

Andrea HeleodoroCovre
Marcela Galli
Mariane de Lima Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO
FARMACOLÓGICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
REVISÃO DE LITERATURA**

IPATINGA
2021

Andrea HeleodoroCovre
Marcela Galli
Mariane de Lima Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO
FARMACOLÓGICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço S.A, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof. Orientador: Dr. Leonardo Ennes Carrilho.

IPATINGA
2021

A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO DE LITERATURA

Andrea Heleodoro Covre¹; Marcela Galli¹, Mariane de Lima Rodrigues¹; **Leonardo Ennes Carrilho** ²

1. Acadêmicos do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível, de etiologia multifatorial, definida pela elevação persistente dos níveis pressóricos. Trata-se de uma condição frequentemente assintomática, e tende a evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. É considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e sua associação está relacionada a maior morbidade, mortalidade e internações.

Objetivos: Descrever o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e o impacto de sua adesão no controle da doença. **Métodos:** Trata-se de uma revisão descritiva de literatura a partir da análise de materiais publicados entre 2011 e 2021. **Desenvolvimento:** Representa importante problema de saúde pública, pois apesar do fácil diagnóstico e amplo arsenal para tratamento, permanece com alta prevalência e baixas taxas de controle. É comprovado que o diagnóstico precoce e a rápida intervenção diminuem a morbimortalidade dos portadores. O tratamento da hipertensão arterial apresenta benefícios que superam os riscos, e consiste na terapia medicamentosa e no tratamento não farmacológico, meios que exigem constante motivação do paciente e apoio de uma equipe multidisciplinar. **Conclusão:** O tratamento não medicamentoso consiste em mudanças no estilo de vida do indivíduo, capazes de prevenir ou postergar o surgimento da doença e reduzir a dosagem, além de evitar os efeitos adversos dos medicamentos e diminuir os custos para o paciente e para as instituições de saúde. Visto que o sucesso no controle da doença consiste em um grande desafio, a prevenção se mostra como melhor opção em termos de custo-benefício.

Palavras-chave: Hipertensão. Tratamento. Não medicamentoso.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, representando grave problema de saúde pública. Estima-se que, no período de 2008 a 2017, 667.184 mortes foram atribuídas a HAS no Brasil (OLIVEIRA T. et al., 2013; BARROSO et al., 2021).

É conceituada como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados

e persistentes da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida em duas ou mais ocasiões distintas, em consultório e com a técnica correta. Atinge cerca de 30% da população adulta brasileira, e sua prevalência aumenta com a idade (MATAVELLI et al., 2014; BECHO; OLIVEIRA J; ALMEIDA, 2017).

Devido ao caráter insidioso, tem detecção muitas vezes tardia, pois, na maioria dos casos, apresenta evolução lenta e assintomática. Pode ocasionar alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos, além de alterações metabólicas. Fatores estes, que contribuem para um impacto considerável nas despesas médicas, sociais e econômicas, em decorrência das complicações nos órgãos-alvo como: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA) e morte súbita; acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH), demência; doença renal crônica (DRC); doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Exemplo disso foi o aumento de 32% em reais de 2010 a 2019, valor este, que representa um acréscimo de 600 milhões nos custos com hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, é importante salientar que a HAS mata mais por suas lesões nos órgãos-alvo. (NOBRE et al., 2013; BECHO; OLIVEIRA J; ALMEIDA, 2017; BARROSO et al., 2021).

A HAS pode ser dividida em primária (essencial ou idiopática) - 90% dos casos, cuja causa é desconhecida - e secundária, quando subjacente a uma patologia. São diversos os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento: sobrepeso/obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, fatores socioeconômicos, genética, idade, sexo, etnia, apneia obstrutiva do sono, dentre outros (MATAVELLI et al., 2014).

Nobre et al. (2013, p. 265) destaca que “o objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associadas à hipertensão arterial sistêmica. O tratamento da HAS consiste na terapia medicamentosa (TM), através do uso de fármacos anti-hipertensivos, e na terapia não medicamentosa (TNM). A correta adesão ao tratamento vai além do uso adequado da medicação prescrita, pois implica também no seguimento das mudanças no estilo de vida (MEV) propostas, considerando fatores emocionais, culturais e socioeconômicos (NOBRE et al., 2013; BECHO; OLIVEIRA J; ALMEIDA, 2017).

