

## **Fatores associados ao tratamento não medicamentoso por pacientes hipertensos**

### **Factors associated with non-drug treatment by hypertensive patients**

DOI:10.34117/bjdv7n4-315

Recebimento dos originais: 10/03/2021

Aceitação para publicação: 13/04/2021

#### **Ana Luiza Nascimento**

Graduanda em Farmácia

Instituição: Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI

Endereço: Av. Nice, 99 - Ibituruna. Montes Claros

E-mail: analuizanpo@gmail.com

#### **Patriny Aquino Lima**

Graduanda em Farmácia

Instituição: Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI

Endereço: Av. Nice, 99 - Ibituruna. Montes Claros

E-mail: patrinylima@hotmail.com

#### **João Bosco Costa**

Graduado em Enfermagem e Especialista em Saúde Pública

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

Endereço: Avenida Trajano Alves Palmeira, 677 – Santo Antônio. Vargem Grade do Rio Pardo

E-mail: joaboscovg@hotmail.com

#### **Wellington Danilo Soares**

Graduado em Educação Física. Doutor em ciências da saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

Instituição: Professor Titular da Funorte/FASI e Professor do Departamento de Educação Física da Unimontes

Endereço: Av. Nice, 99 - Ibituruna. Montes Claros

E-mail: wdansoa@yahoo.com.br

#### **André Fabricio Pereira da Cruz**

Graduado em Farmácia e Mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Instituição: Docente nas Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) e Faculdades Integradas Padrão (FipGuanambi)

Endereço: Av. Nice, 99 - Ibituruna. Montes Claros

E-mail: andrefabriciocruz@yahoo.com.br

## RESUMO

**Objetivo:** O estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico por pacientes hipertensos. **Materiais e métodos:** Esta pesquisa tratou-se de um estudo de caráter descritivo, de corte transversal, com análises quantitativas de campo. A pesquisa ocorreu na cidade de Montes Claros, situada no norte de Minas Gerais. A população foi constituída por pacientes de Unidades Básicas de Saúde da cidade, selecionadas por sorteio. A amostra foi composta por 211 participantes hipertensos de ambos os gêneros, selecionados de forma aleatória. Para a realização da coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas diretas e objetivas elaborado pelos pesquisadores, com supervisão do orientador. As perguntas objetivaram o levantamento de dados relacionados com os interesses dessa pesquisa. **Resultados:** os resultados mostraram que a maior parte dos entrevistados (47%) não aderem ao tratamento não medicamentoso, 41% adesão parcial e somente 12% relataram adesão total. **Conclusão:** Conclui-se que a adesão ao tratamento não medicamento ainda apresenta uma prática pouco adotada entre os pacientes hipertensos, percebe-se que existe a necessidade de buscar estratégias para o aumento da adesão ao tratamento da população estudada.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Tratamento não medicamentoso, Adesão ao Tratamento.

## ABSTRACT

**Objective:** the study aimed to assess factors associated with adherence to non-pharmacological treatment by hypertensive patients. **Materials and methods:** This research was a descriptive, cross-sectional study with quantitative field analysis. The research took place in the city of Montes Claros, located in the north of Minas Gerais. The population consisted of patients from Basic Health Units in the city, selected by lot. The sample consisted of 211 hypertensive participants of both genders, selected at random. For data collection, a questionnaire was used with direct and objective questions prepared by the researchers, under the supervision of the advisor. The questions aimed to collect data related to the interests of this research. **Results:** the results showed that the majority of respondents (47%) did not adhere to non-drug treatment, 41% partial adherence and only 12% reported total adherence. **Conclusion:** It is concluded that adherence to non-drug treatment still has a little adopted practice among hypertensive patients, it is clear that there is a need to seek strategies to increase adherence to treatment in the studied population.

