

# Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária

*Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care*

*Factores relacionados a la adhesión al tratamiento no medicamentoso de la hipertensión en la atención primaria*

**Monique Oliveira do Nascimento<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3050-6582

**Rebeka Maria de Oliveira Belo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6489-3002

**Thaís Lorena Lopes de Santana Araújo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3356-7575

**Klara Gabriella Nascimento Marques da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6801-1043

**Marcella Di Fatima Ferreira Noya Barros<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7215-8611

**Thaís Remigio Figueirêdo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0513-5815

**Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0974-1409

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

## Como citar este artigo:

Nascimento MO, Belo RMO, Araújo TLLS, Silva KGNM, Barros MDFFN, Figueirêdo TR, et al. Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 6):e20200173. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0173>

## Autor Correspondente:

Monique Oliveira do Nascimento  
E-mail: moniquenascimento16@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

**Submissão:** 10-07-2020    **Aprovação:** 09-05-2021

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na Atenção Primária. **Métodos:** estudo transversal, com 421 indivíduos. Avaliou-se a adesão pelos componentes: controle de peso, circunferência abdominal, atividade física e consumo alcoólico — conforme recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Na análise, utilizaram-se os testes qui-quadrado e Mann-Whitney. **Resultados:** a adesão ao controle de circunferência abdominal associou-se ao tabagismo, sexo e estresse. Tabagismo, idade e atividade laboral foram associados ao controle de peso. A adesão à atividade física variou entre os sexos e entre indivíduos que usavam ou não betabloqueadores. O consumo alcoólico moderado associou-se ao sexo, idade, atividade laboral, renda, comorbidades (diabetes *mellitus* e tabagismo), tempo de tratamento antihipertensivo e uso de outros fármacos. **Conclusões:** fatores socioeconômicos e clínicos associaram-se à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Técnicas inovadoras como o modelo transteórico de mudança, entrevista motivacional e autocuidado apoiado podem auxiliar as mudanças comportamentais.

**Descritores:** Hipertensão; Enfermagem em Saúde Pública; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Atenção Primária à Saúde; Cooperação do Paciente.

## ABSTRACT

**Objectives:** to evaluate the factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. **Methods:** cross-sectional study with 421 participants. The adherence was evaluated using the components: weight control, abdominal circumference, physical activity, and alcohol consumption. The chi-squared and Mann-Whitney's tests were used for analysis. **Results:** the adherence to the control of the abdominal circumference was associated to smoking, sex, and stress. Smoking, age, and profession were associated to weight control. The adherence to a physical activity varied between the sexes and between people who used beta blockers and those who did not. Moderate alcohol consumption was associated to sex, age, profession, income, comorbidities, time using antihypertensive drugs, and using other medication. **Conclusions:** socioeconomic and clinical factors were associated to the adherence to the anti-hypertensive treatment. Innovative techniques, such as the transtheoretical model of change, motivational interviews, and supported self-care can help in behavioral changes.

**Descriptors:** Hypertension; Public Health Nursing; Treatment Adherence and Compliance; Primary Health Care; Patient Compliance.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar factores relacionados a adhesión al tratamiento no medicamentoso de hipertensión en Atención Primaria. **Métodos:** estudio transversal, con 421 individuos. Evaluó la adhesión por los componentes: control de peso, circunferencia abdominal, actividad física y consumo de alcohol — conforme recomendaciones de la 7ª Directriz Brasileña de Hipertensión Arterial. Análisis se utilizaron los testes chi-cuadrado y Mann-Whitney. **Resultados:** adhesión al control de circunferencia abdominal relacionado al tabaquismo, sexo y estrés. Tabaquismo, edad y actividad laboral fueron relacionados al control de peso. Adhesión a actividad física varió entre los sexos y entre individuos que usaban o no beta-bloqueadores. Consumo de alcohol moderado relacionado al sexo, edad, actividad laboral, renta, comorbilidades (diabetes *mellitus* y tabaquismo), tiempo de tratamiento antihipertensivo y uso de otros fármacos. **Conclusiones:** factores socioeconómicos y clínicos relacionados a adhesión al tratamiento antihipertensivo. Técnicas innovadoras como el modelo transteórico de cambio, entrevista motivacional y autocuidado apoyado pueden auxiliar los cambios comportamentales.

**Descritores:** Hipertensión; Enfermería en Salud Pública; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Atención Primaria de Salud; Cooperación del Paciente.

