



Adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica em pescadores de Itapemirim, Espírito Santo

Adherence to medication treatment for Systemic Arterial Hypertension in fishermen from Itapemirim, Espírito Santo

Adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial Sistémica en pescadores de Itapemirim, Espírito Santo

Fernanda Leal Rodrigues¹, Luciane Zanin¹, Arlete Maria Gomes Oliveira¹, Flávia Martão Flório¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil dos pescadores e não pescadores com hipertensão arterial sistêmica e fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal, em pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família de Itaipava no Município de Itapemirim (Espírito Santo). Foram compostos dois grupos de estudo: pescadores (GP, n=79) e não pescadores (GNP, n=155) que participaram de entrevista para identificar: variáveis demográficas; variáveis relacionadas aos hábitos e variáveis relacionadas aos cuidados em saúde. Os prontuários médicos dos participantes foram avaliados. A adesão terapêutica foi definida pela Escala de Morisky (MMAS- 8). Análises bivariadas e múltipla foram realizadas. **Resultados:** GP apresentou menor grau de escolaridade, maior proporção de fumantes e de etilistas, menor proporção de prática regular de atividade física, menor consciência de que dieta e exercício ajudam no controle da pressão e menor grau de adesão terapêutica ($p < 0,05$). Apenas a escolaridade permaneceu no modelo final: pessoas com menor escolaridade têm mais risco de baixa adesão terapêutica (OR= 2,86; IC 95%; 1,39-6,01; $p < 0,05$). **Conclusão:** A pesca não interferiu na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, mas, algumas características singulares deste trabalho podem contribuir para a baixa adesão terapêutica, que se mostrou associada à baixa escolaridade.

Palavras-chave: Cooperação e adesão ao tratamento, Conhecimentos, Atitudes e prática em saúde, Hipertensão, Pescadores.

ABSTRACT

Objective: To identify the profile of fishermen and non-fishermen with systemic arterial hypertension and factors associated with adherence to antihypertensive treatment. **Methods:** This cross-sectional epidemiological study was conducted with patients diagnosed with systemic arterial hypertension treated at the Itaipava Family Health Strategy in Itapemirim, Espírito Santo, Brazil. Two groups were formed: fishermen (GP, n=79) and non-fishermen (GNP, n=155). Participants were interviewed to collect data on demographic variables, habits, and health care-related factors. Medical records were reviewed. Therapeutic adherence was assessed using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Bivariate and multiple analyses were performed. **Results:** The fishermen group (GP) exhibited a lower level of education, a higher proportion of smokers and alcohol users, a lower level of regular physical activity, less awareness of diet and exercise's role in controlling blood pressure, and a lower degree of therapeutic adherence ($p < 0.05$). In the final model, only education remained significant: individuals with lower education were at higher risk of low therapeutic adherence (OR=2.86; 95% CI:1.39-6.01; $p < 0.05$). **Conclusion:** Fishing did not affect adherence to antihypertensive treatment. However, certain characteristics identified in this study, particularly lower education, were associated with lower therapeutic adherence.

Keywords: Treatment adherence and compliance, Health knowledge, Attitudes and practices in health, Hypertension, Fishermen.

¹Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de pescadores y no pescadores con hipertensión arterial sistémica y los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. **Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico transversal con pacientes tratados en la Estrategia de Salud de la Familia Itaipava en Itapemirim, Espírito Santo, Brasil. Se constituyeron dos grupos: pescadores (GP, n=79) y no pescadores (GNP, n=155), quienes participaron en entrevistas sobre variables demográficas, hábitos y cuidado de la salud. Se revisaron las historias clínicas. La adherencia terapéutica se definió mediante la Escala de Morisky (MMAS-8). Se realizaron análisis bivariados y multivariados. **Resultados:** El grupo de pescadores presentó un menor nivel educativo, mayor proporción de fumadores y bebedores, menor actividad física regular, menos conciencia de que dieta y ejercicio ayudan a controlar la presión arterial y menor adherencia terapéutica ($p<0,05$). En el modelo final, solo la escolaridad se mantuvo significativa: las personas con menor escolaridad tienen mayor riesgo de baja adherencia terapéutica (OR=2,86; IC95%; 1,39-6,01; $p<0,05$). **Conclusión:** La pesca no influyó en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, pero algunas características del estudio contribuyen a la baja adherencia, asociada con bajo nivel educativo.

Palabras clave: Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Conocimientos, Actitudes y práctica en salud, Hipertensión, Pescadores.

INTRODUÇÃO

A pesca é uma das principais atividades de subsistência da população do distrito de Itaipava no município de Itapemirim (Espírito Santo), desempenhando um papel central na economia local ao fornecer renda, gerar empregos e garantir segurança alimentar. Nesse contexto, é fundamental considerar a importância da atuação do pescador e a rotina da atividade pesqueira para compreender as razões pelas quais, entre as principais doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente entre esses trabalhadores (CONCEIÇÃO LCA, et al., 2021). Entre os fatores de risco mais frequentemente associados à HAS estão a obesidade, o sedentarismo, o estresse crônico, o tabagismo, o etilismo, a dieta rica em sódio e causas hereditárias (BARROSOWKS, et al., 2021).

O diagnóstico da doença é simples, e ela pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, como ajustes na alimentação e na prática regular de exercícios físicos, além do uso de medicamentos de baixo custo, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção primária, com poucos efeitos colaterais, como diurese aumentada, impotência sexual e tosse seca (OTT C e SCHMIEDER RE, 2022; IXJH et al., 2022). Apesar disso, a HAS é uma condição crônica que exige acompanhamento e controle rigoroso ao longo da vida, uma vez que a falta de seguimento pode acarretar graves consequências, como insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença cerebrovascular e até morte (OLIVEROS E, et al., 2020; AL GHORANI H, et al., 2022; BERNATOVA I, et al., 2022).