**Keywords:** Hypertension, Non-drug treatment, Treatment adherence.

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis, apresenta elevada prevalência e baixos percentuais de controle com estado clínico multifatorial, definida por níveis altos e sustentados da pressão arterial (PA). Relaciona-se constantemente, a modificações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e artérias periféricas) e a variações metabólicas, com consequência a elevação do risco de acontecimentos cardiovasculares letais e não letais<sup>1</sup>.

O tratamento deve ser feito através de cuidados individuais e da utilização de medicações, além da terapia não medicamentosa, adotando uma dieta saudável, hipossódica e hipolipídica, bem como a prática de exercícios físicos regulares, pois o mesmo auxilia no controle dos níveis pressóricos e, desse modo, o paciente realiza o autocuidado<sup>2</sup>.

De acordo com Francisco<sup>7</sup>, estudos nacionais vêm considerando principalmente o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física no lazer, o consumo de álcool e o excesso de peso nas análises sobre a maioria de fatores de risco na população. Em adultos, a ocorrência de dois ou mais fatores foi maior nos homens e nos segmentos de menor renda per capita e escolaridade, além de ter diminuído com o avançar da idade na população idosa. Entre os fatores mencionados, o marcador de dieta inadequada geralmente utilizada é o consumo insuficiente de frutas e vegetais, apontando uma carência de informações mais abrangentes sobre o perfil alimentar.

É de grande importância o controle do uso do tabaco para a redução da hipertensão arterial. O tabaco é responsável por 25% das mortes por doenças cardíacas e 25% das mortes por AVE (Acidente Vascular Encefálico). Ele age no corpo por meio da nicotina, droga que atua como vasoconstritor, induzindo a elevação da pressão arterial, diminuindo a oxigenação dos vasos e do miocárdio. Quando relacionado em pacientes com histórico pregresso de hipertensão arterial, já é fator de risco ao desenvolvimento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Doença Renal Crônica (DRC). Esses fatores de risco são potencializados, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de tais comorbidades<sup>11</sup>.

Segundo autores<sup>10</sup>, uma outra relação com a elevação da pressão arterial é a ingestão excessiva de sódio. Este aumento ocorre devido a propriedade osmótica do cloreto de sódio. Quando o sal é consumido em grande quantidade, ele cai na mesma proporção nos vasos, e assim a água do corpo é sugada pelo cloreto. O organismo, na tentativa de manter o equilíbrio e normalizar a falta de água, eleva a pressão arterial para aumentar fluxo de sangue circulando.

Segundo Falcão *et al.*<sup>5</sup>, como benefícios da adesão ao tratamento não medicamentoso, evidenciam-se: o controle dos níveis pressóricos, a redução na incidência ou retardamento da doença, na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do idoso, sendo esta última a meta primordial das ações das equipes de saúde direcionadas a otimizar a adesão do idoso ao tratamento. Assim, a promoção da adesão ao tratamento de HAS é essencial para que os idosos alcancem qualidade de vida, já que

os mesmos possuem maior facilidade em aderir a intervenção medicamentosa do que realizar mudanças comportamentais e de estilo de vida.

Diante disso, a intenção deste estudo é avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico por pacientes hipertensos, já que a obtenção de melhores resultados dos níveis pressóricos está intimamente relacionada a uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, na prevenção de complicações e até de outras doenças cardiovasculares.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de análise quantitativa de campo, que objetivou avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico por pacientes hipertensos, maiores de 18 anos de idade, e, com diagnóstico, há no mínimo seis meses no município de Montes Claros – MG.

E, para cálculo amostral, considerou-se a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico como desconhecida, erro tolerável de 5% e intervalo de confiança de 95%, totalizado uma amostra mínima de 395 participantes. No entanto, devido às dificuldades em virtude da pandemia pelo COVID-19, a amostra foi composta por 212 participantes de ambos os gêneros, selecionados de forma aleatória.