## INTRODUÇÃO

A adesão a um tratamento de saúde prescrito é um elemento crucial para o sucesso da terapia<sup>(1)</sup>. Entende-se por adesão o grau de convergência entre o comportamento de uma pessoa e as orientações de um profissional da saúde, em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou Mudanças de Estilo de Vida (MEVs)<sup>(2)</sup>.

A não adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tem sido um desafio para a saúde pública tanto nos países de alta como nos de média e baixa renda<sup>(3)</sup>. No cenário brasileiro, a baixa adesão insere-se em um contexto de transição demográfica e epidemiológica da população. Nesse sentido, o crescente envelhecimento populacional repercute no aumento da prevalência das DCNTs<sup>(1)</sup>.

Dentro das DCNTs, a hipertensão arterial (HA) tem destaque pela sua alta prevalência e por apresentar-se como fator de risco tanto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares quanto para a ocorrência de complicações destas<sup>(4-5)</sup>. Além disso, a HA geralmente é uma das condições crônicas com maior número de consultas nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>(6)</sup>.

Assim como nas demais DCNTs, a problemática da HA não se restringe aos dados epidemiológicos de prevalência significativa. A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo somase a esse contexto e tem trazido preocupações crescentes no enfrentamento da doença, pois resulta em descontrole dos níveis pressóricos e em complicações cardiovasculares indesejáveis<sup>(7)</sup>.

Comumente, o conceito de "adesão terapêutica" é atribuído à terapia farmacológica, não ao seu conceito ampliado que abrange os comportamentos de estilo de vida. Contudo, o tratamento da hipertensão também envolve medidas não farmacológicas como o controle ponderal, padrão alimentar adequado, prática de atividades físicas e moderação do consumo de álcool<sup>(4-5)</sup>.

Considerando esses aspectos, a APS é um nível de atenção adequado para o manejo da HA, principalmente na perspectiva do tratamento não farmacológico que necessita de uma abordagem biopsicossocial do usuário, envolvendo suas crenças, motivações e barreiras para torná-lo ativo em seu próprio cuidado<sup>(8)</sup>. No entanto, o repertório cotidiano dos cuidados primários ao hipertenso é comumente marcado por práticas de prescrição, renovação de receitas e por atividades de educação em saúde de caráter disciplinador que dificultam uma comunicação terapêutica efetiva e consequentemente a adesão terapêutica<sup>(9)</sup>.

Dessa maneira, é pertinente considerar a adesão ao tratamento não farmacológico da HA como aspecto de grande relevância para ser estudado no âmbito da APS, tendo em vista a sua complexidade e subjetividade. Pretende-se entender seus fatores determinantes e projetar caminhos possíveis para enfrentar a problemática, buscando o alcance de resultados clínicos mais satisfatórios.

## OBJETIVOS

Avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A realização deste estudo seguiu os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

### Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019, no município do Recife, estado de Pernambuco (PE). A população recifense foi estimada em 1.617.183 habitantes em 2015, tendo um total de 642.856 pessoas com hipertensão cadastradas no mesmo ano<sup>(10-11)</sup>. A APS do referido município apresentou uma cobertura de 73% no ano de 2017 e conta com 130 Unidades de Saúde da Família, que são compostas por 276 equipes de Saúde da Família, 56 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 20 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 2 equipes de Consultório na Rua<sup>(12)</sup>.

O presente estudo utilizou o protocolo STROBE para estudos transversais.

### População e amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população foi composta por pessoas com hipertensão acompanhadas na APS.

O município é dividido em 8 distritos sanitários, tendo sido escolhidas por sorteio 2 unidades de saúde em cada distrito para a realização da seleção dos participantes e coleta de dados, totalizando 16 unidades. O sorteio das unidades por distrito possibilitou que todas elas tivessem as mesmas chances de serem sorteadas e de, portanto, constituírem-se como local da pesquisa.

O cálculo amostral foi realizado pelo software Epi Info (versão 7.2). Considerando a população de pessoas com hipertensão no município estimada em 2015, bem como prevalência do evento de 15,9%<sup>(13)</sup>, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e desenho do efeito de 2,0, seria necessária a inclusão de 410 pessoas com hipertensão. Entretanto, para garantir uma margem maior de participantes no intuito de suprir possíveis perdas, foi possível a inclusão de 421 hipertensos, escolhidos por conveniência, de modo que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de HA, estar em acompanhamento clínico pela APS e ter pelo menos 18 anos de idade. Não foram incluídos indivíduos com incapacidade cognitiva para consentir a participação no estudo ou responder aos questionamentos durante a entrevista.