Neste contexto, a adesão ao tratamento é considerada um comportamento relacionado à saúde do paciente, sendo mais que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos (XIE Z, et al., 2020). Segundo a OMS, a adesão pode ser definida como "o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão do medicamento, o seguimento do regime alimentar e as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde" (WHO, 2003). Para que a adesão ocorra, o paciente deve ter conhecimento sobre o seu estado de saúde, ser consciente da importância do controle da pressão arterial e ter acesso aos serviços, que devem ser mantidos ao longo de sua vida (LANE D, et al., 2022).

A falta de adesão ao tratamento é um dos principais fatores responsáveis pelas falhas no manejo da HAS, contribuindo para o agravamento dos processos patológicos, aumento das internações hospitalares e elevação dos custos para a saúde pública (PIERIN AM, et al., 2011; HAMRAHIAN SM, 2020). No Brasil, menos de 10% dos pacientes com HAS apresentam controle efetivo da doença, uma vez que, além do uso regular de medicamentos, é necessária a mudança nos hábitos de vida, como a disciplina alimentar e a prática de exercícios físicos (NASCIMENTO MOD, et al., 2021; XIE Z, et al., 2021).

Fatores como a ausência de sintomas específicos, o receio de efeitos adversos dos medicamentos e o longo tempo de espera para consultas médicas são frequentemente apontados como barreiras à adesão ao

tratamento da HAS (ABEGAZ e SHEHAB, 2017). É fundamental que o profissional de saúde avalie o nível de adesão terapêutica dos pacientes, considerando as peculiaridades de cada grupo populacional, para desenvolver estratégias eficazes de intervenção nos casos de não adesão (SILVA GF, et al., 2021). Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidas e os fatores associados à adesão ao tratamento em uma região pesqueira do sudeste do Brasil.

MÉTODOS

Este estudo observacional quantitativo, do tipo coorte, foi realizado com pacientes cadastrados no programa Hiperdia, vinculado a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no distrito de Itaipava, município de Itapemirim (ES). Foram identificados os pacientes cadastrados no programa, dos quais 79 declararam ter a pesca como ocupação principal, sendo todos homens.

Para manter a paridade entre os grupos, foram selecionados aleatoriamente homens não pescadores com hipertensão arterial sistêmica, maiores de 18 anos, em uso de medicamentos anti-hipertensivos fornecidos exclusivamente pelo setor público e acompanhados pela mesma equipe da ESF.

As condições antropométricas e clínicas, registradas na última consulta (medida da cintura em centímetros, índice de massa corporal - IMC e pressão arterial) foram coletadas nos prontuários clínicos. As entrevistas foram realizadas no domicílio ou na unidade de saúde, conforme a preferência do participante, utilizando um questionário com 40 perguntas. As questões abordaram variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade), hábitos (uso de álcool e tabaco, prática de atividade física) e cuidados em saúde (dificuldades para agendar consultas, número de medicamentos prescritos, presença de efeitos colaterais).

A adesão terapêutica foi avaliada por meio da versão em português (OLIVEIRA-FILHO AD, et al., 2012) da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (MMAS-8), composta por oito itens (MORISKY DE, et al., 2008). O grau de adesão foi classificado como: alta (8 pontos), média (6 a <8 pontos) e baixa (<6 pontos). Análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis. As associações entre variáveis categóricas e os grupos foram analisadas pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher. As variáveis quantitativas foram comparadas entre os grupos pelos testes t de Student e Welch.

Modelos de regressão logística foram ajustados para análises univariadas das variáveis independentes em relação ao desfecho (grau de adesão terapêutica). Variáveis com $p < 0,20$ nas análises univariadas foram incluídas em um modelo múltiplo, sendo mantidas no modelo final apenas aquelas com $p < 0,05$. Odds ratios (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados a partir dos modelos ajustados. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As análises foram realizadas utilizando o software R®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, conforme parecer de número 5.062.703 e CAAE: 52353221.8.0000.5374.

RESULTADOS

De um total de 537 pacientes cadastrados no programa Hiperdia em fevereiro de 2022, foram selecionados os 79 pescadores cadastrados. Para manter a proporção de 1:2, foi realizado um sorteio aleatório até se completar 158 não pescadores que atendessem aos critérios de inclusão.

A idade média dos pescadores foi de 52,3 ($\pm 13,4$) anos, enquanto a dos não pescadores foi de 53,0 ($\pm 14,0$) anos ($p = 0,7087$). A **Tabela 1** apresenta as variáveis demográficas, o tempo de cadastro no Hiperdia e o histórico familiar, considerando os grupos de estudo. Observa-se que houve associação significativa entre o grupo de estudo e a escolaridade ($p < 0,05$), sendo mais frequente o menor nível de escolaridade entre os pescadores em comparação aos não pescadores.

Tabela 1 - Variáveis demográficas, tempo de cadastro no programa de Hipertensão e histórico familiar dos participantes em função do grupo, n=234.