Os dados foram coletados no 2º semestre de 2020 e para a realização da coleta, foi utilizado um questionário, de fácil interpretação, com perguntas diretas e objetivas elaborado pelos pesquisadores. A estratégia adotada para a coleta de dados deu-se a partir da escolha aleatória de três UBS da cidade de Montes Claros – MG, como ponto de coleta. A abordagem foi feita de forma aleatória, aos indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, foi apresentado o objetivo e a justificativa do estudo e esclarecidas possíveis dúvidas. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual o participante assinou permitindo o início da pesquisa, disponibilizando o questionário aos participantes, quando necessário sanavam-se possíveis dúvidas.

Os dados coletados da pesquisa foram introduzidos em planilha do software Excel versão 2013 e transportados aos softwares IBM® SPSS® Statistics versão 24.0 bases de análise estatística que forneceu os principais recursos necessários para execução do processo de estudo. Utilizou-se o teste Qui-quadrado na avaliação das diferenças de proporções dos dados categóricos e análise multivariada para verificar os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, e aprovado sob o parecer 4.301.078. Foi garantido o anonimato aos participantes da pesquisa.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as variáveis de caracterização dos 212 entrevistados que possuem HAS, pôde-se observar o predomínio da faixa etária de 41 a 60 anos (52,4%), maior parte também do sexo feminino (57,5%) e escolaridade até o ensino médio completo (41%) (Tabela 1).

Em relação à idade, os dados encontrados no presente estudo divergem de alguns estudo que apresentam maior número de HAS entre a população idosa acima de 60 anos<sup>12</sup>. O diagnóstico correto e a disciplina dos pacientes no acompanhamento se faz necessário para manter os níveis pressóricos ideais e reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

Quanto ao gênero, foram encontrados estudos semelhantes em que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino como Gewehr *et al.*<sup>8</sup> observou que mais da metade era do sexo feminino (69,0%), também no estudo de Moura *et al.*<sup>12</sup> (2016) a maioria (65,9%) eram do sexo feminino. Esse fato pode ser explicado, porque nas mulheres a pressão arterial pode sofrer alterações devido situações como o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa. Outras questões são as várias tarefas do universo doméstico e profissional das mulheres, que acaba acarretando exigências profissionais e domésticas, o que explica os níveis mais elevados de estresse quando comparadas aos homens, sendo um fator relevante para a elevação da PA. Também importante citar o fato das mulheres perceberem seus problemas de saúde mais do que os homens, pois estas procuram mais pelos serviços de saúde<sup>14</sup>.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	P
<b>Idade</b>			
18 a 40 anos	50	23,6	
41 a 60 anos	111	52,4	P=0,000
acima de 60 anos	51	24,1	
<b>Gênero</b>			
Feminino	122	57,5	
Masculino	90	42,5	P= 0,028
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental incompleto	46	21,7	
Fundamental completo	28	13,2	
Ensino médio incompleto	29	13,7	P= 0,000

Ensino médio completo	87	41,0
Superior incompleto	6	2,8
Superior completo	16	7,5

Fonte: Autoria própria (2020).

A hipertensão é uma patologia crônica silenciosa e pode permanecer por muito tempo sem apresentar sintomas, o diagnóstico recente ajuda na maior adesão do paciente ao tratamento. No presente estudo, o período de diagnóstico da HAS mais frequente foi mais que 10 anos (33,5%) e no intervalo de 2 a 5 anos (33%) (Tabela 2), resultado semelhante ao estudo de Falcão *et al.*<sup>5</sup> que apresentou diagnóstico mais que 10 anos de 37,8% e 32,3% até 5 anos.

A adesão ao tratamento farmacológico compreende em elementos distintos que fazem parte da vida do paciente, no qual incluem: o próprio paciente, o tratamento, a doença, a rotina, os profissionais de saúde, bem como a qualidade de vida do usuário e da sua família. Para que ocorra adesão ao tratamento, todos esses elementos precisam estar equilibrados. Neste estudo grande parte dos entrevistados fazem o tratamento de hipertensão (83%), resultado semelhante ao estudo de Gewehr *et al.*<sup>8</sup> que a maioria (66,2%) dos hipertensos também apresentaram alta adesão ao tratamento farmacológico.