### Protocolo do estudo

O estudo contou com um roteiro de coleta de dados que envolveu um instrumento sociodemográfico e clínico elaborado pelas pesquisadoras e um instrumento para a avaliação da adesão não farmacológica abrangendo os seguintes parâmetros para o tratamento não medicamentoso, recomendados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: controle ponderal (controle de peso e de circunferência abdominal), prática de atividade física e

consumo do álcool<sup>(4)</sup>. Foram aferidas as medidas antropométricas dos participantes; em seguida, eles foram questionados sobre os outros dois componentes. Os pontos de corte para classificar a adesão aos componentes foram adotados em conformidade com o recomendado pela diretriz supracitada<sup>(4)</sup>.

Indivíduos com IMC menor do que 25 kg/m<sup>2</sup> (até 65 anos de idade) ou com IMC abaixo de 27 kg/m<sup>2</sup> (idade superior a 65 anos) foram considerados aderentes ao componente “controle de peso”. A adesão ao controle de CA foi considerada quando os valores estiveram menores do que 80 cm para mulheres e menores do que 94 cm para os homens.

Com relação à atividade física, foram classificados como aderentes os indivíduos que praticassem atividade física moderada (≥ 30 minutos/dia, de forma contínua ou acumulada em cinco a sete dias da semana), treinamento aeróbico (≥ 30 minutos/dia em, no mínimo, três vezes por semana) ou treinamento resistido (duas a três vezes por semana com realização de 8 a 10 exercícios de musculação com séries de 10 a 15 repetições e pausas de até dois minutos).

A adesão ao controle do consumo de álcool foi considerada quando os indivíduos referiram a ingestão de até duas doses por dia para homens e até uma dose para mulheres e pessoas de baixo peso. Nesse parâmetro, levou-se em conta que uma dose contém cerca de 14 g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada<sup>(4)</sup>.

Além dessas medidas, foi verificado o controle pressórico por meio de três aferições de pressão arterial no consultório, com uso de esfigmomanômetro automático. O valor da pressão sistólica e diastólica tido em conta foi a média dos três valores aferidos no indivíduo.

A fim de minimizar os vieses de medição das variáveis, prestando-se pela qualidade dos dados coletados, foi elaborado um protocolo para padronizar a aplicação dos instrumentos de coleta, bem como a aferição da pressão arterial, peso, altura e CA. Os entrevistadores foram treinados para o seguimento do protocolo, além de periodicamente serem supervisionados sem aviso prévio no campo de coleta.

### Análise dos resultados e estatística

Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS (versão 20.0). O teste estatístico escolhido para verificar a relação entre algumas variáveis categóricas foi o qui-quadrado, sendo utilizada a razão de chances (*odds ratio* [OR]) para estimar o risco relativo, com intervalo de 95% de confiança (IC 95%). Já o teste de Mann-Whitney foi usado para verificar a associação entre o controle da pressão arterial e os componentes da adesão não farmacológica.

## RESULTADOS

A caracterização socioeconômica e clínica dos participantes está descrita na Tabela 1.

A pressão arterial sistólica e diastólica entre os participantes computou medianas (valor mínimo e máximo) de 138 (97–224) e 83 (51–148), respectivamente. Embora esses valores medianos sejam inferiores a 140/90 mmHg, foi possível observar que, em mais da metade da amostra (214), os níveis pressóricos encontravam-se acima dos valores considerados limitrofes.