A atual Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020) salienta que o TNM da HAS envolve mudanças no estilo de vida que compreendem a redução e/ou controle do peso, mudança de hábitos alimentares, a prática regular de exercícios físicos, abandono do tabagismo, redução no consumo de álcool, dentre outros.

O TNM, por englobar muitas alterações nos hábitos dos indivíduos, torna-se um item com maior dificuldade de seguimento por parte dos portadores de HAS. Estima-se que somente um terço dos portadores de HAS acompanhados em serviços de saúde tem sua PA mantida em níveis desejados, e uma insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE D., 2014; MIRANDA; ANDRADE C.; SILVA, 2017).

É imprescindível esclarecer que a adesão parcial ao TNM pode comprometer ou até mesmo impedir o alcance à meta terapêutica, cabendo aos profissionais de saúde fornecer informações sobre a importância de adotar o tratamento em sua totalidade e criar vínculos com o paciente, favorecendo o sucesso do tratamento (BECHO; OLIVEIRA J; ALMEIDA, 2017).

Considerando tamanho desafio, o objetivo deste artigo é descrever as medidas não farmacológicas, o impacto do tratamento não farmacológico na qualidade de vida de indivíduos hipertensos e a importância de práticas de saúde que estimulem ou facilitem sua adesão.

Método

O presente trabalho foi elaborado na modalidade de revisão bibliográfica descritiva e teve como questão norteadora o impacto da adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Foi realizada uma busca eletrônica de literatura por meio das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. A busca dos artigos nos bancos de dados ocorreu no período de março de 2021 a abril de 2021 e foram utilizados os seguintes descritores: “tratamento”, “não medicamentoso” e “hipertensão”, cruzados com o operador Booleano AND. Os critérios de inclusão dos artigos foram: aqueles que abordaram a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, em língua portuguesa, ou inglesa publicados entre 2011 a 2021, com conteúdo pertinente ao proposto. Os critérios adotados para a exclusão foram: publicações que não estavam relacionadas à temática do estudo, fora do período determinado, tratamento medicamentoso, emergências hipertensivas e a abordagem da hipertensão em grupos específicos (crianças, idosos, gestantes). Ao final, após a leitura sistemática, foram selecionadas 11 publicações,

conforme apresentado no apêndice A as quais serviram de eixo para elaboração deste trabalho.

Desenvolvimento

1. Tratamento não medicamentoso

NOBRE et al. (2013, p.265) ressalta que “o tratamento não medicamentoso consiste em orientações objetivando reduzir a pressão arterial. A sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia. Controlar os fatores de risco associados e concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também um objetivo do tratamento não medicamentoso”.

As adaptações no estilo de vida comportam ações que geralmente não são realizadas antes do diagnóstico, e apesar de atuarem na prevenção, só são adotadas após o agravamento da doença. Tais condutas envolvem a perda e/ou manutenção do peso corporal adequado, dieta equilibrada com restrição no consumo de sódio e álcool, prática regular de atividade física e interrupção do tabagismo (HALFOUN et al., 2012; BECHO; OLIVEIRA J.; ALMEIDA, 2017).

Acolher as mudanças instituídas é um processo complexo, pois além de abordar diversos fatores que dificultam, é necessário que os hábitos adquiridos sejam conservados (OLIVEIRA T. et al., 2013).

2. Medidas não medicamentosas

2.1. Padrão alimentar

A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) destaca o consumo de alimentos como hortaliças, frutas e laticínios com baixo teor de gordura; consumo de oleaginosas, cereais integrais, frango e peixe; redução de carne vermelha, doces e bebidas açucaradas. Trata-se de uma dieta que contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura saturada e é rica em potássio, magnésio, cálcio e fibras. A do mediterrâneo é também rica em hortaliças, frutas e cereais integrais, mas com uma quantidade generosa de azeite de oliva. Ela inclui oleaginosas, peixes e ingestão moderada de vinho. As dietas vegetarianas enfatizam alimentos de origem vegetal, especialmente hortaliças, frutas, leguminosas e grãos; excluem ou raramente incluem carnes; algumas incluem peixes, ovos e laticínios (MALACHIAS et al., 2016, p. 30).