Quanto a frequência com que consultam com o médico, 26,9% consultam uma vez a cada três meses, 25,5% consultam uma vez em cada seis meses e a mesma porcentagem (25,5%) consultam uma vez em cada seis meses e 17% frequentam menos de uma vez ao ano (Tabela 2). Nesse sentido, é importante ressaltar que, uma vez diagnosticada, o protocolo de manejo dessa patologia preconiza acompanhamento periódico pelo médico. Para aumentar a adesão ao tratamento e melhor controle da pressão arterial, a frequência nas consultas médicas e educação contínua dos pacientes é fundamental<sup>6</sup>.

Tabela 2 – Tempo de diagnóstico e aspectos relacionados ao tratamento da hipertensão.

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	P
<b>Foi diagnosticado com hipertensão há quanto tempo?</b>			
Há pelo menos um ano	21	9,9	P=0,000
Entre 2 e 5 anos	70	33,0	
Entre 05 e 10 anos	50	23,6	
Há mais de 10 anos	71	33,5	
<b>Faz o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica?</b>			
Sim	176	83,0	P= 0,000
Não	33	15,6	
<b>Frequência que consulta com o médico para avaliar a Hipertensão?</b>			
Pelo menos uma vez ao mês	11	5,2	
Uma vez a cada três meses	57	26,9	

Uma vez em cada seis meses	54	25,5	P= 0,000
Uma vez ao ano	54	25,5	
Menos de uma vez por ano	36	17,0	

Fonte: Autoria própria (2020).

O tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial é considerado um item difícil de ser alcançado quando se fala em adesão ao tratamento. Essa prática exige paciência e disciplina para perceber os resultados, adoção de um estilo de vida saudável e necessária mudanças na rotina que para muitos não é fácil realizar<sup>5</sup>. Fatores como tabagismo, excesso de peso corporal, dietas ricas em gorduras totais e saturadas, excesso de álcool, sódio e a falta de exercícios físicos regulares, são amplamente citados nas publicações e estão associados a hipertensão arterial<sup>4</sup>. No presente estudo 64,6% dos entrevistados alegaram que possuem conhecimento sobre o tratamento não medicamentoso, mais 46,2% não seguem a dieta recomendada para pacientes hipertensos e 54,2% não realizam restrições alimentares (Tabela 3), ou seja, a maioria possui conhecimento mais não seguem as práticas do tratamento não medicamentoso.

Na hipertensão arterial, o sedentarismo é considerado o fator de risco que possui maior incidência. Sendo que, o efeito protetor da atividade física além de reduzir a PA, também está associado à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade, o que justifica a sua recomendação na prevenção primária e no tratamento da hipertensão<sup>3</sup>. Entre os entrevistados deste estudo a maioria pratica atividades físicas até 3 vezes na semana (47%), mas, um número ainda considerável destes (36,8%) não praticam nenhuma atividade física (Tabela 3). E a prática de atividade física é de suma importância no auxílio da redução dos níveis pressóricos<sup>3</sup>.

São vários os fatores de risco associados à HAS, e podem ser classificados em não modificáveis (genética, gênero, idade e raça/cor) e modificáveis (tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo, obesidade e elevado consumo de sódio). Dentre os fatores comportamentais relacionados à hipertensão que podem levar também a outras doenças crônicas, destaca-se o tabagismo, que consiste na principal causa de morte evitável em todo o mundo. Os resultados deste estudo constatou que 16% dos indivíduos hipertensos são fumantes (Tabela 3), isso representa um alto risco para esses pacientes, pois o ato de fumar prejudica a propriedade elástica das artérias devido à vasoconstrição causada pelo fumo. Além disso, ocorre o aumento de epinefrina e noroepinefrina plasmática, que desencadeia uma resposta adrenérgica que leva a alterações da pressão arterial e frequência cardíaca elevada<sup>13</sup>.