Variável	Categoria	Geral	Grupo		p-valor
			Pescadores	Não-pescadores	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cor da pele	Branco	134 (57,3%)	42 (53,2%)	92 (59,4%)	¹ 0,6511
	Negro	42 (17,9%)	16 (20,3%)	26 (16,8%)	
	Pardo	58 (24,8%)	21 (26,6%)	37 (23,9%)	
Renda (salários-mínimos)	Até1	117 (50,0%)	39 (49,4%)	78 (50,3%)	¹ 0,8901
	De1a4	117 (50,0%)	40 (50,6%)	77 (49,7%)	
Escolaridade	Até fundamental	121 (51,7%)	61 (77,2%)	60 (38,7%)	¹ <0,0001
	Atémédio	70 (29,9%)	15 (19,0%)	55 (35,5%)	
	Atésuperior	43 (18,4%)	3 (3,8%)	40 (25,8%)	
Estado Civil	Solteiro	42 (17,9%)	13 (16,5%)	29 (18,7%)	² 0,9163
	Casado	187 (79,9%)	64 (81,0%)	123 (79,4%)	
	Divorciado	2 (0,9%)	1 (1,3%)	1 (0,6%)	
	Viúvo	3 (1,3%)	1 (1,3%)	2 (1,3%)	
Tempo de cadastro	≤ 1 ano	40 (17,1%)	13 (16,5%)	27 (17,4%)	¹ 0,9242
	Entre2e6 anos	150 (64,1%)	52 (65,8%)	98 (63,2%)	
	≥ 7 anos	44 (18,8%)	14 (17,7%)	30 (19,4%)	
Histórico familiar de hipertensão	Não	62 (26,5%)	22 (27,8%)	40 (25,8%)	¹ 0,7379
	Sim	172 (73,5%)	57 (72,2%)	115 (74,2%)	

Nota:¹Teste de Qui-quadrado. ²Teste Exato de Fisher. ³Teste t de Student.

Fonte: Rodrigues FL, et al., 2025.

A **Tabela 2** apresenta as variáveis relacionadas aos hábitos dos participantes. Todos receberam orientação sobre o uso do sal e a prática de atividade física. Observou-se maior frequência de pescadores que relataram fumar e consumir bebidas alcoólicas ($p < 0,05$). Em contrapartida, a proporção de pescadores que praticam atividade física e que se preocupam em aferir a pressão arterial foi menor ($p < 0,05$). Além disso, verificou-se menor frequência de pescadores que acreditam que a adoção de regime alimentar e exercícios físicos contribuem para o controle da pressão arterial ($p < 0,05$). Todos os pescadores declararam enfrentar dificuldades para seguir a dieta, pois esta é preparada por outra pessoa.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas aos hábitos de usuários com hipertensão, cadastrados no programa de hipertensão da Atenção Primária à Saúde, em função do grupo, n=234.

Variável	Categoria	Geral	Grupo		p-valor
			Pescadores	Não-pescadores	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Uso de cigarro	Não	157 (67,1%)	42 (53,2%)	115 (74,2%)	10,0017
	Sim	59 (25,2%)	31 (39,2%)	28 (18,1%)	
	Ex-fumante	18 (7,7%)	6 (7,6%)	12 (7,7%)	
Uso de bebida	Não	104 (44,4%)	28 (35,4%)	76 (49,0%)	10,0479
	Sim	130 (55,6%)	51 (64,6%)	79 (51,0%)	
Recebeu orientação sobre o uso do sal	Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
	Sim	234 (100,0%)	79 (100,0%)	155 (100,0%)	
Tem alguma dificuldade para seguir a dieta	Não sinto	7 (3,0%)	0 (0,0%)	7 (4,5%)	² <0,0001
	Sim, não gosto de comida sem sal	84 (35,9%)	0 (0,0%)	84 (54,2%)	
	Sim, preparada por outra pessoa	143 (61,1%)	79 (100,0%)	64 (41,3%)	

Variável	Categoria	Geral	Grupo		p-valor
			Pescadores	Não-pescadores	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Teve prescrição para atividade física	Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
	Sim	234 (100,0%)	79 (100,0%)	155 (100,0%)	
Pratica atividade física	Não	184 (78,6%)	71 (89,9%)	113 (72,9%)	10,0027
	Sim	50 (21,4%)	8 (10,1%)	42 (27,1%)	
Por que não pratica atividade física	Prática	50 (21,4%)	8 (10,1%)	42 (27,1%)	20,0033
	Falta de companhia	7 (3,0%)	3 (3,8%)	4 (2,6%)	
	Falta de tempo	150 (64,1%)	62 (78,5%)	88 (56,8%)	
	Por sentirdor	27 (11,5%)	6 (7,6%)	21 (13,5%)	
Preocupa-se em aferir a pressão?	Não	91 (38,9%)	47 (59,5%)	44 (28,4%)	1<0,0001
	Sim	143 (61,1%)	32 (40,5%)	111 (71,6%)	
Regime/exercício ajudam no controle da pressão?	Não	56 (23,9%)	36 (45,6%)	20 (12,9%)	1<0,0001
	Sim	178 (76,1%)	43 (54,4%)	135 (87,1%)	
Remédio é fundamental para o controle da pressão?	Não	7 (3,0%)	4 (5,1%)	3 (1,9%)	20,2300
	Sim	227 (97,0%)	75 (94,9%)	152 (98,1%)	
Variável		Média (desvio padrão)			
Prática de atividade física(vezes/semana)		0,8 (1,7)	0,4 (1,1)	1,1 (1,8)	30,0003

Nota: ¹Teste de Qui-quadrado. ²Teste Exato de Fisher. ³Teste t de Welch. **Fonte:** Rodrigues FL, et al., 2025.

