	Estudo qualitativo, com amostra constituída de 16 idosos	Os idosos hipertensos não aderentes ao tratamento tendem a considerar a hipertensão como uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais
Barbosa <i>et al.</i> (2012)	Avaliar e comparar a taxa de adesão ao tratamento da hipertensão arterial por diferentes métodos, para estimar a taxa de controle da PA, e observar se há uma associação entre controle da pressão arterial e adesão	Estudo descritivo, Aplicação do teste de Morisky-Green. Sessenta pacientes idosos (60 anos ou mais), acompanhados pelo serviço de saúde público	Mais da metade dos indivíduos não tinham adesão à atividade física, mesmo tendo a maioria recebido aconselhamento adequado sobre sua importância. A ingestão de sódio estimada foi maior que a recomendada
Figueiredo e Asakura (2010)	Caracterizar pacientes hipertensos e conhecer suas principais dificuldades para aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde	Estudo descritivo de corte transversal, realizado de julho a setembro de 2008 com 54 pacientes hipertensos	A principal dificuldade relatada foi seguir dieta hipossódica
Oliveira e Moreira (2010)	Descrever o tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico seguido por um grupo de idosos portadores de hipertensão	Estudo descritivo, transversal, com natureza quantitativa. Foi realizado junto a um grupo de 150 idosos	Os idosos relataram não controlar o consumo de sal e de gordura animal ou vegetal em sua dieta diária e uma boa parte pratica atividades físicas regularmente
Serafim <i>et al.</i> (2010)	Caracterizar hábitos de vida e conhecimentos sobre eles associando variáveis estudadas com o controle da hipertensão arterial em pessoas atendidas em ambulatório	Estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência de 511 pacientes	A maioria dos hipertensos negaram o atual hábito ou anterior de tabagismo e etilismo, porém, foi expressivo o contingente de pessoas que não praticava exercícios físicos

Duarte <i>et al.</i> (2010)	Estudam-se os motivos do abandono do seguimento médico em uma coorte de pacientes em tratamento de hipertensão arterial, em serviço de atenção primária à saúde	Estudo em uma coorte com cinquenta pessoas com hipertensão que abandonaram o seguimento médico	Os motivos para o abandono do seguimento mostraram razões ligadas ao serviço de saúde - sua organização, estrutura e a relação médico-paciente. Razões de natureza psicossocial, como a ausência de sintomas, a melhora e/ou a normalização da pressão arterial e o consumo de álcool também contribuíram para o abandono do cuidado
Bundchen <i>et al.</i> , (2013)	Conhecer o perfil de adesão ao tratamento em hipertensos atendidos na Unidade de Saúde	Estudo transversal do tipo descritivo-observacional, entrevistados 100 pacientes hipertensos	Quanto à não adesão ao tratamento, infere-se como possíveis causas as variáveis "classificação da pressão arterial com tratamento", "quantidade utilizada de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica", "efeito colateral do (s) remédio(s)" e "associação com outras doenças
Santos <i>et al.</i> (2012)	Averiguar a adesão ao tratamento da hipertensão de idosos acompanhados em um grupo	Estudo descritivo realizado com cerca de 27 idosos	Elevada frequência de idosos hipertensos com algum grau de não adesão ao tratamento. No que concerne às mudanças no estilo de vida dos idosos, o controle do sal, do peso e do estresse, constitui-se as variáveis mais difíceis de seguir
Demoner <i>et al.</i> (2012)	Analisar a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como os fatores relacionados à baixa adesão a essa terapia	Estudo quantitativo, exploratório descritivo com amostra de 150 pacientes hipertensos	Elevada prevalência de pacientes não aderentes à terapia, foi significativamente associada aos usuários de faixa etária mais jovem, que trabalham e que apresenta sobrepeso ou obesidade
Lima <i>et al.</i> (2010)	Analisar a interface do saber sobre hipertensão e adoção das condutas terapêuticas de controle da doença pelo hipertenso, com a adesão ao tratamento	Estudo exploratório-descritivo, com 400 usuários hipertensos	Entre os usuários aderentes às condutas, predominaram aqueles que tinham alguma noção sobre o conceito de HAS
Bertoletti <i>et al.</i> (2012)	Identificar o diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pacientes com hipertensão arterial acompanhados na atenção básica	Estudo exploratório, com uma amostra de 38 sujeitos com hipertensão	A não adesão ao tratamento estava associado ao déficit para o seguimento do regime terapêutico medicamentoso, déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas, ausência de sintomatologia da HA, prática inadequada das atividades de autocuidado, custo e efeitos colaterais da medicação e participação inefetiva nas atividades educativas planejadas