No quesito de consumo de bebida alcoólica, 19,3% dos entrevistados relataram que

fazem uso frequente da bebida e 42,5%, uso moderado (Tabela 3), dado preocupante, de acordo com Mussi *et al.* (2018) o elevado consumo de bebida alcoólica demonstra uma ligação próxima com a hipertensão arterial, pois o aumento dos níveis de álcool no sangue aumenta a pressão arterial de forma lenta e progressiva.

Tabela 3 – Tratamento não medicamentoso relacionado ao tratamento da hipertensão

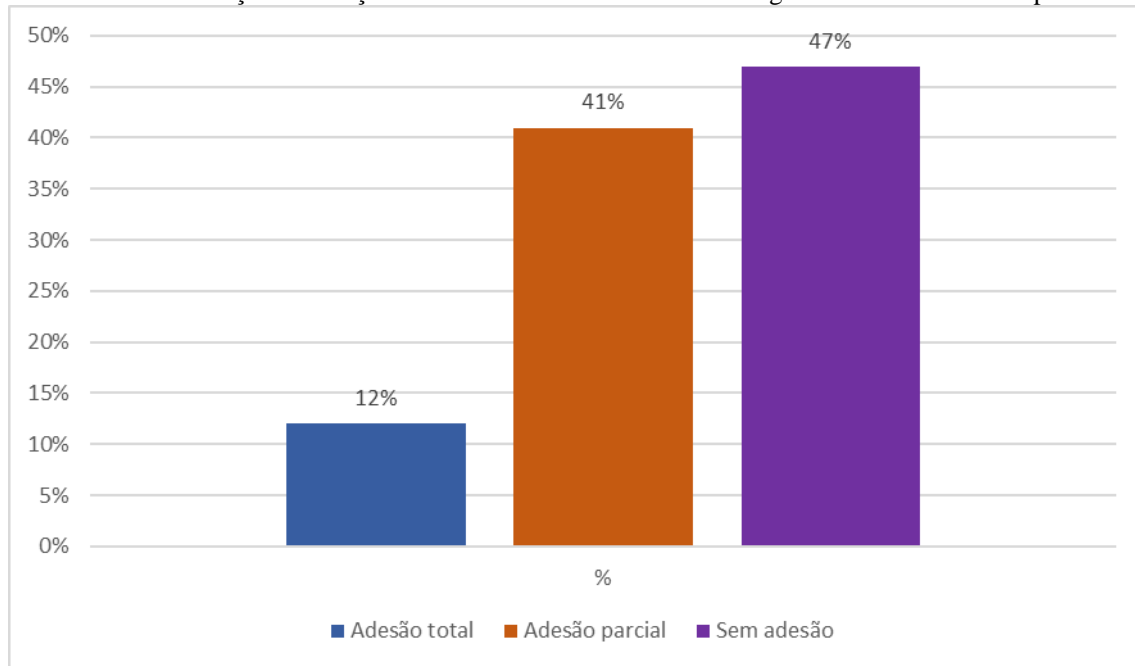
Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	P
<b>Tem conhecimento sobre o tratamento não medicamentoso?</b>			
Sim	137	64,6	P=0,000
Não	75	35,4	
<b>Realiza atividade física com que frequência?</b>			
Não pratico	78	36,8	P= 0,000
Até 3 vezes por semana	100	47,2	
Mais de 3 vezes por semana	34	16,1	
<b>Segue dieta recomendada para pacientes hipertensos?</b>			
Não sigo	98	46,2	P= 0,000
Sigo	70	33,0	
Às vezes	44	20,8	
<b>Realiza alguma restrição alimentar?</b>			
Sim	97	45,8	P= 0,216
Não	115	54,2	
<b>Tem conhecimento que mantendo uma alimentação saudável com frequência de exercício físico auxilia no tratamento não medicamentoso?</b>			
Sim	204	96,2	P= 0,000
Não	8	3,8	
<b>Em relação ao tabagismo, você se encontra como?</b>			
Tabagista atual	34	16,0	P=0,000
Ex-tabagista	62	29,2	
Nunca fumou	116	54,7	
<b>Uso de bebidas alcoólicas?</b>			
Uso frequente	41	19,3	P= 0,000
Uso moderado	90	42,5	
Não faz uso	81	38,2	

Fonte: Autoria própria (2020).