Na **Tabela 3**, observam-se as variáveis relacionadas aos cuidados em saúde. Notou-se que os pescadores relataram maior dificuldade no agendamento de consultas ($p<0,0001$) e apresentaram menor adesão ao tratamento ($p<0,05$), com maior frequência de baixa adesão identificada no grupo de pescadores.

Tabela 3 - Variáveis relacionadas aos cuidados em saúde, de usuários com hipertensão, cadastrados no programa de hiperdia da Atenção Primária à Saúde em função do grupo, $n=234$.

Variável	Categoria	Geral	Grupo		p-valor
			Pescadores	Não-pescadores	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Dificuldade no agendamento de consultas?	Não	148 (63,2%)	30 (38,0%)	118 (76,1%)	1<0,0001
	Sim	86 (36,8%)	49 (62,0%)	37 (23,9%)	
Quantidade de remédios	Padrão normal	181 (77,4%)	70 (88,6%)	111 (71,6%)	10,0033
	Polifarmácia	53 (22,6%)	9 (11,4%)	44 (28,4%)	
Sente algum efeito colateral do remédio?	Não	229 (97,9%)	78 (98,7%)	151 (97,4%)	20,6651
	Sim	5 (2,1%)	1 (1,3%)	4 (2,6%)	
O médico já mudou o remédio?	Não	159 (67,9%)	57 (72,2%)	102 (65,8%)	10,3753
	Sim	75 (32,1%)	22 (27,8%)	53 (34,2%)	
Adesão ao tratamento (MMAS)	Baixa	163 (69,7%)	63 (79,7%)	100 (64,5%)	20,0073
	Média	60 (25,6%)	16 (20,3%)	44 (28,4%)	
	Alta	11 (4,7%)	0 (0,0%)	11 (7,1%)	
Variável		Média (desvio padrão)			
Adesão ao tratamento (MMAS)		4,8 (1,2)	4,2 (1,1)	5,1 (1,1)	3<0,0001

Nota: ¹Teste de Qui-quadrado. ²Teste Exato de Fisher. ³Teste t de Student.

Fonte: Rodrigues FL, et al., 2025.

Em relação às variáveis antropométricas e clínicas, a maioria das pessoas com HAS avaliadas era obesa e apresentava controle da pressão arterial (**Tabela 4**). A medida da cintura foi significativamente maior nos pescadores ($p=0,0002$).

Tabela 4 - Variáveis antropométricas e clínicas dos participantes, em função do grupo, n=234.

Variável	Categoria	Geral	Grupo		p-valor
			Pescadores	Não-pescadores	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Medida cintura	Normal	126 (53,8%)	39 (49,4%)	87 (56,1%)	¹ 0,0002
	Risco médio	30 (12,8%)	9 (11,4%)	21 (13,5%)	
	Risco alto	78 (33,3%)	31 (39,2%)	47 (30,3%)	
IMC	Normal	12 (5,1%)	6 (7,6%)	6 (3,9%)	¹ 0,3995
	Sobrepeso	79 (33,8%)	24 (30,4%)	55 (35,5%)	
	Obesidade	143 (61,1%)	49 (62,0%)	94 (60,6%)	
Pressão arterial	Normal	159 (67,9%)	50 (63,3%)	109 (70,3%)	² 0,2757
	Descontrole	75 (32,1%)	29 (36,7%)	46 (29,7%)	
Variável		Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)	Média (desvio padrão)	
IMC		31,7 (4,4)	31,4 (4,6)	31,8 (4,3)	³ 0,4914
Pressão arterial - Sistólica		131,9 (17,0)	133,8 (19,9)	131,0 (15,3)	⁴ 0,2700
Pressão arterial - Diastólica		84,5 (8,6)	85,6 (9,7)	84,0 (7,9)	⁴ 0,2170

Nota:¹Teste de Qui-quadrado. ²Teste Exato de Fisher. ³Teste t de Student. ⁴Teste t de Welch.

Fonte: Rodrigues FL, et al., 2025.

Considerando a variável dependente 'grau de adesão terapêutica', na **Tabela 5** verifica-se que o grupo de pescadores apresenta maior chance de ter baixo grau de adesão terapêutica. No entanto, apenas a escolaridade permaneceu significativa no modelo final, com os usuários com menor escolaridade apresentando maior chance (OR=2,86; IC 95%: 1,39-6,01) de apresentar baixa adesão terapêutica (p<0,05).

Tabela 5 - Análises das associações com o grau de adesão terapêutica, em usuários com hipertensão, cadastrados no programa de hiperdia da Atenção Primária à Saúde, n=234.