Orienta-se a prescrição da dieta tipo DASH ou semelhante. No padrão dietético recomendado, alguns alimentos se destacam pela presença de fibras (solúveis e

insolúveis), ácidos graxos insaturados e monoinsaturados, nutrientes associados a discreta contribuição para a redução dos níveis pressóricos. Outros itens foram mencionados de forma independente, como o chocolate amargo 70% cacau, o alho, o café e o chá verde, porém, não apresentam contribuição significativa para a questão apresentada (BARROSO et al., 2021).

A maioria dos alimentos citados é de fácil acesso, porém, visto o atual cenário econômico brasileiro, alguns itens como azeite, peixe e oleaginosas, são de alto custo dificultando o acesso por grande parte da população brasileira. MALACHIAS et al. (2016) salienta que “para atingir os resultados do TNM, no que diz respeito as medidas nutricionais, é necessário que o plano alimentar seja individualizado, para que sua implementação seja sustentável a longo prazo.”

Uma dieta orientada traz inúmeros benefícios, proporcionando redução de peso, circunferência abdominal (CA), gordura visceral e (índice de massa corpórea) IMC, que deve-se manter entre 18,5 e 24,9. De acordo com NOBRE et al. (2013) “a redução do peso diminui em torno de 5 a 20 mmHg o nível de PA sistólica para cada 10 kg eliminados”. Ademais, ajuda reduzir e controlar os níveis glicêmicos e lipídicos minimizando o risco preditivo de desenvolver HAS e DCV.

2.2. Sódio

O consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco modificáveis para prevenção e controle das DCV. Dados epidemiológicos apontam a forte relação entre a ingestão de sódio e à elevação da PA, destarte, a restrição de seu consumo tem-se mostrado como um efeito redutor na PA (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018).

O sódio disponível para consumo provém do sal de cozinha (cloreto de sódio) e está presente em grandes quantidades em alimentos industrializados. Embora o consumo máximo de sal recomendado seja de 5 g/dia (equivalente a 2 g/dia de sódio), o brasileiro consome aproximadamente 9,3 gramas por dia de sal, ou seja, quase o dobro do limite preconizado (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014).

"A restrição do sódio mostrou ter um efeito redutor na PA em muitos estudos. Uma redução de 1,75 g de sódio por dia (4,4 g de sal/dia) está associada a uma redução média de 4,2 e 2,1 mmHg na PAS e na PAD, respectivamente" (BARROSO et al., 2021, p. 530).

Os mecanismos de sensibilidade ao sal não são completamente esclarecidos, mas sabe-se que existe uma variação individual das respostas da PA ao excesso e a redução de sódio

na dieta, com componente genético associado. A sensibilidade ao sal também aumenta com a idade e é mais marcante em afro-americanos, obesos e pacientes com síndrome metabólica (SM) ou doença renal crônica (DRC). Assim, é possível dividir os pacientes em sensíveis ou resistentes ao sal. O primeiro grupo representa 50 a 60% dos hipertensos e tem maior benefício na redução dos níveis pressóricos decorrente da restrição de sal na alimentação; da mesma forma, indivíduos normotensos sensíveis ao sal parecem ter maior propensão a desenvolver HAS. (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014; GOUVEIA; FEITOSA M.; FEITOSA C., 2018).

2.3. Álcool

O consumo crônico e abusivo de álcool está relacionado com a maior prevalência de HAS. O aumento dos níveis pressóricos é decorrente dos padrões de consumo, e não do tipo da bebida ou de características inerentes ao indivíduo. (BARROSO et al., 2021; OLIVEIRA Josimá. et al., 2021).

"Estima-se que o consumo excessivo de álcool seja responsável por cerca de 10-30% dos casos de HA e por aproximadamente 6% da mortalidade de todas as causas no mundo." (BARROSO et al., 2021, p. 531).