Martins <i>et al.</i> (2014)	Analisar adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial	Estudo transversal, com 140 pessoas em tratamento ambulatorial para hipertensão arterial na ESF	Evidenciou-se associação significativa entre renda e adesão ao tratamento
Arruda <i>et al.</i> (2015)	Estimar a frequência da não adesão ao tratamento medicamentoso entre idosos acompanhados ambulatoriamente, bem como analisar seus fatores associados	Estudo transversal, com 263 idosos atendidos no ambulatório de especialidades médicas	A não adesão ao tratamento medicamentoso nessa população se mostrou positivamente associada à ausência de vínculo empregatício anterior a aposentadoria; presença de declínio cognitivo e hábitos alimentares inadequados
Bonadima <i>et al.</i> (2012)	Verificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso nos quadros de hipertensão arterial	Estudo exploratório, descritivo e de caráter quantitativo com 108 pacientes hipertensos	Os pacientes possuem alta adesão ao tratamento farmacológico e baixa adesão ao tratamento não farmacológico
Helena <i>et al.</i> (2010)	Analisar a associação de múltiplos fatores socioeconômicos, médico-assistenciais, pessoais e do tratamento medicamentoso, hierarquicamente ordenados, com a não-adesão em pessoas com HAS, assistidas em unidades de saúde da família	Estudo correlacional, Pessoas com HAS moradoras nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família	Os pacientes possuem alta adesão ao tratamento farmacológico e baixa adesão ao tratamento não farmacológico. As desigualdades sociais se mostram diretamente associadas à não-adesão, ou mediadas por fatores dos serviços e das pessoas
Coleta (2010)	Analisar as crenças sobre treze comportamentos de saúde cardiovascular	Estudos descritivos se basearam no Modelo de Crenças e Saúde com 150 hipertensos	As barreiras percebidas variaram em função dos comportamentos: as restrições alimentares foi a limitação do prazer de comer; a falta de tempo foi motivo para não praticar exercícios, evitar preocupações, deixar de fumar e fazer dieta para emagrecer são tarefas difíceis ao ser humano.

Fonte: Autores, 2019.

Os principais fatores associados à não adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica foram: baixa escolaridade, desigualdades sociais, baixo poder aquisitivo, não aceitação da mudança de hábito, doença assintomática, falta de compromisso com tratamento, falta de conhecimento da doença crônica e seguimento do regime terapêutico.

As baixas adesões dos pacientes a essas orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença. Dos 54 pacientes incluídos, no estudo de Oliveira e Moreira (2010), 74,1% deles apresentaram algum grau de

não-adesão à terapêutica farmacológica e/ou não farmacológica instituída para a hipertensão arterial, podendo estar relacionada ao baixo conhecimento sobre a doença, a necessidade de manutenção dos cuidados gerais e cumprimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque à redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool (MALACHIAS *et al.*, 2016). Santos *et al.* (2012), revelaram que a elevada frequência de idosos hipertensos com algum grau de não adesão ao tratamento, constatada neste estudo, sugere as dificuldades de seguimento terapêutico, principalmente no que concerne às mudanças no estilo de vida dos idosos, sendo o controle do sal, do peso e do estresse os fatores intervenientes negativos da adesão, constituindo-se nas variáveis mais difíceis de seguir.

As modificações de estilo de vida vêm sendo consideradas fundamentais no processo terapêutico de prevenção e controle da hipertensão. Deste modo, a análise dos 24 estudos permitiu a organização dos dados de acordo com as categorias propostas pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: controle de peso (índice de massa corporal e circunferência abdominal), padrão alimentar (dieta DASH: *Dietary Approach to Stop Hypertension*), moderação no consumo de álcool, atividade física e controle do estresse. Além de incluir controle do tabagismo, mudança no estilo de vida e conhecimento sobre a doença e seu tratamento que também foram citados nos artigos selecionados na pesquisa (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Tais fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os valores desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2014). Dentre as modificações que comprovadamente reduzem a PA, tem-se: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática de exercícios físicos com regularidade. Como argumentos positivos para a adoção dessas medidas, temos: baixo custo e risco mínimo; redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e redução do risco cardiovascular (MALACHIAS *et al.*, 2016).

3.1 Controle de Peso

Na presente revisão verificou-se que o controle de peso é um fator relatado entre 10 estudos, que abordam sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (COLETA, 2010; DOURADO *et al.*, 2011; DEMONER *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012; WEBER *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2014; RAIMUNDO; PIERIN, 2014; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010 e SERAFIM *et al.*, 2010).