Variável	Categoria	n (%)	Grau de adesão terapêutica		OR bruto (IC95%)	p-valor	OR do modelo final (IC95%)	p-valor
			Baixo*	Alto ou médio				
			n (%)	n (%)				
Grupo	Não pescador	155 (66,2%)	100 (64,5%)	55 (35,5%)	Ref		-	
	Pescador	79 (33,8%)	63 (78,8%)	16 (20,2%)	2,17 (1,14-4,11)	0,0179		
Demográficas								
Idade (anos)	Até 40	50 (21,4%)	29 (58,0%)	21 (42,0%)	Ref		-	
	De 41 a 50	52 (22,2%)	38 (73,1%)	14 (26,9%)	1,97 (0,86-4,51)	0,1110		
	De 51 a 60	61 (26,1%)	47 (77,0%)	14 (23,0%)	2,43 (1,07-5,52)	0,0336		
	De 61 a 70	48 (20,5%)	32 (66,7%)	16 (33,3%)	1,45 (0,64-3,30)	0,3769		
	Acima de 70	23 (9,8%)	17 (73,9%)	6 (26,1%)	2,05 (0,69-6,08)	0,1950		
Escolaridade	Até fundamental	121 (51,7%)	93 (76,9%)	28 (23,1%)	2,89 (1,39-6,01)	0,0046	2,89 (1,39-6,01)	0,0046
	Até médio	70 (29,9%)	47 (67,1%)	23 (32,9%)	1,78 (0,82-3,88)	0,1483	1,78 (0,82-3,88)	0,1483
	Até superior	43 (18,4%)	23 (53,5%)	20 (46,5%)	Ref		Ref	
Estado civil	Solteiro	42 (17,9%)	27 (64,3%)	15 (35,7%)	Ref		-	
	Casado	187 (79,9%)	132 (70,6%)	55 (29,4%)	1,33 (0,66-2,70)	0,4240		
	Divorciado	2 (0,9%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	-			
	Viúvo	3 (1,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1,11 (0,09-13,30)	0,9337		
Tempo de cadastro (anos)	≤ 1	40 (17,1%)	29 (72,5%)	11 (27,5%)	1,51 (0,60-3,81)	0,3861	-	
	Entre 2e6	150 (64,1%)	106 (70,7%)	44 (29,3%)	1,38 (0,68-2,79)	0,3760		
	≥ 7	44 (18,8%)	28 (63,6%)	16 (36,4%)	Ref			
Histórico familiar HAS	Não	62 (26,5%)	44 (71,0%)	18 (29,0%)	1,09 (0,58-2,06)	0,7936	-	
	Sim	172 (73,5%)	119 (69,2%)	53 (30,8%)	Ref			
Hábitos								
Preocupa-se em aferir a pressão?	Não	91 (38,9%)	70 (76,9%)	21 (23,1%)	1,79 (0,99-3,25)	0,0554	-	
	Sim	143 (61,1%)	93 (65,0%)	50 (35,0%)	Ref			
Regime/exercício ajudam no controle da pressão?	Não	56 (23,9%)	44 (78,6%)	12 (21,4%)	1,82 (0,89-3,70)	0,0992	-	
	Sim	178 (76,1%)	119 (66,9%)	59 (33,1%)	Ref			

Variável	Categoria	n (%)	Grau de adesão terapêutica		OR bruto (IC95%)	p-valor	OR do modelo final (IC95%)	p-valor
			Baixo*	Alto ou médio				
			n (%)	n (%)				
Remédio é fundamental para o controle da pressão?	Não	7 (3,0%)	7 (100,0%)	0 (0,0%)	-	-	-	
	Sim	227 (97,0%)	156 (68,7%)	71 (31,3%)	Ref			
Cuidados em saúde								
Dificuldade no agendamento de consultas?	Não	148 (63,2%)	99 (66,9%)	49 (33,1%)	Ref		-	
	Sim	86 (36,8%)	64 (74,4%)	22 (25,6%)	1,44 (0,80-2,61)	0,2284		
Quantidade de remédios	Padrão normal	181 (77,4%)	128 (70,7%)	53 (29,3%)	1,24 (0,65-2,38)	0,5149	-	
	Polifarmácia	53 (22,6%)	35 (66,0%)	18 (34,0%)	Ref			
Sente algum efeito colateral do remédio?	Não	229 (97,9%)	160 (69,9%)	69 (30,1%)	Ref	0,6373	-	
	Sim	5 (2,1%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0,65 (0,11-3,96)			
Antropométricas								
Medida da cintura	Normal	126 (53,8%)	92 (73,0%)	34 (27,0%)	Ref		-	
	Risco médio	30 (12,8%)	20 (66,7%)	10 (33,3%)	0,70 (0,38-1,28)	0,2483		
	Risco alto	78 (33,3%)	51 (65,4%)	27 (34,6%)	0,74 (0,31-1,74)	0,4883		
IMC	Normal	12 (5,1%)	9 (75,0%)	3 (25,0%)	Ref		-	
	Sobrepeso	79 (33,8%)	53 (67,1%)	26 (32,9%)	0,80 (0,21-3,11)	0,7492		
	Obesidade	143 (61,1%)	101 (70,6%)	42 (29,4%)	0,68 (0,17-2,72)	0,5855		
Pressão arterial	Normal	159 (67,9%)	111 (69,8%)	48 (30,2%)	Ref			
	Descontrole	75 (32,1%)	52 (69,3%)	23 (30,7%)	0,98 (0,54-1,78)	0,9407		

Nota:*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: Oddsratio. IC: Intervalo de confiança. AIC (modelo vazio) = 289,23. AIC (modelo final) = 284,96.

Fonte: Rodrigues FL, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A análise do perfil das pessoas com hipertensão arterial sistêmica de acordo com os grupos de estudo revelou que os pescadores apresentam maior frequência de características que podem impactar negativamente sua condição de saúde geral, incluindo a adesão ao tratamento da HAS. No entanto, quando as variáveis foram avaliadas em conjunto, observou-se que apenas a baixa escolaridade se mostrou associada à baixa adesão terapêutica, aumentando em 2,86 vezes a chance de sua ocorrência.

Neste contexto, destaca-se que a escolaridade foi significativamente menor entre os pescadores, a maioria dos quais estudou apenas até o ensino fundamental. Este achado era esperado e pode ser compreendido pela necessidade precoce dessas pessoas de contribuir com o sustento e tradição familiar (FREITAS YV, et al., 2022), além da sobreposição entre as horas de estudo e a atividade de pesca, o que dificulta a frequência em cursos regulares. Ademais, a desigualdade nas políticas públicas e nos investimentos sociais direcionados aos pescadores, em comparação com outros setores da sociedade (MUSIELLO-FERNANDES J, et al., 2020), contribui para explicar a menor escolaridade desse grupo.