É preconizada moderação na ingestão de álcool, pois a relação dose-risco entre o consumo de álcool e a elevação dos níveis pressóricos ocorre a partir da ingestão maior que 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres. Considera-se que uma dose contém cerca de 14g de etanol, por conseguinte, o consumo diário de álcool deve ser limitado a 1 dose para as mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses para os homens. Foi observado que a redução da PA é mais significativa naqueles que consomem mais de duas doses por dia (totalizando menos 5,5 mmHg na PAS e 3,97 mmHg na PAD), e não tão relevante quando em menor consumo. (NOBRE et al., 2013; MALACHIAS et al., 2016; BARROSO et al., 2021).

Dentre os hipertensos, a ingestão leve a moderado de álcool sugere efeito cardioprotetor, com redução da mortalidade cardiovascular em comparação a abstêmios, porém, estes não devem ter o consumo estimulado (BARROSO et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021).

2.4. Tabaco

O percentual de adultos fumantes no Brasil diminuiu expressivamente nas últimas décadas, como consequência das ações de controle do tabagismo, implementadas. Em 1989, aproximadamente 34,8% da população adulta eram fumante, porcentagem que caiu para 12,6% em 2019. Entre 1989 e 2010, a queda no número de fumantes foi de 46% e estima-se que 420.000 óbitos foram evitados no mesmo período (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021).

Do ponto de vista econômico, o custo anual com doenças decorrentes do tabagismo foi avaliado em cerca de 125.148 milhões de reais em 2020, valor que exclui os gastos com prevenção e tratamento para cessação do vício (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021).

A nicotina provoca aumento da PA e da frequência cardíaca de forma imediata e transitória. Entretanto, não há evidências robustas de que a cessação do tabagismo tenha benefícios diretos acerca dos níveis pressóricos. Apesar dos resultados inconclusivos dos estudos relacionados ao tema, é recomendado a todos os tabagistas o abandono do hábito de fumar, pois este representa um importante fator de risco cardiovascular e de neoplasias (NOBRE et al., 2013; MALACHIAS et al., 2016; BARROSO et al., 2021).

2.5. Exercício físico

A prática regular de exercícios físicos apresenta benefícios adicionais no tratamento da HAS. “É recomendado preferencialmente, atividade aeróbia moderada por, pelo menos 30 minutos/dia, na maioria dos dias da semana, prática essa que pode gerar redução de 4 a 9 mmHg na PAS (pressão arterial sistólica)” (NOBRE et al., 2013, p. 265). É válido ressaltar que a complementação com treinamento resistido é recomendado na HAS (MALACHIAS et al., 2016). MATAVELLI et al. (2014, p. 364) ressalta que: “para que o exercício traga benefícios ao hipertenso deve-se atentar para o tipo, intensidade, frequência e a duração do treinamento físico. ”ROCHA et al., (2015) observou que a atividade física evidencia importância no TNM, reduzindo significativamente índices pressóricos, glicêmicos e IMC.

Desta maneira, o exercício físico atua nos valores antropométricos, no perfil metabólico, no aumento de massa magra e resistência física, fatores que minimizam a probabilidade de desenvolvimento da HAS ou seus valores, quando já estabelecida.

2.6. Perda de peso

Existe uma relação quase linear entre a obesidade e a PA, e tal característica é responsável por 65 a 75% dos casos de HAS, o que evidencia o efeito hipertensor do ganho de peso. Para cada 5% de perda ponderal observam-se a diminuição dos níveis pressóricos em 20 a 30%, entretanto, a literatura destaca que há algum efeito hipotensor mesmo antes do alcance ao peso ideal (BARROSO et al., 2021).

O índice de massa corporal (IMC) é determinado a partir do cálculo peso/altura², e valores a partir de 25 kg/m² indicam excesso de peso em relação à altura, situação apresentada por cerca de 50% dos brasileiros em idade adulta. A medida da circunferência abdominal (CA), quando acima dos limites recomendados, é denominada obesidade central (ou andróide), caracteriza-se por valores maiores do que 80 cm em mulheres e maiores do que 90 cm em homens (NOBRE et al., 2013).

Apesar das evidências inequívocas de que a CA acrescenta informações independentes e complementares ao IMC, a medida não é realizada rotineiramente, porém, é recomendado que os profissionais a incluam em sua prática, uma vez que caracteriza fator de risco cardiovascular e contribui para prever morbidade e risco de morte (BARROSO et al., 2021).