Um aspecto importante do tratamento não medicamentoso da HAS é a redução de peso. Segundo a VII Diretriz Brasileira da Hipertensão Arterial, o controle de peso corporal resulta em redução da PA e melhora das alterações metabólicas associadas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No estudo realizado na Unidade de Estratégia de Saúde da Família, identificou baixa adesão o tratamento não medicamentoso, pois apenas três hipertensos consideraram a redução de peso como estratégia para o controle da PA, o que preocupa, visto que percebe-se uma alta prevalência de obesidade entre os hipertensos entrevistados, tanto nos homens quanto nas mulheres, sendo que os homens se concentravam na faixa de obesidade grau I e as mulheres na faixa de sobrepeso. Considerando o total de entrevistados, 39% encontravam-se com sobrepeso, 29% apresentavam obesidade grau I, 7% obesidade grau II e 3% obesidade grau III, totalizando 78% dos hipertensos acima do peso (WEBER *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com 25 hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde revelou que a maioria, 14 dos hipertensos, tinham o Índice de Massa Corpórea (IMC) $> 25 \text{ kg m}^{-2}$, ou seja, apresentaram peso acima do normal, com IMC médio do grupo de $26,62 \text{ kg m}^{-2}$. Um deles encontrava-se abaixo do peso ideal, 10 com peso adequado, 6 com sobrepeso e 8 obesos. Esses resultados mostraram que as pessoas hipertensas estavam acima do peso ideal, facilitando, assim, o aumento progressivo da PA, pois o sobrepeso é uma variável muito sensível nos hipertensos, constatando-se baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo (DOURADO *et al.*, 2011). O excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco e complicações para HAS (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Os dados apresentados acima corroboram com os achados na pesquisa de Ferreira *et al.* (2014), revelando os principais fatores de risco à HAS dos pacientes que apontam baixa adesão ao tratamento não farmacológico são: o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade, que não se modificaram durante todo o período de tratamento, que foi caracterizado por 20 consultas no programa Hiperdia com uma equipe multiprofissional de saúde. A adesão ao programa foi considerada relativamente baixa, pois a assiduidade às consultas foi baixa e boa

parcela dos pacientes ainda apresentavam importantes fatores de risco associado à HAS, tais como o sedentarismo e sobrepeso/obesidade, mesmo após o tratamento multiprofissional.

Há uma relação importante de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em indivíduos com sobrepeso. No estudo realizado com 150 hipertensos na UBS no município de Maringá, a elevada prevalência de pacientes não aderentes à terapia foi significativamente associada aos usuários de faixa etária mais jovem, que trabalham e que apresentam sobrepeso ou obesidade (DEMONER *et al.*, 2012). No estudo realizado no departamento de gerenciamento de doenças crônicas de uma instituição particular na cidade de São Paulo, observou-se em relação aos parâmetros biométricos que no IMC apenas cerca de um terço (30,8%) estava na faixa da normalidade e os demais com sobrepeso e obesidade. Destaca-se que pouco mais de 10% apresentavam obesidade grau II (7,1%) ou mórbida (2,1%), ou seja, grande parte sedentários e com sobrepeso e obesidade (RAIMUNDO E PIERIN, 2014). Estes achados corroboram com a pesquisa de Figueiredo e Asakura (2010), em que, respectivamente, 15 e 20 hipertensos estavam no nível de sobrepeso e obesidade.

Ainda em relação ao IMC, no estudo de Martins *et al.* (2014), 114 (81,4%) pessoas estavam classificadas entre sobrepeso e obesidade (84%), referindo terem recebido orientações sobre dieta (88,6%), atividade física (84,3%) e, também, sobre o uso de medicamentos (96,4%). Esse estudo também evidenciou associação significativa entre renda e adesão ao tratamento.

Com os estudos de Santos *et al.* (2012) e Coleta (2010), foi possível identificar elevada frequência de idosos hipertensos com algum grau de não adesão ao tratamento, sendo considerado o controle do peso/fazer dieta para emagrecer uma variável difícil de seguir. Serafim *et al.* (2010) constataram que a maioria dos hipertensos não praticavam exercícios físicos, o que consequentemente dificulta o controle do peso.

Observou-se com os estudos, que a elevada prevalência de pacientes não aderentes à terapia foi significativamente associada aos usuários de faixa etária mais jovem, que trabalham e que apresentam sobrepeso ou obesidade além de revelar que os principais fatores de risco à HAS dos pacientes que apontam baixa adesão ao tratamento não farmacológico são: o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade (DEMONER *et al.*, 2012; RAYMUNDO E PIERIN, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, a redução de 5 a 10% do peso corporal já é capaz de diminuir a PA (BRASIL, 2006). Os estudos selecionados por essa pesquisa, além de evidenciarem uma relação entre obesidade e HAS, identificaram que esse ainda é um fator

que necessita ser trabalhando, com a implementação de medidas efetivas para redução de peso na população estudada.

3.2 Padrão Alimentar

O padrão alimentar é um fator relatado por 10 artigos do presente estudo, que expõe sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (COLETA, 2010; FIGUEIREDO e ASAKURA, 2010; OLIVEIRA e MOREIRA, 2010; GUEDES *et al.*, 2011; DOURADO *et al.*, 2011; BONADIMA *et al.*, 2012; GIROTTO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2014; ARRUDA *et al.*, 2015). Foi possível identificar que a maioria dos hipertensos apresentam baixa adesão ao tratamento da HAS no que se refere a mudança no padrão alimentar.

A intervenção nutricional vem assumindo um papel decisivo no tratamento da hipertensão. As mudanças no estilo de vida, incluindo o processo de reeducação alimentar, são procedimentos indispensáveis para que se alcance um melhor resultado no controle da PA e outros fatores de risco cardiovascular (PIERIN, 2004).

Nesta pesquisa foi possível identificar que a maioria dos hipertensos não segue a dieta recomendada, devido à limitação do prazer de comer, ser desagradável ao paladar, receberem alimentação preparada por outros, dificuldade de seguir dieta e mudar estilo de vida pela falta de instrução, dificuldade na aquisição de alimentos saudáveis devido a baixa renda (COLETA, 2010; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; GUEDES *et al.*, 2011;).

O mais importante sobre a alimentação não é somente a quantidade, mas sim a qualidade do que é ingerido. Sal, refrigerantes, doces e frituras estão presentes no cardápio dos usuários. Segundo os dados encontrados em uma pesquisa realizada na Unidade de Saúde, o consumo de massas, leite e derivados, assim como frutas, verduras e legumes, foi relatado por todos os 25 hipertensos como consumidos frequentemente. Enquanto 8 pacientes relataram a presença de frituras, 9 admitiram consumir doces, mesmo que esporadicamente, 8 relataram o consumo de refrigerante e apenas um ressaltou uso de alimentação hipersódica, o que implica dizer que, apesar de a maioria diminuir o uso de sal, frutas e verduras, indicações importantes na dieta do hipertenso, existem aqueles que não tinham alimentação saudável, mesmo recebendo informações sobre o risco para sua saúde (DOURADO *et al.*, 2011).

No estudo realizado com pacientes no seguimento ambulatorial da endocrinologia de um Centro de Saúde, localizado na cidade de São Paulo, observou-se que a principal dificuldade no tratamento da hipertensão relatada pelos entrevistados foi a adoção de uma

dieta hipossódica (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Os dados confirmam os achados na pesquisa de Oliveira e Moreira (2010), dos 54 entrevistados, quase 26% dos idosos relataram não controlar o consumo de sal em sua dieta diária, assim como pouco mais de 20% também não realizavam controle sobre o consumo de gordura animal ou vegetal.

Os hábitos alimentares dos 108 pacientes que se submeteram à pesquisa feita em uma Unidade de Saúde da Família em Itaperuna-RJ, demonstraram que 39 pacientes deles (36,1%) seguem dieta específica para pacientes hipertensos, enquanto 69 pacientes (63,9%) não seguem dieta específica (BONADIMA *et al.*, 2012). Este dado diverge dos da pesquisa realizada por Giroto *et al.* (2013), em que foram relatadas mudanças na alimentação (dieta) por 266 (69,1%) dos 385 indivíduos. Destes, a grande maioria (99,6%) alegou redução do consumo de alimentos de risco, sendo a restrição do consumo de sal (84,2%), gorduras (36,2%) e doces (26,0%) os mais referidos.

Na população investigada pela pesquisa no ambulatório filantrópico de Vitória-ES, revelou-se que 63% dos idosos que não aderiram ao tratamento medicamentoso apresentaram hábitos alimentares inadequados. Foi encontrada associação de risco (12% mais elevada) entre alimentação inadequada e a não adesão ao tratamento medicamentoso por parte desses idosos. Entre as dificuldades relatadas pelos idosos não aderentes ao tratamento estavam seguir a dieta e mudar seu estilo de vida e, principalmente, a falta de instrução quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (ARRUDA *et al.*, 2015).

Outra dificuldade apontada nos estudos de Figueiredo e Asakura, (2010), Guedes *et al.* (2011), Silva *et al.* (2013) e Martins *et al.* (2014), que influenciou a não adesão a uma alimentação mais saudável no tratamento da HAS foi o baixo nível socioeconômico. Um dos estudos realizados na Estratégia de Saúde da Família do município de Governador Valadares-MG, descreveu que os participantes concordaram que os idosos com condição socioeconômica mais desfavorável possuem maiores dificuldades em fazer uma alimentação de qualidade, pois, segundo os próprios idosos, os alimentos saudáveis são mais caros.

Desde modo, foi possível identificar que a maioria dos hipertensos apresentam baixa adesão ao tratamento da HAS no que se refere à mudança no padrão alimentar, visto que eles relataram não controlar o consumo de sal e de gordura animal ou vegetal em sua dieta diária. Este achado indica que é necessário encorajar ainda mais os pacientes hipertensos na adesão à mudança do padrão alimentar.

3.3 Moderação no Consumo de Álcool

O consumo de álcool foi citado como fator de risco nos estudos com hipertensos. A relação do consumo de álcool e a adesão ao tratamento foi citada em 05 artigos (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010; GIROTTO *et al.*, 2013; SERAFIM *et al.*, 2010; MACHADO *et al.*, 2016 E ARRUDA *et al.*, 2015).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o consumo de álcool é causa ou fator de risco para várias doenças, entre elas a HAS, chamando a atenção o fato de a causa mais comum de morte entre os alcoolistas ser a de origem cardiovascular (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No estudo de Oliveira e Moreira (2010), dos 54 entrevistados, apenas três (03) idosos afirmaram a prática do consumo de bebidas alcoólicas. Girotto *et al.* (2013) apontaram que a ingestão regular de bebidas alcoólicas foi citada por 19 (5,5%) hipertensos, dos 385 indivíduos entrevistados. Dos 511 pacientes, que participaram da pesquisa de Serafim *et al.* (2010), a maioria da amostra 390 (76,2%) referiram nunca ter ingerido bebida alcoólica. Na pesquisa de Machado *et al.* (2016), de 212 pessoas que participaram da entrevista, 110 negaram o consumo de bebida alcoólica.

De acordo com os estudos, é possível identificar uma baixa prevalência no consumo de álcool na população estudada. De certa forma, esse achado é positivo, visto que o consumo do álcool é considerado como fator para dificultar a adesão ao tratamento farmacológico da HAS. Uma pesquisa realizada no ambulatório de especialidades médicas do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória –ES, do grupo de hipertensos considerado aderente ao tratamento, 126 (65,3%) nunca consumiram álcool, dos 263 entrevistados (ARRUDA *et al.*, 2015).

Sendo assim, é preciso manter o incentivo para moderação do consumo de álcool aos hipertensos para maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo e controle da HAS.

3.4 Prática de Atividade Física

Sabe-se que exercícios físicos, praticados regularmente, são eficazes no controle da pressão arterial e contribuem para melhorar a saúde do paciente. Na presente revisão, a prática de atividade física foi relatada entre 12 estudos, que abordam sobre a adesão ao tratamento da HAS (COLETA, 2010; DOURADO *et al.*, 2011; MASSA *et al.*, 2012; GUEDES *et al.*, 2011; WEBER *et al.*, 2014; SERAFIM *et al.*, 2010; GIROTTO *et al.*, 2013; OLIVEIRA;

MOREIRA, 2010; FERREIRA *et al.*, 2014; ASAKURA, 2010 e DEMONER *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2012).

Uma revisão sistemática de estudos realizada nos EUA, com duração mínima de 12 a 24 meses, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média a alta intensidade, em pacientes usando ou não medicações, revelou redução da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD) (LIN *et al.*, 2014).

Em relação aos fatores que estão associados à não adesão à prática de atividade física por hipertensos, a maioria das pesquisas relatam falta de tempo, preguiça, não gostar, não ter costume, restrições de locomoção, cansaço pelo trabalho, dores físicas, falta de companhia, desmotivação, falta de informação coerente (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; DOURADO *et al.*, 2011; COLETA, 2010;)

No que tange ao sedentarismo, na pesquisa de Dourado *et al.* (2011), realizada em João Pessoa, Paraíba, dos 25 hipertensos entrevistados, 15 não praticavam atividade física. Quando questionados quanto aos cuidados necessários para manter a pressão arterial (PA) controlada, a grande maioria, 23 dos hipertensos referiram saber da importância em realizar atividades físicas, porém relataram dificuldades em realizá-las devido à falta de motivação advinda da idade, considerada por eles como avançada.

A questão do sedentarismo não está apenas na falta de incentivo, mas também se relaciona à educação das pessoas em seguir e/ou mudar hábitos saudáveis de vida. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas se não exercitados entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos. O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, como a HAS, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol e infarto do miocárdio (DOURADO *et al.*, 2011).

O estudo de Massa *et al.* (2012) demonstrou elevada prevalência de inatividade física na população idosa com hipertensão arterial. Verificou-se, também, associação direta da prática recomendada de atividade física com a escolaridade, a maior prática de atividade física é relatada por indivíduos com maior escolaridade.

Guedes *et al.* (2011), ao analisarem a prática de atividade física, identificaram que a maioria dos pesquisados a fazem de modo assistemático. Desse modo, a não realização regular de atividade física por parte das pessoas entrevistadas foi uma barreira ao seu tratamento e controle da HA, além de ser um importante fator de risco para lesões em órgãos-alvo (SOUZA; FRANÇA, 2008). Na pesquisa de Weber *et al.* (2014), a prática de exercícios

físicos regulares foi pouco mencionada pelos entrevistados como estratégia para o controle da PA, apenas 11% dos hipertensos a conhecem e 9% relataram praticar atividade regularmente. Verificou-se na pesquisa de Serafim et al. (2010) que dos 511 hipertensos pouco mais da metade (58,9%) dos entrevistados não praticava atividade física regular, menos de um quarto (22,6%) fazia atualmente e 18,5% interromperam. Ne estudo de Giroto et al. (2013), a prática de atividade física foi relatada por 114 (29,6%) hipertensos, mas apenas 68 (17,7%) referiram praticá-la regularmente.

Sobre a regularidade e intensidade da prática de atividades físicas, Oliveira e Moreira (2010) descrevem que 64,8% dos 54 idosos relataram praticar atividades físicas regularmente semanalmente, seja ela leve (23 idosos) ou moderada (12 idosos). As atividades mais relatadas foram a caminhada e hidroginástica, além da ginástica três vezes na semana. Pouco mais de 35% dos idosos pesquisados referiram não fazer nenhum tipo de exercício físico. Em relação a esses idosos, todos apresentaram alguma falha na adesão à terapêutica anti-hipertensiva instituída.

As atividades físicas contribuem para a redução dos níveis de pressão arterial, além de produzir efeitos de bem-estar psicológico e podem ser aproveitados para reduzir o número de medicamentos e de suas doses (MEDINA *et al.*, 2010).

Outro aspecto considerado por Guedes et al. (2011) é que a não adesão à terapêutica não medicamentosa contribui para aumento nos valores de parâmetros importantes como o IMC e a circunferência abdominal, assim como sua relação com lesões em órgãos alvo ou mesmo complicações. Na pesquisa de Ferreira et al. (2014), num grupo de 110 hipertensos foi observada prevalência de sedentarismo (75%) e de obesidade (77%) em um total de 104 e 62 pacientes, respectivamente. Vale ressaltar que na pesquisa de Demoner *et al.* (2012), 60% dos que não praticavam atividade física, da mesma forma, não aderiram ao tratamento.

Os exercícios físicos contribuem de forma significativa no tratamento não medicamentoso da HAS, atuando como intervenção não farmacológica. Através desta revisão, identificou-se que foi expressivo o contingente de hipertensos que não praticavam exercícios físicos. Mais da metade dos indivíduos que não aderem ao tratamento não realizam atividade física, mesmo tendo a maioria recebido aconselhamento adequado sobre sua importância (BARBOSA *et al.*, 2012). Diante desta realidade, torna-se imprescindível estimular a prática da atividade física para os pacientes hipertensos.

3.5 Controle do Estresse

As medidas higienodietéticas se referem a ações não-farmacológicas utilizadas na redução dos níveis pressóricos e o controle do estresse é considerado uma delas, além da dieta com restrição de sal, redução do peso corporal, adoção de uma atividade física, moderação com bebidas alcoólicas e abolição do tabagismo. O controle do estresse foi citado por 02 artigos (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010; SANTOS *et al.*, 2012).

Na pesquisa de Santos *et al.* (2012), 10 pacientes dos 27 entrevistados relataram enfrentamento ineficaz do estresse. Oliveira e Moreira (2010) apontaram que 21 idosos, dos 54 entrevistados, referiram situações constantes de estresse e inabilidade em lidar com tais situações, apesar de grande parte deles demonstrar durante os encontros o desejo de modificar seu comportamento. Condições estressantes sejam físicas, sociais, financeiras, psicológicas, entre outras, acarretam em desequilíbrio psicoemocional. O papel do tratamento antiestresse, ou seja, o uso de técnicas que visam a modificações das respostas comportamentais dos indivíduos hipertensos deve ser estimulado (LIPP, 2007).

Estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação e relaxamento no tratamento da HA. As indicações clínicas revelam forte tendência de redução da PA quando essas técnicas são realizadas separadamente ou em conjunto (MALACHIAS *et al.*, 2016).

3.6 Controle do Tabagismo

Por meio da revisão foi possível identificar 06 artigos que citaram o controle do tabagismo e sua adesão ao tratamento da HAS (MACHADO *et al.*, 2016; OLIVEIRA; MOREIRA, 2010; SERAFIM *et al.*, 2010; RAIMUNDO; PIERIN, 2014; DOURADO *et al.*, 2011; GIROTTO *et al.*, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a doença cardiovascular. O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos. Machado et al. (2016) identificaram 33 participantes que afirmaram serem fumantes, dentre os 212 entrevistados. No estudo com 54 hipertensos, duas entrevistadas assumiram tal prática. Outros dados mostraram que, dos 511 entrevistados, pouco menos da metade (02), referiu ser tabagista ou ex-tabagista. Ainda verificou-se que

apenas 3,5% (10) dos 283 hipertensos estudados referiram ser tabagistas (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010; SERAFIM *et al.*, 2010; RAIMUNDO E PIERIN, 2014).

Na pesquisa realizada por Dourado *et al.* (2011), de 25 pacientes, três hipertensos ainda eram fumantes e seis já fumaram. Uma entrevista feita nos domicílios de 385 hipertensos, o tabagismo atual foi relatado por 16,9% (65) dos entrevistados (GIROTTI *et al.*, 2013). Apesar de os estudos citados terem identificado hipertensos fumantes, eles apontaram uma baixa prevalência no consumo do tabaco entre os pacientes hipertensos.

3.7 Mudança no Estilo de Vida

No contexto do tratamento da HAS, as mudanças no estilo de vida têm significativa influência, logo as pessoas portadoras da doença precisam pensar em como modificar seus hábitos de vida, incorporando outros mais saudáveis. A mudança no estilo de vida é um fator relatado entre 03 artigos, que expõem sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (GUEDES *et al.*, 2011; DOURADO *et al.*, 2011 E FERREIRA *et al.*, 2014).

Guedes *et al.* (2011) afirmam que, por ser uma doença crônica, ainda incurável, a hipertensão arterial exige várias mudanças no estilo de vida/conduas com vistas ao seu controle, contudo, estas alterações dependem de decisão individual. Na pesquisa realizada com 25 pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde na cidade de João Pessoa-PB, 13 deles, afirmaram ter dificuldades para seguir o tratamento e as mudanças no estilo de vida (DOURADO *et al.*, 2011).

A pesquisa realizada com pacientes cadastrados no Programa do Hiperdia no município de Jataí-GO, demonstrou baixa adesão ao tratamento não farmacológico. A adesão foi avaliada pela frequência dos pacientes às consultas e pela prevalência dos fatores de risco, antes e após a intervenção. Após o acompanhamento e recomendações para a adesão a esse tipo de tratamento feito pela equipe de saúde, os pacientes ainda apresentavam os mesmos fatores de risco, sendo eles sedentarismo, obesidade e dieta alimentar desequilibrada (FERREIRA *et al.*, 2014).

Guedes *et al.* (2011) apontaram em seu estudo que a mudança no estilo de vida representa uma barreira a ser enfrentada pelos pacientes hipertensos para a adesão ao tratamento, pois precisam praticar regularmente atividade física e modificar seus hábitos alimentares quanto ao teor de sal e de gordura, além de abstenção de bebidas alcoólicas e fumo. A adoção destas mudanças requer persistência e determinação. Deste modo, o tratamento não farmacológico ou as ações de mudanças no estilo de vida devem ser as

primeiras medidas adotadas por portadores de HAS, exceto nos casos de hipertensão grave e na presença de comprometimento de órgãos-alvo.

Conforme o mesmo estudo citado acima, outra barreira que dificulta a realização do tratamento anti-hipertensivo e/ou mudança no estilo de vida relatado pelos entrevistados é de ordem financeira, pois envolve a compra de alimentos diferenciados. Assim, é possível identificar que fatores de ordem pessoal, financeira e de gestão na tomada de decisão influenciam na adesão à mudança no estilo de vida dos hipertensos.

As mudanças no estilo de vida de pessoas com doenças crônicas como a hipertensão arterial exigem iniciativas que possam contribuir na modificação e manutenção de hábitos saudáveis, pois a mudança do comportamento alimentar e do estilo de vida ocorrem a médio e longo prazo, exigindo incentivo contínuo, além de depender do grau de envolvimento existente entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem (DOURADO *et al.*, 2011; MENDES, 2012).

3.8 Conhecimento Sobre a Doença e Tratamento

O sucesso do tratamento anti-hipertensivo exige ainda o conhecimento acerca da doença e seu tratamento. Essa relação entre conhecimento da doença e adesão ao tratamento da HAS foi citada por 07 artigos (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; BUNDCHEN *et al.*, 2013; GIROTTO *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2010; MACHADO *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2012).

A pesquisa de Figueiredo e Asakura (2010) observou associação entre o conhecimento sobre a doença e o seguimento das orientações para o tratamento da hipertensão. Segundo os prontuários pesquisados, 22,2% dos pacientes não receberam orientação para adotar uma dieta hipossódica e apenas 44,4% foram orientados a realizar atividade física, e 64,8% dos entrevistados apresentavam variáveis graus de excesso de peso. Outros pesquisadores observaram que 18,4% dos pacientes entrevistados relataram como dificuldade a falta de instruções quanto à mudança no estilo de vida e que 47% seguiam apenas o tratamento medicamentoso (MASCARANHAS *et al.*, 2006).

Em um estudo realizado em uma Unidade de Saúde em Belém- PA, foi observado que dos 100 entrevistados, 88% (88) não conheciam a doença, 81% (81) demonstraram não conhecer a meta terapêutica (valores de pressão arterial adequados à sua condição) e 63% (63) não acreditam que regimes alimentares e exercícios físicos podem ajuda a controlar a pressão arterial (BUNDCHEN *et al.*, 2013). Esses dados corroboram com a pesquisa de Barbosa *et al.*

(2012), em que 60 idosos foram entrevistados e 20% (12) não sabiam que a hipertensão aumenta o risco de morbimortalidade cardiovascular, e 42% (25) acreditavam na cura da hipertensão essencial.

Ao analisar a distribuição dos hipertensos de acordo com as orientações recebidas sobre saúde e hábitos de vida, feita no estudo de Martins *et al.* (2014), observou-se que a maioria dos sujeitos (81,4%) mencionou ter obtido informações sobre dieta, atividade física, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. Esses sujeitos sinalizaram mudanças nos seus hábitos de vida após essas informações.

A educação é considerada a intervenção mais bem-sucedida, pois propicia melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS, especialmente se a proposta educativa estiver centrada nas crenças e preocupações sobre suas condições de saúde e de tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013 e MACHADO *et al.*, 2016). Na pesquisa de Lima *et al.* (2010), grande parte desconhecia a cronicidade e assintomatologia da HAS, revelando associação significativa do saber sobre as condutas terapêuticas importantes para a adesão do portador de hipertensão ao tratamento da doença.

A não adesão ao tratamento parece estar associada ao déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas. Entre os usuários aderentes às condutas, predominaram aqueles que tinham alguma noção sobre o conceito de HAS. Portanto, é preciso continuar apostando nas estratégias de educação em saúde quanto à mudança de hábitos, no sentido de se avaliar a efetividade e a qualidade das orientações prestadas pelos profissionais de saúde aos pacientes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificaram-se fatores associados à não adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica a baixa escolaridade, desigualdades sociais, baixo poder aquisitivo, não aceitação da mudança de hábito, doença assintomática, falta de compromisso com tratamento, falta de conhecimento da doença crônica e seguimento do regime terapêutico. Constituem, assim, os principais fatores que estão associados à não adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS.

As principais barreiras encontradas por hipertensos para praticar atividade física e controlar o peso corporal foram falta de tempo, preguiça, não gostar, não ter costume, restrições de locomoção, cansaço pelo trabalho, dores físicas, falta de companhia, desmotivação, falta de informação coerente. Os motivos que influenciam à não adesão ao

padrão alimentar indicado na hipertensão são limitação do prazer de comer, desagradável ao paladar, recebem alimentação preparada, dificuldade de seguir dieta e mudar estilo de vida pela falta de instrução, dificuldade na aquisição de alimentos saudáveis devido à baixa renda.

A prevalência do consumo de álcool e tabaco entre os hipertensos foi baixa. Os hipertensos apresentaram pouca habilidade em controlar as situações de estresse. Verificou-se grande associação entre o nível de conhecimento sobre a doença/tratamento e a adesão à terapêutica pelos hipertensos.

Acredita-se que um processo de educação em saúde seja capaz de conduzir a pessoa hipertensa à adesão às condutas de controle da HAS através de estratégias com foco nos fatores modificáveis. Para instituir esse processo educativo, é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos, suas potencialidades e suscetibilidades, só assim a educação em saúde pode e deve ser adaptada às necessidades, aos interesses e aos conhecimentos prévios de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, D. C. J *et al.* Fatores associados à não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 327-337, 2015.
- BARBOSA, R. G. B; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-8, 2006.
- BARBOSA, R. B; BARCELÓ, A; MACHADO, C. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 10, p. 324-327, 2001.
- BASTOS-BARBOSA, R. G *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 636-41, 2012.
- BERTOLETTI, A. R *et al.* Diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 3, p. 623-631, 2012.
- BONADIMAN, R. L; BONADIMAN, S. L; SILVA, D. A. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna-RJ. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 3, n. 1, p. 73-84, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial

sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAVALCANTE DOS SANTOS, J *et al.* Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, p. 343-353, 2012.

CHOBANIAN, A. V *et al.* The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. **Jama**, v. 289, n. 19, p. 2560-2571, 2003.

COLETA, M. Fe. D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças-Psicologia da saúde**, v. 18, n. 1-2, p. 69-78, 2010.

DEMONER, M. S; PAULA RAMOS, E. R; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

DE OLIVEIRA, C. J; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, p. 76-85, 2010.

DE PÁDUA LIMA, H. *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 170-178, 2010.

DE SOUZA, J.A; FRANÇA, I. S. X. Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 816-821, 2008.

DE SOUZA SERAFIM, T; SANTOS, J. E; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 658-664, 2010.

DOSSE, C *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009.

DOURADO, C. S *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-18, 2011.

DUARTE, M. T. C *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2603-2610, 2010.

FERREIRA, N. S. *et al.* Abordagem multiprofissional no cuidado à saúde de pacientes do programa HIPERDIA. 2014.

FERREIRA, S. R. S *et al.* Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde. **Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição**, 2009.

FIGUEIREDO, N. N; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010.

GIROTTI, E *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

GUEDES, M. V. C *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1038-1042, 2011.

GOMES, A *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.

HAYNES, R. B. *et al.* Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 2, 2002.

LIMA, T. M; MEINERS, M. M. M. A; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

LIN, J. S. *et al.* Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. 2014.

LIPP, M. E. N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 89-93, 2007.

MACHADO, J. C *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 611-620, 2016.

MALACHIAS, M. V. B *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, Supl. 3, setem 2016.

MASCARENHAS, C. H. M; OLIVEIRA, M. M. L; SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão-Jequié/BA. **Rev Saúde Com**, v. 2, n. 1, p. 10-38, 2006.

MASSA, K. H. C. *et al.* Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão arterial referida no Município de São Paulo: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 1, p. 7-13, 2012.

MEDINA, F. L *et al.* Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 2, p. 103-6, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

OLIVEIRA, G. M. *et al.* Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 5, p. 389-96, 2017.

RAYMUNDO, A. C. N; PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 811-819, 2014.

REZENDE, F. A. C *et al.* Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 6, p. 728-34, 2006.

ROCHA, M. L; BORGES, J. W; MARTINS, M. F. S. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do Piauí. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

SANTA-HELENA, E. T; NEMES, M. I. B; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 2389-2398, 2010.

SCALA, L. C. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole, p. 780-5, 2015.**

SOARES, M. M *et al.* "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 227-242, 2013.

TAVARES, D. M. S *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 134-141, 2016.

WEBER, D; OLIVEIRA, K. R; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. bras. hipertens**, v. 21, n. 2, p. 114-121, 2014.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

MACETE, K. G; BORGES, G. F; Não Adesão ao Tratamento não Medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 7, n. 1, art. 8, p. 128-154, jan./abr.2020.

Contribuição dos Autores	K. Macete	G. Borges	F.
1) concepção e planejamento.	X	X	
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	