**Tabela 1** – Caracterização socioeconômica e clínica das pessoas com hipertensão acompanhadas na Atenção Primária, (N = 421), Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	Média (±DP) / Mediana (mín.–máx.)	n (%)
Sexo	-	
Feminino		324 (77,0)
Masculino		97 (23,0)
Idade	59,9 (±11)	
≤ 65 anos		288 (68,4)
> 65 anos		133 (31,6)
Etnia	-	
Branco		95 (22,6)
Pardo		219 (51,5)
Negro		100 (23,8)
Indígena		4 (1,0)
Outra		5 (1,2)
Situação conjugal	-	
Com companheiro		210 (49,5)
Sem companheiro		211 (50,5)
Trabalho remunerado	-	
Sim		117 (27,8)
Não		304 (72,2)
Renda*	954,00 (0,00–4.950,00)	
≤ 1 salário mínimo		252 (59,9)
> 1 salário mínimo		169 (40,1)
Escolaridade	6 (0–17)	
≤ 9 anos		287 (68,2)
> 9 anos		134 (31,8)
Classificação da pressão arterial	-	
Normal		55 (13,1)
Limítrofe		150 (35,6)
Estágio 1		144 (34,2)
Estágio 2		40 (9,5)
Estágio 3		30 (7,1)
Ignorado		2 (0,5)
Índice de Massa Corporal	29,9 (16,5–54,2)	
Baixo peso		6 (1,4)
Eutrófico		70 (16,7)
Sobrepeso		148 (35,4)
Obesidade		194 (46,4)
Ignorado		3 (0,7)
Tempo de tratamento anti-hipertensivo (meses)	120 (6–784)	
≤ 60 meses		139 (33,0)
> 60 meses		282 (67,0)
Classe de anti-hipertensivo <sup>□</sup>		
Diuréticos tiazídicos		247 (58,6)
BRA		224 (53,2)
IECA		142 (33,7)
Betabloqueadores		95 (22,6)
BCC		83 (19,7)
Outros diuréticos		21 (5,0)
Uso de outros medicamentos	-	
Sim		297 (70,5)
Não		124 (29,5)

Nota: \*Renda em reais, considerando o salário mínimo brasileiro vigente no ano de 2018 (R\$ 954,00);  
□ Possibilidade do uso de mais de uma classe; DP – desvio-padrão; Mín. – valor mínimo; Máx. – valor máximo; BRA – bloqueadores do receptor da angiotensina II; IECA – inibidores da enzima conversora da angiotensina; BCC – bloqueadores dos canais de cálcio.

Também foi evidente a preponderância de distúrbios nutricionais relacionados à obesidade e ao sobrepeso. Além disso, verificou-se uma circunferência abdominal mediana de 100 cm para as mulheres, com variações entre 58 cm e 141 cm; e valor médio de 101 cm (±11) nos homens.

**Tabela 2** – Distribuição do comportamento de adesão não farmacológica das pessoas com hipertensão acompanhadas na Atenção Primária, (N = 421), Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Categorias	n (%)
Controle de peso	
Aderente	97 (23,2)
Não aderente	321 (76,8)
Controle de circunferência abdominal (CA)	
Aderente	42 (10,0)
Não aderente	377 (90,0)
Atividade física	
Aderente	172 (40,9)
Não aderente	249 (59,1)
Moderação do consumo de álcool	
Aderente	355 (84,3)
Não aderente	66 (15,7)

As principais condições autorreferidas entre os participantes foram: estresse (69,6%), dislipidemias (46,1%), diabetes *mellitus* (35,4%), etilismo (16,4%), cardiopatias (11,9%), tabagismo (11,4%), acidente vascular encefálico (8,6%) e doença renal (6,2%).

A frequência de adesão e não adesão a cada um dos componentes avaliados está disposta na Tabela 2.

Na Tabela 3, foram explanadas as associações significantes na análise bivariada das variáveis independentes em função da adesão aos componentes do tratamento não farmacológico da HA.

O controle dos níveis tensionais foi analisado por meio dos valores de pressão arterial sistólica e diastólica. O teste de Mann-Whitney revelou variações significantes nos valores mínimos e máximos de pressão diastólica entre os participantes aderentes e não aderentes ao controle de peso e à moderação do consumo de álcool (Tabela 4).