Não obstante, é indispensável para pacientes hipertensos com sobrepeso ou obesidade, o alcance e a manutenção de tal objetivo não é uma tarefa simples, pois depende da adoção de um estilo de vida saudável, que inclui a prática regular de atividade física somada a uma dieta equilibrada (OLIVEIRA T. et al., 2013).

3. Adesão ao tratamento não medicamentoso

De forma simplificada, o termo adesão pode ser definido como o cumprimento das recomendações terapêuticas prescritas, relacionado com o poder de escolha do indivíduo em acatá-las ou não. Desta forma, entende-se o papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre o seu tratamento (WEBER; DE OLIVEIRA; COLET, 2014).

É comprovado que o seguimento integral da terapia, seja ela medicamentosa ou não, contribui para a redução dos níveis pressóricos e a prevenção de complicações relacionadas a HAS. No entanto, a porcentagem de pessoas hipertensas que mantem sua PA dentro dos níveis desejados é baixa, e isso se deve em parte, ao cumprimento nulo ou insuficiente das medidas estabelecidas no TNM (OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com Rodrigues; Moreira; Andrade, (2014) "a não adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos do cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso".

Aferir a adesão ao TNM da HAS é uma tarefa difícil, pois há diferentes técnicas que podem ser empregadas, com pontos de corte distintos, e que geralmente enfatizam somente o tratamento farmacológico. Observa-se que há uma lacuna a ser preenchida, uma vez que não existe um método reconhecido como padrão-ouro, com abordagem dos aspectos do processo em questão na sua totalidade (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

Diversas causas contribuem a não adesão ao TNM, e além dos fatores sociodemográficos, como sexo, idade, escolaridade, etnia, aspectos econômicos e sociais, podemos citar outros relacionados à doença (cronicidade, complexidade, ausência de sintomas, presença de complicações); ao paciente (conhecimento inadequado sobre a doença, pouca compreensão acerca das instruções fornecidas pelo profissional, baixa percepção dos benefícios do tratamento, baixa motivação, crença de que os esforços são demasiados e não proporcionais a velocidade dos progressos); ao tratamento (é contínuo, grande quantidade de mudanças instituídas, exige demasiado esforço do paciente, resultados percebidos a longo prazo); as equipes e instituições de saúde (acesso ao serviço, tempo de espera para o atendimento, falta de acompanhamento contínuo, personalizado e com retornos programados, capacitação insuficiente dos profissionais, relacionamento e vínculo com os pacientes) (WEBER; DE OLIVEIRA; COLET, 2014; ROCHA et al., 2015). Sendo assim, considera-se necessário identificar individualmente os aspectos que dificultam ou impedem o seguimento de cada paciente, a fim de estabelecer a melhor abordagem.

Por ser uma doença crônica, a HAS exige uma continuidade no processo de motivação do paciente através de informações e apoio de uma equipe multiprofissional, que pode ser formada por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, agentes comunitários, dentre outros, promovendo o melhor controle da doença (MALACHIAS et al., 2016).

A dificuldade encontrada para a adesão ao TNM, para BECHO; OLIVEIRA e ALMEIDA (2017, p.350) tem constituído um grande desafio para os profissionais de saúde, sendo responsável pelo aumento dos custos sociais, como absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez.

Conclusão

Ao analisar as informações disponíveis na literatura selecionada, foi observado que as mudanças no estilo de vida mencionadas ao longo deste artigo expressam grande relevância para o alcance das metas pressóricas estabelecidas, com destaque para o controle de peso, padrão alimentar, prática de atividades físicas, restrição no consumo de sódio e álcool. Desta forma, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar esteja apta a elaborar ações eficientes para conscientizar os indivíduos sobre a importância de seu comprometimento com a terapia proposta, enfatizando a efetividade proporcional ao grau de adesão. Devem-se expor os benefícios passíveis de serem alcançados a curto e longo prazo, dentre eles, o retardo na progressão da doença, a diminuição das medicações prescritas (com conseqüente limitação dos efeitos colaterais implicados), redução dos gastos pelo paciente e o impacto na qualidade de vida. Além disso, é necessário esclarecer, de forma a garantir o entendimento do paciente acerca da evolução dessa patologia e suas possíveis repercussões.

Conclui-se que o tratamento não medicamentoso consiste em um processo complexo, uma vez que é dependente da compreensão e constante motivação do usuário, somadas a adequada preparação dos profissionais de saúde, para que identifiquem as limitações de cada um, possibilitando definir a melhor tática de abordagem individual. O sucesso de tal estratégia implicaria em queda nas taxas de HAS, resultando em melhor perfil cardiovascular da população e conseqüente diminuição dos custos ao sistema de saúde com a HAS e patologias relacionadas. É importante salientar também a necessidade de novos estudos sobre o tema, além de otimizar os programas de educação em saúde, que capacitem o usuário a entender sua condição e promovam o autocuidado, meio que o torna mais consciente e responsável por suas atitudes e decisões relacionadas a saúde.

O fato de que a HAS é uma doença silenciosa a torna mais prejudicial, portanto, sustentamos que o TNM deve ser incentivado e melhor abordado nos programas de saúde pública e nas graduações de ciências da saúde, tornando profissionais capazes de aplicar em seu campo de atuação. Por conseguinte, influenciar positivamente todas as comunidades na adoção dessas medidas, que se mostram benéficas não apenas nessa

patologia, mas no âmbito biopsicossocial.

THE IMPORTANCE OF ADHERENCE TO NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN ARTERIAL HYPERTENSION: LITERATURE REVIEW

Abstract

Introduction: Systemic arterial hypertension is a chronic non-transmissible disease, of multifactorial etiology, defined by the persistent increase in blood pressure levels. It is a frequent asymptomatic condition and tends to evolve with previous changes and / or deliver to target organs, such as the heart, brain, kidneys and blood vessels. It is considered the main modifiable risk factor for cardiovascular diseases and its association is related to higher morbidity, mortality and hospitalizations. **Objectives:** To describe the non-pharmacological treatment of arterial hypertension and the impact of its adherence on disease control. **Methods:** This is a descriptive literature review based on the analysis of materials between 2011 and 2021. **Development:** It represents an important health problem, because despite the easy diagnosis and ample arsenal for treatment, it remains with high prevalence and low rates of control. It is proven that early diagnosis and rapid intervention reduces the morbidity and mortality of patients. The treatment of arterial hypertension has benefits that outweigh the risks, and consists of drug therapy and non-pharmacological treatment, means that seek constant patient motivation and support from a multidisciplinary team. **Conclusion:** Non-drug treatment consists of changes in the individual's lifestyle, capable of preventing or delaying the onset of the disease and reducing the dosage, in addition to avoiding the adverse effects of the drugs and reducing the costs for the patient and for the healthcare institutions.. Since success in controlling the disease is a major challenge, prevention is the best option in terms of cost-benefit.

Keywords: Hypertension. Non-drug. Treatment.

Referências

BARROSO, Weimar KunzSebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 15 abr 2021.

BECHO, A. dos S.; OLIVEIRA, J. L. T. de; ALMEIDA, G. B. S. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde TT – Difficulties of adherence to hypertension treatment in a primary health care unit. **Rev. APS**, vol. 20, no. 3, p. 349-359, 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2504/1116>. Acesso em: 03 abr 2021.

BOMBIG, M. T. N.; FRANCISCO, Y. A.; MACHADO, C. A. A importância do sal na origem da hipertensão. **RevBrasHipertens**, v. 21, n. 2, p. 63–67, 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881408/rbh-v21n2_63-67.pdf. Acesso em: 12 abr 2021.

DADOS E NÚMEROS DA PREVALÊNCIA DO TABAGISMO - OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO | INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. [s. d.]. Available at: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GOUVEIA, M. M. de A.; FEITOSA, C. L. D. de M.; FEITOSA, A. D. de M. GÊNESE E FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev Bras Hipertens**, v. 25, n. 1, 2018. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>. Acesso em: 12 abr 2021.

HALFOUN, V. L. R. de C.; MATTOS, D. da S.; LAURÊDO, A. L. B.; SELÓRICO, C. F.; FERREIRA, J. M.; ALBUQUERQUE, M. P. S. de. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde TT – Adherence to hypertension treatment in a primary health care unit. **Rev. APS**, vol. 15, nº. 1, 2012. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1169/586>. Acesso em: 3 abr 2021.

MAGALHÃES, L. B. N. C.; AMORIM, A. M. de; REZENDE, E. P. CONCEITO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev Bras Hipertens**, v. 25, n. 1, p. 34, 2018. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>. Acesso em: 12 abr 2021.

MALACHIAS, M. V. B.; FRANCO, R. J. S.; FORJAZ, C. L. M.; PIERIN, A. M. G.; GOWDAK, M. M. G.; KLEIN, M. R. S. T.; MATSUDO, V. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 6 - Non-pharmacological treatment TT - 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 6 - Tratamento não medicamentoso. **Arq Bras Cardiol**, vol. 107, nº. 3 Suppl 3, p. 30–34, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 3 abr 2021.

MATAVELLI, I. S.; DEL JUDICE, E. L.; MATAVELLI, R.; HUNGER, M. S.; MARTELLI, A. Hipertensão Arterial Sistêmica e a Prática Regular de Exercícios Físicos como Forma de Controle: Revisão de Literatura TT - The Regular Practice of Physical Exercise to Control Systemic Arterial Hypertension: A Literature Review. **Rev. bras. ciênc. saúde**, vol. 18, nº.

4, p. 359–366, 2014. Disponível em:
<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/21281>. Acesso em: 3 abr 2021.

MIRANDA, A. P.; ANDRADE, C. C. C. de; SILVA, L. H. S. da. Promoção da saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde TT – Promotion of health to patients with of hypertension in oneunit Basic Health. **Nursing (São Paulo)**, vol. 20, nº. 235, p. 1992–1996, 2017. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029290>. Acesso em: 3 abr 2021.

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE, T. J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária TT - Essential Arterial Hypertension. **Medicina (Ribeirão Preto)**, vol. 46, nº. 3, p. 256–272, 2013. Disponível em:
http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf. Acesso em: 3 abr 2021.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO - OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO | INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. [s. d.]. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco>. Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, J. L.; OLIVEIRA, L. L.; DE SOUZA, T. C. S.; BARRETO, S. M. da C. O combate a hipertensão arterial na estratégia e saúde da família: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e5891, 6 fev. 2021. DOI 10.25248/reas.e5891.2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5891.2021>. Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. D. P.; FERNANDES, P. D. S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **ACTA Paulista de Enfermagem**, vol. 26, nº. 2, p. 179–184, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>. Acesso em: 3 abr 2021.

ROCHA, J. V.; ROCHA, S. V.; RODRIGUES, W. K. M.; VALENÇA NETO, P. F.; VASCONCELOS, L. R. C. Effectiveness of a physical activity program on indicators of health status of users of the Family Health Strategy TT - Efetividade de um programa de atividade física nos indicadores do estado de saúde de usuários da Estratégia de Saúde da Família. **Fisioter. mov**, vol. 28, nº. 2, p. 365–372, 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 3 abr 2021.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão TT - Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. **Rev. saúde pública**, vol. 48, nº. 2, p. 232–240, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 3 abr 2021.

WEBER, D.; DE OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. de F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde TT - The adherence to drug and non-drug treatmentto hypertensive patients treat in basic healt hunits. **Rev. bras. hipertens**, vol. 21, nº. 2, p. 114–121, 2014. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9yx8g>. Acesso em: 03 abr 2021.

Apêndice A

Quadro 1: Lista das revistas científicas utilizadas no artigo com as respectivas classificações.

Título da Revista	Dados da revista
ACTA PAUL. ENFERM.	Qualis A2
ARQ. BRAS. CARDIOL.	Qualis B2
FISIOTER. MOV.	Qualis B4
MEDICINA (RIBEIRÃO PRETO)	Qualis B3
NURSING (SÃO PAULO)	Qualis B2
REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Qualis B2
REVISTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE	Qualis B3
REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	Qualis A2
REVISTA ELETRONICA ACERVO SAÚDE	Qualis B2

Agradecimentos/ financiamento

Agradecemos à Instituição de ensino, aos docentes do curso e aos professores que aceitaram fazer parte da banca. Também agradecemos ao nosso orientador, a quem somos imensamente gratas pelo incentivo, confiança, paciência e dedicação.