O baixo nível de instrução limita o acesso à informação, dificultando a compreensão das orientações em saúde (MASSON T e DALLACOSTA FM, 2021), o que pode justificar o fato dos pescadores apresentarem menor conhecimento sobre dieta e prática de exercício físico no controle da HAS. A falta de compreensão dos fatores relacionados aos agravos à saúde pode levar à desvalorização do cuidado e, conseqüentemente, à baixa adesão ao tratamento. Dessa forma, é essencial preparar a equipe de profissionais para desenvolver estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento utilizando linguagem mais simples e clara (BARGHOUTH MH, et al., 2023). O tratamento também deve ser acessível, não excessivamente complexo, para permitir a compreensão e o engajamento dos pacientes (ABEGAZ e SHEHAB, 2017).

O nível de escolaridade também impacta a assiduidade às consultas agendadas (DANIEL AC e VEIGA EV, 2013). É fundamental conscientizar os pacientes sobre a importância do controle da pressão arterial para evitar complicações cardiovasculares e melhorar a qualidade de vida. Consultas frequentes garantem melhor monitoramento dos níveis pressóricos, ajustes terapêuticos e acompanhamento de efeitos colaterais, além de proporcionar acesso contínuo a informações essenciais, facilitando o cumprimento das orientações para tratamento medicamentoso e não medicamentoso (DOSSE C, et al., 2009).

Um fator relacionado à baixa assiduidade às consultas é o vínculo empregatício. A carga horária elevada e o estresse psicossocial influenciam negativamente a adesão ao tratamento da HAS (VARLETA P, et al., 2015). Indivíduos que trabalham (DEMONER MS, et al., 2012), especialmente aqueles de menor qualificação e poder aquisitivo (MEDEIROS MJL, et al., 2019), apresentam maior risco de não aderir ao tratamento. Como trabalhadores autônomos, o rendimento financeiro dos pescadores depende de sua produtividade. Diante das dificuldades de acesso ao serviço de saúde, especialmente pelos horários em que as unidades de saúde estão abertas (das 7h às 16h, de segunda a sexta-feira), o pescador, ao adoecer, enfrenta não apenas a ameaça à sua saúde, mas também ao sustento de sua família.

Muitas vezes, a escolha é continuar trabalhando, negligenciando os sinais de agravamento da doença, o que pode comprometer irreversivelmente a saúde (PROSENEWICZ I e LIPPI UG, 2012). Entre os pescadores, observou-se uma maior proporção de fumantes (39,2%) e consumidores de bebidas alcoólicas (64,6%), fatores que podem estar relacionados ao alto estresse e às longas jornadas de trabalho (JIANG H, et al., 2018). O tabaco é frequentemente utilizado como uma forma de distração, especialmente quando o trabalho se estende até a noite (PRIYANKA R, et al., 2016). A combinação de álcool com o tratamento farmacológico pode resultar em complicações e reduzir a eficácia dos medicamentos, ao potencializar seus efeitos (SILVA L e RAMOS ME, 2016), levando muitos pescadores a optar pelo consumo de bebidas em vez de tomar a medicação.

A adesão ao tratamento e a adoção de hábitos saudáveis são fatores importantes para o controle adequado da HAS. No grupo de pacientes com HAS, observou-se que todos os participantes relataram ter recebido orientação sobre o uso do sal e prescrição para atividade física. Isso está alinhado com o trabalho da equipe que conduz o Programa Hiperdia, que realiza mensalmente ações para promover a saúde dos

pacientes, contribuindo para a conscientização sobre a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida. Essas ações incluem palestras ministradas por nutricionistas, caminhadas acompanhadas por educadores físicos, aferição de pressão arterial e da glicemia.

A adoção de um estilo de vida favorável ao sucesso do tratamento, além da terapia medicamentosa, tem sido amplamente discutida (SOARES MM, et al., 2021). Em suas casas, as mulheres são responsáveis por comprar os alimentos e decidir o que será preparado, enquanto durante a pesca, as refeições ficam a cargo do colega cozinheiro. No geral, os barcos têm espaço limitado para cozinha e a ausência de refrigeradores influencia os hábitos alimentares, incentivando o consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados. Notou-se que a maioria dos participantes avaliados relatou não praticar atividade física por falta de tempo, sendo maior a proporção de pescadores neste grupo (78,5%).

Segundo a VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o indivíduo deve praticar, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física moderada, de forma contínua (1x30 minutos) ou acumulada (2x15 minutos ou 3x10 minutos) de 5 a 7 dias da semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2022). A duração da jornada de trabalho destes trabalhadores varia entre oito e doze horas, podendo chegar até a dezesseis horas e após o retorno do mar, o pescador ainda participa da venda do pescado e da manutenção das embarcações. Esta rotina atribulada corrobora com evidências disponíveis de que pescadores não realizam prática de atividade física, pois a atividade laboral já envolve desgaste físico e fadiga no fim do dia (ROSA MF e MATTOS UA., 2010). A necessária mudança de hábitos de vida está intrinsecamente relacionada a aspectos subjetivos e emocionais do indivíduo (COSTA TND, et al., 2019).

Indivíduos que praticam regularmente atividade física, evitam ingestão de comidas ricas em sal e gorduras, tendem a apresentar maiores níveis de adesão ao tratamento clínico e menores níveis de depressão (SOARES MM, et al., 2021). É importante destacar que a depressão é uma condição que pode interferir negativamente na adesão (YATIM H, et al., 2019) e os estressores relacionados ao trabalho pesqueiro podem ter efeitos negativos na saúde mental desses profissionais levando ao desenvolvimento de sintomas depressivos, o que foi relatado por alguns participantes durante as entrevistas. Este aspecto não foi formalmente avaliado no presente estudo e sugere-se que estudos futuros incluam a saúde mental dentre as variáveis avaliadas.

A adoção de medidas como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, redução do consumo de sal e realização de atividade física regular devem fazer parte da assistência direcionada às pessoas com HAS pois estão intimamente relacionadas à melhoria na qualidade de vida e interferem positivamente no controle da hipertensão arterial (PIERIN AM, et al., 2011; DA LUZ PÁDUA GUIMARÃES MC, et al., 2022). Entre os pescadores observa-se menor consciência de que dieta e exercício ajudam no controle da pressão e da preocupação em aferir a pressão, o que pode estar relacionado à maior dificuldade de estabelecimento de vínculo dos pescadores com a equipe de saúde em vista da restrição de horários viáveis para participar das atividades propostas.

A terapêutica influencia na adesão ao tratamento perante os esquemas medicamentosos complexos, os custos do medicamento e os efeitos indesejados (PIERIN AM, et al., 2011; DA LUZ PÁDUA GUIMARÃES MC, et al., 2022). Entre os pescadores observou-se menos polifarmácia (11,4%) provavelmente pela existência de preocupação da equipe com o perfil e rotina desses profissionais e consequente a busca por meios para facilitar o processo terapêutico, o que corrobora com a adesão ao tratamento (LUDWIG M, et al., 2021). É sabido que o melhor controle da pressão arterial é associado ao acesso a medicamentos sem custo, o que leva a uma maior adesão ao tratamento (ANDRADE JP, et al., 2002).

No presente estudo, todos os participantes fazem seu tratamento exclusivamente no Sistema Único de Saúde e por consequência, o acesso aos medicamentos é facilitado e garantido o que pode estar relacionado aos valores médios da pressão arterial observado nos resultados. Apesar dos efeitos colaterais serem considerados a segunda principal causa de não adesão ao tratamento, poucos participantes do presente estudo relataram efeitos adversos. Esse resultado também foi observado em estudos anteriores (SANTOS ZMSA, et al., 2022; SILVA ICD, et al., 2022) e pode estar relacionado à ausência de associação significativa

com o grau de adesão ao tratamento. Em relação aos dados antropométricos avaliados, nota-se que a proporção de risco pela medida da cintura foi maior entre os pescadores e maus hábitos incluindo o sedentarismo e a má alimentação podem justificar esse achado.

A medida da circunferência abdominal é um importante indicador para avaliação do risco cardiovascular (LIMA EP, et al., 2014; NEVES SC, et al., 2021) e a gordura abdominal é considerada fator preditivo para o desenvolvimento dessa doença, provavelmente pelas alterações fisiológicas que ocorrem em indivíduos obesos (LIMA EP, et al., 2014). Nessa perspectiva, promover estratégias que visem mudanças no estilo de vida, tais como o aumento da atividade física, abandono do tabagismo e modificações nos hábitos alimentares são oportunas e necessárias. Apesar da relevância dos achados deste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A principal limitação está relacionada à coleta de dados por meio de entrevistas, o que pode ter introduzido vieses de resposta, como a tendência dos participantes a fornecerem respostas socialmente desejáveis.

No entanto, o uso de um instrumento validado fortalece a confiabilidade dos achados, contribuindo para a consistência dos resultados obtidos. Outro ponto que merece atenção é a composição da amostra, que incluiu exclusivamente pescadores do sexo masculino, uma condição decorrente da realidade local, o que limita a generalização dos resultados para mulheres ou outros grupos ocupacionais. Ademais, não foram avaliados aspectos subjetivos, como saúde mental e condições emocionais, que podem influenciar significativamente a adesão ao tratamento. Por fim, o desenho transversal utilizado impede a análise de causalidade entre as variáveis estudadas, restringindo as conclusões a associações observadas no período da pesquisa. Estudos futuros poderiam explorar uma abordagem longitudinal, bem como ampliar o escopo da população avaliada, incluindo fatores psicológicos e sociais para um entendimento mais abrangente da adesão terapêutica em diferentes contextos.

Embora algumas limitações existam, o estudo traz contribuições importantes ao revelar a realidade do cotidiano dos hipertensos em uma comunidade pesqueira. Essa abordagem permitiu identificar desafios específicos enfrentados por essa população, como barreiras de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de adaptações no cuidado ofertado. Os achados oferecem subsídios para a implementação de estratégias inovadoras, como o atendimento multiprofissional nos terminais pesqueiros e a oferta de consultas em horários mais flexíveis, que atendam à rotina desses trabalhadores. A partir dos resultados obtidos, destaca-se o potencial de intervenções baseadas em educação em saúde e na promoção de um melhor engajamento dos pacientes com hipertensão arterial.

CONCLUSÃO

Diversos fatores, relacionados à adesão medicamentosa e ao estilo de vida, podem contribuir para o descontrole da hipertensão arterial. Neste estudo, apenas a baixa escolaridade apresentou associação com o baixo grau de adesão terapêutica. Dessa forma, é fundamental implementar estratégias educativas e assegurar que o tratamento proposto seja simples, favorecendo a compreensão, o engajamento e o autocuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ABEGAZ TM, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(4): 5641.
2. AL GHORANI H e GÖTZINGER F, et al. Arterial hypertension - Clinical trials update 2021. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2022; 32(1): 21-31.
3. ANDRADE JP, et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2002; 79(4): 375-379.
4. BARGHOOTH MH, et al. Polypharmacy and the change of self-rated health in community-dwelling older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023; 20(5): 4159.

5. BARROSO WKS, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol* [Internet], 2021 Mar 25; 116(3): 516–658. Available from: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>.
6. BERNATOVA I, et al. Hypertension and cardiovascular diseases: from etiopathogenesis to potential therapeutic targets. *Int J Mol Sci*, 2022; 23(14): 7742.
7. CONCEIÇÃO LCA, et al. A pesca artesanal e os agravos à saúde do pescador no município de Curuçá, estado do Pará, Brasil. *Revista Sustinere*, 2021; 9: 103-117.
8. COSTA TND, et al. Injuries caused by fish to fishermen in the Vale do Alto Juruá, Western Brazilian Amazon. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2019; 53: 20180495.
9. DA LUZ PÁDUA GUIMARÃES MC, et al. Adherence to antihypertensive treatment during the COVID-19 pandemic: findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension*, 2022; 28(1): 35.
10. DANIEL AC e VEIGA EV. Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein (São Paulo)*, 2013; 11(3): 331-337.
11. DEMONER MS, et al. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(1): 27–34.
12. DOSSE C, et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2009; 17(2): 201-206.
13. FREITAS YV, et al. Importância da pesca artesanal para a diversificação proteica e manutenção da segurança alimentar em uma comunidade litorânea do nordeste do Brasil. *Revista Arqueologia Pública*, 2022; 17(00): 22016.
14. HAMRAHIAN SM. Medication Non-adherence: a Major Cause of Resistant Hypertension. *Current Cardiology Reports*, 2020; 22(11): 133.
15. HERRERA PA, et al. Understanding Non-Adherence From the Inside: Hypertensive Patients' Motivations for Adhering and Not Adhering. *Qualitative Health Research*, 2017; 27(7): 1023-1034.
16. INCAPER. Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural. PROATER 2020-2023. Itapemirim, ES, 2020.
17. IX JH, et al. Letter regarding "diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021". *Kidney Int*, 2022; 101(4): 828-830.
18. JIANG H, et al. Work Stress and Depressive Symptoms in Fishermen With a Smoking Habit: A Mediator Role of Nicotine Dependence and Possible Moderator Role of Expressive Suppression and Cognitive Reappraisal. *Frontiers in Psychology*, 2018; 9: 386.
19. LANE D, et al. Nonadherence in Hypertension: How to Develop and Implement Chemical Adherence Testing. *Hypertension*, 2022; 79(1): 12-23.
20. LIMA EP, et al. Pressão arterial sistêmica X Circunferência abdominal de pacientes do programa hiperdia – Vale do Aço/MG. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2014; 6(2): 24-9.
21. LUDWIG M, et al. Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2021; 37.
22. MASSON T e DALLACOSTA FM. Fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento de hipertensos e diabéticos. *VITTALLE*, 2021; 33(3): 55-61.
23. MEDEIROS MJL, et al. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na atenção básica: revisão integrativa. *Revista Saúde Ciência Online*, 2019; 8(1): 111-128.
24. MORISKY DE, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 2008; 10(5): 348-54.
25. MUSIELLO-FERNANDES J, et al. Artisanalfishingonthecoastof Espírito Santo state, southeasternBrazil: anapproachtosocioenvironmentalcoceanography. *Boletim do Instituto de Pesca*, 2020; 46(4): 610.
26. NASCIMENTO MOD, et al. Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021 Aug 18; 74(6): 20200173.
27. NEVES SC, et al. Risk factors involved in adolescent obesity: an integrative review. *Ciência&SaúdeColetiva*, 2021; 26(3): 4871-4884.
28. OLIVEIRA-FILHO AD, et al. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2012; 99(1): 649-58.

29. OLIVEROS E, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clin Cardiol*, 2020; 43(2): 99-107.
30. OTT C e SCHMIEDER RE. Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021. *Kidney Int*, 2022; 101(1): 36-46.
31. PIERIN AM, et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(1): 1389-400.
32. PRIYANKA R, et al. Work-Associated Stress and Nicotine Dependence among Law Enforcement Personnel in Mangalore, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2016; 17(2): 829-33.
33. PROSENEWICZ I e LIPPI UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21(1): 219–31.
34. ROSA MF e MATTOS UA. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010 Jun; 15(1): 1543-52.
35. SANTOS ZMSA, et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2005; 14(3): 332-72.
36. SILVA GF da, et al. Adherence to antihypertensive treatment and occurrence of Metabolic Syndrome. *Escuela Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 2021; 25(2): 20200213.
37. SILVA ICD, et al. Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75(6): 220008.
38. SILVA L e RAMOS ME. Interação medicamentosa entre fármacos anti-hipertensivos em usuários de bebida alcoólica. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 2016; 5.
39. SOARES MM, et al. Interações entre adesão ao tratamento medicamentoso, meta pressórica e depressão em hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37(8): 61120.
40. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acessado em: 22 de março de 2024.
41. VARLETA P, et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 2015; 143(5): 569-76.
42. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/4268>. Acessado em: 22 de janeiro de 2024.
43. XIE Z, et al. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 2020 Aug 12; 20(1): 1227.
44. YATIM HM, et al. Factors influencing patients' hypertension self-management and sustainable self-care practices: a qualitative study. *Public Health*, 2019; 173: 5-8.