O gráfico 1 mostra que a maior parte (47%) dos entrevistados deste estudo responderam que não aderem às medidas não farmacológicas no tratamento, e 41% apresentam uma adesão parcial. Através da pesquisa pode-se perceber que existe grande variabilidade nos níveis de adesão ao tratamento não farmacológico em diferentes estudos, isso pode ser explicado devido à falta de homogeneidade das metodologias aplicadas, que incluem distintas áreas, populações de hipertensos, intervalos de tempo, números de participantes e formas de obter as informações sobre adesão<sup>9</sup>.



Gráfico 1 - Classificação em relação a adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão.



Fonte: Autoria própria (2020).

No estudo de Weber, Oliveira e Colet<sup>16</sup> encontraram um resultado diferente, no qual o conhecimento do tratamento não medicamentoso foi relatado por 73% dos entrevistados e destes 91,78% afirmaram cumpri-la, nesse mesmo estudo quando questionados quanto à pessoa que orientou sobre o tratamento não farmacológico, 71,23% responderam que foi o médico, porém 37% afirmaram que o mesmo não orienta sobre o tal tratamento. Com isso, percebe-se a necessidade de conscientização dos médicos e demais profissionais da saúde para reforçar com o paciente, o papel fundamental do tratamento não medicamentoso no controle da PA.

O teste de qui-quadrado de independência mostrou que há associação entre a escolaridade e a adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão, no qual os pacientes do ensino médio completo apresentaram maior número de adesão total (7,5%) e parcial (19,8%) ao tratamento não farmacológico. Semelhante forma do teste de qui-quadrado de independência entre o gênero e a adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão, também mostraram que existe associação, mostrando maior adesão total (7,5%) e parcial no sexo feminino (28,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação da associação entre a escolaridade e o grau de adesão à medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão.

<b>Escolaridade*Como você se classifica em relação a adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão?</b>				
		<b>Adesão total</b>	<b>Adesão parcial</b>	<b>Sem adesão</b>
<b>Fundamental incompleto</b>	n	4	15	27
	%	1,9%	7,1%	12,7%
<b>Fundamental completo</b>	n	1	8	19
	%	0,5%	3,8%	9,0%
<b>Médio incompleto</b>	n	2	9	18
	%	0,9%	4,2%	8,5%
<b>Médio completo</b>	n	16	42	29
	%	7,5%	19,8%	13,7%
<b>Superior incompleto</b>	n	0	3	3
	%	0,0%	1,4%	1,4%
<b>Superior completo</b>	n	2	11	3
	%	0,9%	5,2%	1,4%
P= 0,006				
<b>Gênero*Como você se classifica em relação a adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão?</b>				
		<b>Adesão total</b>	<b>Adesão parcial</b>	<b>Sem adesão</b>
<b>Feminino</b>	n	16	60	46
	%	7,5%	28,3%	21,7%
<b>Masculino</b>	n	9	28	53
	%	4,2%	13,2	25,0%
P=0,009				

Fonte: Autoria própria (2020).

Conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial<sup>15</sup>, intervenções não farmacológicas são de grande importância, pois apresentam baixo custo, risco mínimo e eficácia na diminuição dos níveis de pressão arterial. Entre essas intervenções estão: a prática constante e regular de atividades físicas, a redução do peso corporal, a restrição alcoólica e o abandono do tabagismo. Desse modo, a intervenção não farmacológica tem como objetivo o controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou evitar a evolução da HAS.