**Tabela 3** – Adesão ao tratamento não farmacológico e variáveis socioeconômicas e clínicas das pessoas com hipertensão acompanhadas na Atenção Primária, (N = 421), Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	Adesão				OR	IC (95%)	p*
	n	Sim %	N	Não %			
Adesão ao controle de peso							
Idade							
≤ 65 anos	42	14,7	243	85,3	0,245	0,152–0,394	0,000
> 65 anos	55	41,4	78	58,3			
Trabalho remunerado					0,563	0,323–0,980	0,040
Sim	19	16,4	97	83,6			
Não	78	25,8	224	74,2			
Tabagismo					2,210	1,171–4,171	0,013
Sim	18	37,5	30	62,5			
Não	79	21,4	291	78,6			
Adesão ao controle de circunferência abdominal							
Sexo					0,222	0,115–0,428	0,000
Feminino	20	6,2	303	93,8			
Masculino	22	22,9	74	77,1			
Tabagismo					3,361	1,558–7,251	0,001
Sim	11	23,4	36	76,6			
Não	31	8,3	341	91,7			
Estresse					0,486	0,254–0,929	0,026
Sim	23	7,9	269	92,1			
Não	19	15,0	108	85,0			
Adesão à atividade física							
Sexo					0,290	0,181–0,466	0,000
Feminino	110	34,0	214	66,0			
Masculino	62	63,9	35	36,1			
Uso de betabloqueadores					0,498	0,303–0,818	0,005
Sim	27	28,4	68	71,6			
Não	142	44,4	178	55,9			
Adesão à moderação do consumo de álcool							
Sexo					3,308	1,902–5,753	0,000
Feminino	287	88,6	37	11,4			
Masculino	68	70,1	29	29,9			
Idade					0,382	0,193–0,757	0,005
≤ 65 anos	233	80,9	55	19,1			
> 65 anos	122	91,7	11	8,3			
Trabalho remunerado					0,421	0,244–0,723	0,001
Sim	88	75,2	29	24,8			
Não	267	87,8	37	12,2			
Renda					2,221	1,361–3,957	0,002
≤ 1 salário mínimo	224	88,9	28	11,1			
> 1 salário mínimo	131	77,5	38	22,5			
Tempo de tratamento anti-hipertensivo					0,573	0,335–0,979	0,040
≤ 5 anos	110	79,1	29	20,9			
> 5 anos	245	86,9	37	13,1			

Continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Adesão				OR	IC (95%)	p*
	Sim	%	Não	%			
	n	%	N	%			
Uso de outros medicamentos							
Sim	258	86,9	39	13,1	1,841	1,069–3,171	0,026
Não	97	78,2	27	21,8			
Tabagismo							
Sim	32	66,7	16	33,3	0,310	0,158–0,605	0,000
Não	323	86,6	50	13,4			
Diabetes mellitus							
Sim	135	90,6	14	9,4	2,279	1,217–4,270	0,009
Não	220	80,9	52	19,1			

Nota: \*Teste qui-quadrado; OR – odds ratio; IC – intervalo de confiança.

**Tabela 4** – Avaliação dos valores de pressão arterial em função dos componentes da adesão não farmacológica das pessoas com hipertensão acompanhadas na Atenção Primária, (N = 421), Recife, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	PAS		p*	PAD		p*
	Mediana (mín.–máx.)			Mediana (mín.–máx.)		
Adesão ao controle de peso	Sim	140 (100–212)	0,701	80 (51–116)	0,000	
	Não	169 (101–224)		84 (51–148)		
Adesão ao controle de circunferência abdominal	Sim	136 (100–212)	0,464	81 (52–110)	0,250	
	Não	138 (97–224)		83 (51–148)		
Adesão à atividade física	Sim	136 (97–224)	0,164	81 (52–148)	0,072	
	Não	140 (100–212)		84 (51–118)		
Adesão à moderação do consumo de álcool	Sim	137 (97–213)	0,109	82 (51–123)	0,002	
	Não	142 (113–224)		87 (71–148)		

Nota: PAS – pressão arterial sistólica; PAD – pressão arterial diastólica; Mín. – valor mínimo; Máx. – valor máximo; \*Teste de Mann-Whitney.

## DISCUSSÃO

As MEVs incorporadas ao tratamento da HA coadunam com o tratamento de outras condições crônicas, as quais compartilham os mesmos fatores de risco contextuais<sup>(14)</sup>. É nesse cenário que a APS, como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, apresenta-se como estratégia necessária para consolidar o modelo de atenção às condições crônicas de forma desfragmentada e longitudinal, abordando estratégias para combater a baixa adesão aos tratamentos que exigem mudança de comportamento<sup>(15)</sup>.

Os componentes do tratamento não farmacológico da hipertensão com mais baixa adesão na amostra estudada foram o controle de circunferência abdominal, o controle de peso e a atividade física. É constatado que as medidas antropométricas inadequadas representam risco cardiovascular e aumentam a pressão arterial<sup>(16-17)</sup>. Além disso, na maioria das vezes, essas alterações ponderais estão atreladas à inatividade física, muito comum entre os participantes.

No tocante ao desfecho da adesão aos parâmetros antropométricos, a maior associação do controle de peso com a faixa etária mais velha pode ser explicada pelo aumento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira de adultos jovens; além disso, há uma tendência de regressão acentuada do excesso de peso e obesidade após os 64 anos<sup>(18)</sup>.

O trabalho remunerado entre os participantes foi associado à não adesão ao controle de peso, e isso se deve ao aumento do percentual de sobrepeso e obesidade entre os brasileiros na faixa etária economicamente ativa<sup>(19)</sup>. Essa associação pode estar atrelada a uma rotina mais voltada à vida profissional sem priorizar um estilo de vida mais saudável que contribua com o controle do peso.

Ainda foi constatado, para ambos os desfechos de adesão ponderal, associação positiva com o tabagismo. A respeito disso, alguns estudos evidenciam os efeitos da nicotina na redução de peso, geralmente em razão do aumento da taxa metabólica de repouso e da inibição do apetite<sup>(20-21)</sup>.

Na avaliação da adesão ao controle de circunferência abdominal, foi observado um menor valor nas mulheres, com associação significativa. Isso se relaciona possivelmente com a maior distribuição de tecido adiposo e menor massa muscular nas mulheres, bem como com o aumento de peso e gordura abdominal após a menopausa<sup>(21)</sup>.

Neste estudo, o estresse associado ao aumento da gordura abdominal mostra que esse sintoma, na maioria das vezes, é acompanhado também da ansiedade e depressão. Isso repercute nos hábitos alimentares e é comum em pessoas com sobrepeso ou obesidade, o que sugere relação entre estresse, compulsão por comida calórica e excesso de peso.

Quando se aborda a questão do sobrepeso e da obesidade como problemas de saúde pública, cabe descentralizar a discussão da linha de cuidado centrada somente nos fatores de risco relacionados às pessoas e à não adesão às mudanças de comportamento, já que, por trás disso, muitas vezes há contextos socioambientais adversos. Portanto, é preciso discutir essa temática também à luz da necessidade de políticas públicas intersetoriais que extrapolem os muros do setor saúde, abrangendo a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável<sup>(22)</sup>.

A prática de atividade física recomendada apresentou associação inversa com o sexo feminino. Esse resultado se assemelha ao encontrado em outros estudos<sup>(18,23-24)</sup>. É importante destacar que isso pode se dar devido à dupla jornada de trabalho das mulheres,



que conciliam as atividades profissionais com as domésticas, tornando mais difícil para elas a ocupação de seu tempo livre com a prática de exercícios físicos<sup>(24)</sup>.

As principais barreiras retratadas na literatura para a não realização de atividades físicas entre as mulheres foram a ausência de local apropriado para prática de atividade física, falta de companhia, falta de energia e desmotivação<sup>(25)</sup>. Tais barreiras reforçam a importância da adoção de abordagens híbridas para a promoção da prática de atividade física: uma que atue nos macrodeterminantes sociais da saúde; e outra, direcionada para a transformação do comportamento individual.

Já a associação inversa do uso de betabloqueadores com a adesão à atividade física justificase porque, além do efeito hipotensor, essa classe de medicamentos é indicada para o tratamento de distúrbios cardíacos de condução elétrica, patologia que pode levar à insuficiência cardíaca e consequentemente, à intolerância ao exercício físico<sup>(4,26)</sup>.

Por fim, o valor superior encontrado entre os homens no tocante à não adesão ao consumo moderado de bebida alcoólica também foi relatado em outro estudo<sup>(21)</sup>. Esse achado atribui-se aos hábitos culturais de introdução precoce entre os homens do consumo alcoólico e da ingestão excessiva do álcool.

A adesão ao consumo moderado de álcool aumentou foi maior nos participantes com mais de 65 anos. Essa mesma tendência foi verificada entre os idosos brasileiros pela Vigilância de Fatores de Risco para DCNT, do Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>.

Na amostra estudada, a associação da atividade laboral remunerada e maior renda com a não adesão ao consumo moderado de álcool deve-se ao fato de que essas condições socioeconômicas aumentam a independência financeira e o poder aquisitivo para a compra de bebida alcoólica<sup>(27)</sup>.

Já a associação da moderação alcoólica com o maior tempo de tratamento anti-hipertensivo possivelmente está atrelada ao fato de que, com o tempo, é provável a aquisição de maior percepção individual acerca dos melhores efeitos da redução do consumo do álcool nos níveis de pressão arterial<sup>(4,27)</sup>.

De forma semelhante, o uso de medicamentos para tratamento de outras doenças crônicas foi associado à adesão ao consumo moderado de álcool. Isso ocorre provavelmente porque o alcoolismo é fator de complicação de múltiplas condições crônicas e a coexistência dessas condições com a hipertensão exige uma atenção maior no gerenciamento da saúde.

Um exemplo de condição crônica associada à maior adesão à moderação do consumo de álcool que o presente estudo evidenciou foi o diabetes *mellitus*, corroborando o encontrado em uma pesquisa sobre padrões de consumo de álcool entre os idosos brasileiros<sup>(28)</sup>. Essa doença aumentou a razão de chances da adesão à moderação alcoólica em 2,3 vezes. Esse achado deve-se provavelmente ao fato de que esses indivíduos, por serem diabéticos, já foram instruídos sobre evitar o alcoolismo.

O tabagismo também foi uma condição que esteve associada à não adesão à moderação do álcool, resultado também encontrado em uma pesquisa chinesa<sup>(27)</sup>.

Em síntese, quando avaliados os valores de pressão sistólica e diastólica em função dos grupos de adesão e não adesão aos componentes não farmacológicos, observaram-se níveis pressóricos mais baixos de pressão diastólica, com significância

estatística, entre os participantes aderentes ao controle de peso e ao consumo moderado do álcool, reforçando os impactos positivos dessas medidas na redução da pressão<sup>(4,29)</sup>.

Pensar os tratamentos das doenças sob o espectro predominantemente farmacológico faz parte de um paradigma de assistência à saúde baseada no modelo biomédico monocausal. Isso indubitavelmente reflete a medicalização exacerbada do processo saúde-doença no manejo de doenças crônicas multifatoriais como a HA, até mesmo no âmbito da APS, espaço em que a assistência à saúde necessita do protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade.

Promover a adesão ao tratamento não farmacológico da HA pelas MEVs traduz-se em avançar para além das atividades educacionais de caráter meramente informativo e prescritor. Para que o processo de mudança de comportamentos e de estilo de vida possa ocorrer, é necessário considerar o contexto cultural dos indivíduos, bem como suas dimensões cognitivas e emocionais. Uma estratégia fundamental é estimular as pessoas a traduzirem informações apontando soluções práticas de como mudar, dentro dos seus repertórios cotidianos. Nesse sentido, algumas tecnologias como o modelo transteórico de mudança, a entrevista motivacional e o autocuidado apoiado têm sido apontadas como facilitadoras no processo de MEV no âmbito das condições crônicas<sup>(30)</sup>.

### Limitações do estudo

Considerando o delineamento observacional, os resultados deste estudo são limitados quanto à inferência de causa e efeito, sendo, portanto, um estudo gerador de hipóteses. A aferição da pressão arterial, não realizada pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), foi uma limitação a ser considerada, pois pode reduzir a fidedignidade dos resultados do controle pressórico.

### Contribuições para a área

Conhecer o perfil de adesão e não adesão terapêutica entre as pessoas com hipertensão sob o cuidado da equipe multiprofissional na APS possibilita a identificação dos fatores ligados às falhas no cumprimento do tratamento. Dentro dessa equipe, o enfermeiro possui competências para a elaboração de estratégias de prevenção dos fatores de risco e promoção da saúde para o enfrentamento da problemática da baixa adesão na HA, visto que atua diretamente na assistência e no acompanhamento dessa população, especialmente nos territórios de APS. Nesse processo, é possível utilizar a coparticipação, ou seja, os usuários são incentivados a realizar o autocuidado e a refletir sobre seu problema de saúde.

### CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciam os seguintes fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão: idade, sexo, renda, atividade laboral, tabagismo, estresse, diabetes *mellitus*, uso de betabloqueadores, tempo de tratamento anti-hipertensivo e uso de outros medicamentos.

Na análise do controle dos níveis tensionais, foram observadas variações significativas nos valores de pressão diastólica entre os participantes aderentes e não aderentes ao controle de peso e à moderação do consumo de álcool.

A identificação dos grupos de participantes mais predispostos à não adesão ao tratamento não farmacológico reforça a necessidade de incorporar ao cotidiano da APS práticas inovadoras de cuidado a essa população e que sejam efetivas para a promoção das MEVs. Sendo assim, espera-se que este artigo impulse novas reflexões direcionadas para a reorientação do modelo de produção do cuidado às pessoas com hipertensão, para além de aspectos prescritivos e com utilização de técnicas como o

modelo transteórico de mudança, entrevista motivacional e autocuidado apoiado.

## FOMENTO

O trabalho foi extraído da dissertação – Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e controle dos níveis pressóricos na atenção primária, apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba, em 2018. Para a sua execução, contou com financiamento por bolsa de pós-graduação concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Sep 05]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_tratamento\\_medicamentoso.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf)
2. Márquez CE, Márquez RS, Rodríguez GE, Baldonado SA. [How to assess and to improve adherence in clinical practice?] Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 17];34(Supl 1):29-35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183718300618> Spanish
3. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-García A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):132. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
4. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 5];107(Supl.3):1-83. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
5. Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):1093-100. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>
6. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Non-use of primary care routine consultations for individuals with hypertension. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(3):795-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>
7. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3):e0560015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>
8. Celi L, John V, Pechère-Bertschi A, Zisimopoulou S. [Therapeutic adherence in the treatment of hypertension in primary healthcare]. Rev Med Suisse [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 13];15(668): 1946-9. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-668/Adhesion-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-en-medecine-de-premier-recours> French
9. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AGA, Morais APP, Araújo MFM, et al. Therapeutic communication in the interaction between health workers and hypertensive patients in the family health strategy. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e2016-0066. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>
10. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde. População do Recife: censo demográfico - 2010 e projeções - 2010 a 2016. Recife, 2010. 31p
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/>
12. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 13]. Available from: [http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2018\\_2021\\_vf.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf)
13. Moura AA, Godoy S, Cesarino CB, Mendes IAC. [Factors determining non-adherence to hypertension treatment]. Enferm Glob. 2016;15(3):1-39. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.219601> Spanish
14. Doyle SK, Chang AM, Levy P, Rising KL. Achieving health equity in hypertension management through addressing the social determinants of health. Curr Hypertens Rep. 2019;21(8):58. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0962-7>
15. Pena KS, Rollo RM, Reuter CLO, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190168. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>
16. Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. "A body shape index" and its association with arterial hypertension and diabetes mellitus among Brazilian older adults: National Health Survey, 2013. Cad Saúde Pública. 2019;35(8):e00175318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175318>

17. Itoh H, Kaneko H, Kiriya H, Nakanishi K, Mizuno Y, Daimon M, et al. Effect of body weight change on blood pressure in a Japanese General Population with a Body Mass Index  $\geq 22$  kg/m<sup>2</sup>. *Int Heart J*. 2019;60(6):1381-6. <https://doi.org/10.1536/ihj.19-314>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2018 Sep 05]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>
19. Morean ME, Wedel AV. Vaping to lose weight: Predictors of adult e-cigarette use for weight loss or control. *Addict Behav*. 2017;66:55-59. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.022>
20. Liu M, Chuang Key CC, Weckerle A, Boudyguina E, Sawyer JK, Gebre AK, et al. Feeding of tobacco blend or nicotine induced weight loss associated with decreased adipocyte size and increased physical activity in male mice. *Food Chem Toxicol*. 2018;113:287-295. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2018.01.058>
21. Cardoso FN, Domingues TAM, Silva SS, Lopes JL. Modifiable cardiovascular risk factors in patients with systemic arterial hypertension. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1275. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200004>
22. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):e00006016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>
23. Guariguata L, Brown C, Sobers N, Hambleton I, Samuels TA, Unwin N. An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e171. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.171>
24. Lima DF, Silva MP, Mazzardo O, Lima LA, Sampaio AA, Anguera MG, et al. Time trends of physical activity in Curitiba, Brazil: 2006–2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:E190059. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190059>
25. Gomes GAO, Papinib CB, Nakamura PM, Teixeira IP, Kokubun E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2019;41(3):263-70. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>
26. Oliveira BG, Hohl M, Hino AAF. Barriers associated with physical activity practice during leisure time among elderly with heart failure. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2018;23:e0051. <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0051>
27. Ji A, Lou P, Dong Z, Xu C, Zhang P, Chang G, et al. The prevalence of alcohol dependence and its association with hypertension: a population-based cross-sectional study in Xuzhou city, China. *BMC Public Health*. 2018;18(1):364. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5276-1>
28. Noronha BP, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National Health Survey, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4171-80. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>
29. Beni Yonis O, Khader Y, Okour A, Al Omari M, Al Quran T, Khassawneh A, et al. High rate of hypertension control among treated patients attending a teaching primary healthcare centre in Jordan. *Postgrad Med J*. 2019;95(1122):193-7. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136325>
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2020 Dec 15]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)