#### 4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao tratamento não medicamento ainda apresenta uma prática pouco adotada entre os pacientes hipertensos, percebe-se que existe a necessidade de buscar estratégias para o aumento da adesão ao tratamento da população estudada, visto que os resultados encontrados são considerados um pouco distantes daqueles necessários para o controle da PA e das comorbidades da HAS.

As estratégias devem ser elaboradas individualmente, observando as condições de vida e limitações de cada paciente. Observa-se que a adoção de hábitos de vida saudáveis também se faz necessária, já que uma parte significativa dos hipertensos relataram não praticar nenhum tipo de atividade física e não seguem dieta indicada para hipertensos.

Os resultados deste estudo reforçam a preocupação com o problema de saúde pública. O conhecimento da adesão dos pacientes ao tratamento não farmacológico é necessário para que medidas e ações de prevenção possam ser implantadas. Com isso, é relevante o investimento em programas de controle da HAS, com a participação de uma equipe multidisciplinar para o aumento da adesão ao tratamento, sendo a presença do farmacêutico fundamental para o sucesso das intervenções a serem realizadas, com objetivo de promover uma melhor qualidade de vida para população.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo GSB, Mota IAV, Silva JD, Aoyama EA, Souza RAG. Hipertensão arterial sistêmica: problema de saúde pública nos dias atuais. *ReBIS*. 2019;1(1):39-43. Disponível em: <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/127>
2. Cardoso SL, Maia OMS, Pinho MGMS, Luna RL, Melo SAOA, Tavares CSouza *et al*. Hipertensão arterial: mudança de hábitos para adesão ao tratamento. *Revista Interfaces*. 2019 6(17): 219-223. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/663>
3. Costa, Nathália Santa Cruz Pinheiro, et al. "Exercício físico auxiliando no tratamento da hipertensão arterial." *Brazilian Journal of Development* 7.2 (2021): 19627-19632.
4. da Silva Rego, Luara, Simone dos Santos Barros Rodrigues, and Nicole Debia. "Terapia nutricional como auxílio no controle da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa." *Brazilian Journal of Development* 6.10 (2020): 80992-81004.
5. Falcão AS, Silva MGC, Junior AFR, Moura SR, Silva FRS, Sousa ASJ *et al*. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza. Abr-Jun 2018; 31(2): 1-10. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view>
6. Ferreira DN, Matos DL, Loyola Filho AI. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. *Rev Bras Epidemiol* Jul-Set 2015; 18(3): 578-594. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n3/pt\\_1415-790X-rbepid-18-03-00578.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n3/pt_1415-790X-rbepid-18-03-00578.pdf)
7. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Senicato C, Malta DC. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. *Rev Saude Publica*. 2019; 53:86. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt\\_1518-8787-rsp-53-86.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-86.pdf)
8. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. Jan-Mar 2018; 42(116):179-190. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>
9. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1763-1772. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>
10. Lopes WMA, Coutinho DJG, Marinho GA, Lima JL, Lopes WA. Atuação do nutricionista na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus. *Braz. J. Hea. Rev. jan./feb.* 2020; 3(1):308-324. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/6179/5494>

11. Mol MAL; Castro JM, Costa WJT. Tabagismo e desfechos cardiovasculares entre hipertensos. *Revista Artigos*. 11dez.2019;12:e2566. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2566>
12. Moura AAG, Godoy SC, Cesarino CB, Mendes IAC. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Enfermería Global*. Julho 2016; 43:14-27. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt\\_clinica1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_clinica1.pdf)
13. Mussi FC, Portela PP, Barretto LES, Gama GGG, Mendes AS, Macêdo TTS. Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. *Rev. Baiana Enferm*. 2018; 32: e20383. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-958102>
14. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Rev Bras Epidemiol* Jan-Mar 2016; 19(1): 38-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(3):1-83. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
16. Weber D, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Hipertens*. 2014; 21(2):114-121. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2\\_114-121.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf)