

**FATORES ASSOCIADOS À  
BAIXA ADESÃO AO  
TRATAMENTO  
ANTIHIPERTENSIVO E AO  
CONTROLE PRESSÓRICO  
INADEQUADO EM ADULTOS  
ACOMPANHADOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

**FACTORS ASSOCIATED WITH LOW ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE  
TREATMENT AND INADEQUATE BLOOD PRESSURE CONTROL IN ADULTS  
FOLLOWED IN PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW**

Ciências da Saúde • 04/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782914718](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782914718)

---

Nyna Carlyne de Sousa Carvalho<sup>1</sup>

Carlos Alberto Nunes Mourão Filho<sup>2</sup>

Daniel Alves Alvarenga<sup>3</sup>

João Lucas Sousa Barros<sup>4</sup>

Raimundo Nonato Gois da Costa Júnior<sup>5</sup>

---

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica prevalente e associada a elevada morbimortalidade cardiovascular, especialmente quando há baixa adesão terapêutica e controle pressórico inadequado. O estudo analisa, por meio de revisão sistemática, os fatores associados à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ao controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de revisão sistemática qualitativa, descritiva e crítica, conduzida conforme o PRISMA 2020, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library/CENTRAL e BVS/LILACS. Foram identificados 958 registros e 28 estudos integraram a síntese qualitativa. Os achados indicaram que maior adesão terapêutica se relacionou a melhor controle pressórico, enquanto uso irregular, interrupção do tratamento e baixa persistência associaram-se ao descontrole da pressão arterial. Entre os determinantes destacaram-se baixo conhecimento, letramento em saúde insuficiente, efeitos adversos, indisponibilidade de medicamentos, complexidade terapêutica e fragilidade da comunicação entre equipe e usuário. Conclui-se que melhorar a adesão é prioridade assistencial na Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial; Adesão ao tratamento; Controle pressórico; Atenção Primária à Saúde; Revisão sistemática.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a prevalent chronic condition associated with high cardiovascular morbidity and mortality, especially when therapeutic adherence is low and blood pressure control is inadequate. This study analyzes, through a systematic review, the factors associated with low adherence to antihypertensive treatment and inadequate blood pressure control among adults followed in Primary Health Care. This is a qualitative,

descriptive, and critical systematic review conducted according to PRISMA 2020, with searches in PubMed/MEDLINE, Cochrane Library/CENTRAL, and BVS/LILACS. A total of 958 records were identified and 28 studies were included in the qualitative synthesis. The findings indicated that higher therapeutic adherence was related to better blood pressure control, whereas irregular use, treatment interruption, and low persistence were associated with uncontrolled blood pressure. The main determinants included poor knowledge, insufficient health literacy, adverse effects, medication unavailability, therapeutic complexity, and weak communication between healthcare teams and users. It is concluded that improving adherence is a care priority in Primary Health Care.

**Keywords:** Hypertension; Treatment adherence; Blood pressure control; Primary Health Care; Systematic review.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui uma das condições crônicas mais prevalentes na população adulta e permanece como importante desafio para os sistemas de saúde, sobretudo por seu caráter silencioso, progressivo e frequentemente subestimado. Embora o diagnóstico seja relativamente simples e existam tratamentos farmacológicos eficazes e amplamente disponíveis, o controle pressórico adequado ainda é insuficiente em parcela expressiva dos indivíduos hipertensos, o que amplia o risco de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e mortalidade cardiovascular evitável (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa papel central no acompanhamento de adultos hipertensos, pois

representa o principal ponto de entrada, vínculo longitudinal e coordenação do cuidado dentro da rede de atenção. É nesse nível assistencial que devem ocorrer o rastreamento, a confirmação diagnóstica, a estratificação de risco cardiovascular, a prescrição terapêutica, o monitoramento da pressão arterial e a educação em saúde; entretanto, mesmo com equipes multiprofissionais e protocolos clínicos disponíveis, muitos usuários apresentam dificuldade em manter o tratamento de forma contínua (Brasil, 2021).

A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um fenômeno complexo e multifatorial, não podendo ser reduzida ao esquecimento ou à falta de responsabilidade individual. Entre os fatores envolvidos, destacam-se a ausência de sintomas, o uso contínuo de medicamentos, os efeitos adversos, a baixa compreensão sobre a doença, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa escolaridade, o custo indireto do cuidado, a fragilidade do vínculo com a equipe e a percepção equivocada de cura após a redução dos níveis pressóricos (Burnier, 2019).

Além dos fatores individuais, aspectos relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde também interferem na continuidade do tratamento e no controle da hipertensão. Consultas espaçadas, acompanhamento irregular, ausência de busca ativa, baixa disponibilidade de medicamentos, comunicação pouco clara e participação insuficiente do paciente na construção do plano terapêutico podem enfraquecer a adesão, de modo que a APS precisa ir além da simples renovação de receitas e assumir uma postura educativa, acolhedora e contínua (Gewehr, 2018).

O controle pressórico inadequado, por sua vez, reflete não apenas falhas no tratamento medicamentoso, mas também a persistência

de barreiras relacionadas à adesão, ao estilo de vida, ao acompanhamento clínico e à organização da assistência. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial destacam que, embora a HAS possua diagnóstico acessível e tratamento efetivo, seu controle permanece difícil, especialmente em razão da baixa adesão terapêutica e da necessidade de acompanhamento longitudinal (Barroso, 2021).

Apesar da ampla produção científica sobre hipertensão arterial, observa-se heterogeneidade entre os estudos quanto aos métodos utilizados para avaliar adesão medicamentosa, aos critérios de controle pressórico, às características das populações acompanhadas e aos contextos assistenciais investigados. Essa diversidade dificulta a comparação entre os achados e limita a identificação dos principais determinantes da baixa adesão em adultos acompanhados na APS, reforçando a necessidade de sínteses sistemáticas e metodologicamente transparentes (Choudhry, 2022).

Diante desse cenário, tornou-se necessária a realização de uma revisão sistemática voltada à análise crítica das evidências disponíveis sobre a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sua relação com o controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Assim, o presente estudo buscou identificar os principais fatores associados à não adesão, compreender suas repercussões sobre o controle da pressão arterial e discutir barreiras que dificultam a efetividade do tratamento no contexto da APS (Burnier, 2019).

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## **2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica: Conceito, Epidemiologia e Relevância Clínica**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como a elevação persistente dos níveis pressóricos acima dos valores de referência estabelecidos, geralmente caracterizada por pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg, aferidas em condições adequadas e em ocasiões distintas. Trata-se de uma condição crônica e multifatorial, influenciada por fatores genéticos, ambientais, metabólicos, comportamentais e sociais, cuja fisiopatologia envolve alterações no débito cardíaco, na resistência vascular periférica e na regulação neuro-humoral da pressão arterial (Barroso, 2021).

Do ponto de vista epidemiológico, a HAS constitui um dos maiores desafios da saúde pública global. O relatório mundial sobre hipertensão apontou que aproximadamente 1,28 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos convivem com a condição no mundo, sendo que parcela expressiva desses indivíduos reside em países de baixa e média renda. Além disso, o caráter silencioso da doença contribui para subdiagnóstico e tratamento insuficiente, dificultando o controle populacional dos níveis pressóricos (Organização Mundial da Saúde, 2023).

No Brasil, a hipertensão arterial mantém elevada prevalência e associa-se a fatores como envelhecimento, obesidade, sedentarismo, alimentação rica em sódio, histórico familiar e desigualdades sociais. A relevância clínica da doença decorre de sua associação com lesões em órgãos-alvo e maior risco de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, razão pela qual o diagnóstico oportuno, o

tratamento contínuo e a adesão terapêutica são elementos centrais para reduzir complicações evitáveis (Barroso, 2021).

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, o controle pressórico permanece insuficiente em parte importante dos pacientes hipertensos. Essa distância entre o tratamento disponível e o controle efetivo evidencia que o manejo da HAS não depende apenas da prescrição farmacológica, mas também da compreensão do paciente, da simplificação do regime terapêutico, da continuidade do acompanhamento e da capacidade dos serviços de saúde de sustentar o cuidado ao longo do tempo (Burnier, 2019).

## **2.2. Adesão Terapêutica: Conceito, Dimensões e Modelos Explicativos**

A adesão terapêutica corresponde ao grau em que o comportamento de uma pessoa, incluindo tomar medicamentos, seguir orientações dietéticas e realizar mudanças no estilo de vida, concorda com as recomendações pactuadas com profissionais de saúde. Essa definição reconhece que a adesão não depende exclusivamente da vontade individual, mas resulta de uma relação construída entre paciente, equipe, família e sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Na hipertensão arterial, a adesão ao tratamento pode ser compreendida a partir de três dimensões complementares: iniciação, que corresponde ao início do uso do medicamento prescrito; implementação, relacionada à correspondência entre o uso real e o regime recomendado; e descontinuação, caracterizada pela interrupção definitiva do tratamento. Cada dimensão sofre

influência de determinantes distintos e exige estratégias específicas de acompanhamento (Burnier, 2019).

Diferentes modelos explicativos ajudam a compreender o comportamento de adesão em condições crônicas. O Modelo de Crenças em Saúde, por exemplo, destaca a influência da percepção de susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras na decisão de aderir ao tratamento; no caso da hipertensão, a ausência de sintomas reduz a percepção de risco e pode comprometer a motivação para o uso contínuo dos medicamentos (Choudhry, 2022).

A não adesão pode ser classificada como intencional ou não intencional. A forma intencional ocorre quando o paciente decide conscientemente não usar o medicamento, geralmente por medo de efeitos adversos, descrença na necessidade do tratamento ou percepção de cura; já a forma não intencional decorre de esquecimento, dificuldades de rotina, complexidade do esquema terapêutico ou barreiras de acesso ao serviço de saúde (Egan, 2019).

A mensuração da adesão representa um desafio metodológico relevante. Entre os métodos utilizados na literatura estão a Escala de Morisky, os registros de dispensação, a contagem de comprimidos, os marcadores bioquímicos, os monitores eletrônicos de medicação e os autorrelatos; contudo, cada instrumento possui limitações próprias, especialmente pela possibilidade de superestimação da adesão quando a avaliação depende apenas do relato do paciente (Burnier, 2019).

### **2.3. Fatores Associados à Baixa Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo**

A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo é reconhecida como fenômeno multidimensional, determinado pela interação de fatores individuais, clínicos, socioeconômicos, comportamentais e assistenciais. Compreender essa multidimensionalidade é essencial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado que sejam efetivas e, ao mesmo tempo, sensíveis à realidade concreta vivida pelos usuários acompanhados na Atenção Primária (Gewehr, 2018).

Entre os fatores individuais mais frequentes, destaca-se a ausência de sintomas associada à hipertensão arterial. Por se tratar de uma condição predominantemente assintomática, muitos pacientes não percebem a necessidade de manter o tratamento de forma contínua, especialmente após a estabilização dos níveis pressóricos, o que pode gerar a falsa impressão de cura e favorecer a interrupção da terapêutica (Barroso, 2021).

Os efeitos adversos dos anti-hipertensivos também constituem barreira importante à adesão. Reações como tosse seca, edema periférico, tontura, hipotensão postural, astenia e disfunção sexual podem levar o paciente a suspender ou modificar o esquema por conta própria, sobretudo quando não há orientação adequada sobre possíveis eventos indesejáveis e possibilidades de ajuste terapêutico (Burnier, 2019).

A complexidade do regime terapêutico representa outro fator relevante, especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades e uso de vários medicamentos. A quantidade de comprimidos, a frequência das doses e a dificuldade de conciliar horários aumentam o risco de esquecimento e confusão, motivo pelo qual a simplificação do esquema e o uso de combinações em

dose fixa podem contribuir para melhores resultados (Choudhry, 2022).

No plano socioeconômico, baixa escolaridade, menor renda, dificuldade de deslocamento, longos tempos de espera, custos indiretos do cuidado e disponibilidade irregular de medicamentos interferem na continuidade do tratamento. Essas barreiras são particularmente relevantes em populações vulneráveis, nas quais o acesso ao serviço e a compreensão das orientações de saúde podem ser limitados (Gewehr, 2018).

A fragilidade do vínculo entre paciente e equipe de saúde também exerce influência expressiva sobre a adesão. Comunicação pouco clara, consultas rápidas, rotatividade de profissionais e ausência de escuta qualificada tendem a reduzir a confiança no tratamento, enquanto a relação longitudinal, respeitosa e centrada no usuário favorece a corresponsabilização e o engajamento terapêutico (Brasil, 2021).

#### **2.4. Controle Pressórico Inadequado: Consequências e Determinantes**

O controle pressórico inadequado corresponde à manutenção de níveis de pressão arterial acima das metas terapêuticas recomendadas, mesmo diante de acompanhamento clínico e prescrição de medicamentos anti-hipertensivos. Essa condição representa importante marcador de risco cardiovascular e exige análise cuidadosa da adesão, do estilo de vida, da adequação terapêutica e de possíveis causas secundárias ou fatores interferentes (Barroso, 2021).

As consequências do controle pressórico insatisfatório são amplas e bem documentadas, incluindo maior risco de hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, acidente vascular cerebral e eventos isquêmicos agudos. A prevenção desses desfechos depende da manutenção de níveis pressóricos adequados ao longo do tempo, o que reforça a importância do acompanhamento contínuo na Atenção Primária (Organização Mundial da Saúde, 2023).

A relação entre baixa adesão e controle pressórico inadequado é sustentada por evidências que apontam a não adesão como um dos principais determinantes da hipertensão não controlada. Ainda assim, o controle da pressão arterial não depende exclusivamente do uso regular de medicamentos, pois fatores como obesidade, consumo excessivo de sódio, sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, apneia do sono e resistência farmacológica também podem interferir nos resultados (Choudhry, 2022).

## **2.5. O Papel da Atenção Primária à Saúde no Controle da Hipertensão Arterial**

A Atenção Primária à Saúde constitui a base do sistema de saúde brasileiro e o principal espaço de cuidado para pessoas com condições crônicas, como a hipertensão arterial. Seus atributos de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária tornam esse nível assistencial estratégico para o acompanhamento contínuo de adultos hipertensos (Brasil, 2021).

A longitudinalidade representa um diferencial importante da APS, pois permite que o paciente seja acompanhado ao longo do tempo

por uma equipe de referência. Esse vínculo favorece a identificação precoce de dificuldades de adesão, a busca ativa de usuários faltosos, o ajuste do plano terapêutico e a personalização das orientações conforme necessidades, possibilidades e barreiras de cada indivíduo (Gewehr, 2018).

Entretanto, a efetividade da APS no controle da hipertensão depende de condições organizacionais adequadas. A disponibilidade irregular de medicamentos, a ausência de protocolos implementados, o intervalo excessivo entre consultas, a falta de capacitação das equipes e a insuficiência de ações educativas podem fragilizar a resolutividade do cuidado e comprometer a adesão terapêutica (Brasil, 2021).

A atuação da equipe multiprofissional é essencial para o cuidado integral ao hipertenso. Médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais contribuem de modo complementar para acompanhamento clínico, vigilância ativa, orientação alimentar, promoção da atividade física, identificação de vulnerabilidades e apoio ao uso correto dos medicamentos (Brasil, 2021).

## **2.6. Estratégias para Melhoria da Adesão e Fortalecimento do Cuidado Ao Hipertenso na APS**

As estratégias voltadas à melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo podem ser organizadas em intervenções direcionadas ao paciente, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde. Essa organização reconhece que a adesão é multideterminada e requer ações simultâneas, contínuas e integradas para produzir impacto relevante sobre o controle pressórico (Choudhry, 2022).

No nível do paciente, destacam-se intervenções educativas voltadas ao letramento em saúde, à percepção de risco cardiovascular e ao desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. A utilização de linguagem acessível, materiais educativos, grupos de acompanhamento, alarmes, caixas organizadoras e aplicativos de saúde pode reduzir esquecimentos e ampliar a participação ativa do usuário no tratamento (Egan, 2019).

No nível profissional, a comunicação centrada no paciente, a escuta qualificada, a entrevista motivacional, a tomada de decisão compartilhada e a simplificação do esquema terapêutico representam medidas importantes para aumentar o engajamento. A relação terapêutica construída com respeito, confiança e continuidade é apontada como componente decisivo para a adesão em condições crônicas (Barroso, 2021).

No nível do sistema de saúde, a garantia de acesso regular aos medicamentos, a organização de consultas de seguimento, a busca ativa, a estratificação de risco, o uso de registros eletrônicos e a integração entre diferentes pontos da rede são estratégias que fortalecem a capacidade da APS de sustentar o cuidado ao hipertenso e prevenir complicações (Brasil, 2021).

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e crítica, desenvolvida com o objetivo de analisar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sua relação com o controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. A revisão foi conduzida conforme as

recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), a fim de garantir maior transparência nas etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

A pergunta norteadora foi estruturada com base na estratégia PICO, considerando como população os adultos hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde; como fenômeno de interesse, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo; como comparação, indivíduos com baixa adesão em relação àqueles com adesão satisfatória, quando disponível; e como desfecho, o controle pressórico inadequado e os fatores associados à não adesão terapêutica.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library/CENTRAL e Biblioteca Virtual em Saúde/LILACS, utilizando descritores controlados e palavras-chave livres em português, inglês e espanhol. Foram combinados termos relacionados à hipertensão arterial, adesão ao tratamento, anti-hipertensivos, controle pressórico, adultos e Atenção Primária à Saúde, por meio dos operadores booleanos AND e OR. Ao todo, foram identificados 958 registros, sendo 296 na PubMed/MEDLINE, 55 na Cochrane Library/CENTRAL e 607 na BVS/LILACS.

Foram incluídos estudos originais, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que avaliassem adultos hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde e abordassem adesão ao tratamento anti-hipertensivo, fatores associados à baixa adesão ou sua relação com o controle pressórico. Foram considerados estudos transversais, coortes, caso-controle,

pesquisas quantitativas, qualitativas ou mistas, desde que apresentassem dados compatíveis com os objetivos da revisão.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, relatos de caso, séries de caso, revisões narrativas, revisões sistemáticas, metanálises, dissertações, teses, estudos duplicados, pesquisas com dados incompletos, estudos realizados exclusivamente com crianças, adolescentes, gestantes ou pacientes hospitalizados, além de artigos que abordassem hipertensão arterial sem avaliar adesão terapêutica ou controle pressórico.

O processo de seleção ocorreu em etapas sequenciais. Inicialmente, os registros foram identificados nas bases de dados selecionadas e, em seguida, foram removidas as duplicatas. Posteriormente, realizou-se a triagem por títulos e resumos, excluindo-se os estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Os artigos potencialmente relevantes foram avaliados na íntegra, sendo incluídos aqueles que responderam à pergunta norteadora e apresentaram relação direta com os objetivos propostos.

A extração dos dados foi realizada por meio de formulário padronizado, contemplando autor, ano de publicação, país, objetivo, delineamento metodológico, tamanho amostral, características da população, contexto assistencial, instrumento utilizado para avaliar adesão, critérios de controle pressórico, fatores associados à baixa adesão, barreiras terapêuticas identificadas e principais resultados relacionados ao controle da pressão arterial.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada conforme o delineamento de cada pesquisa. Para estudos transversais e de prevalência, foram considerados instrumentos de avaliação crítica do

Joanna Briggs Institute; para estudos de coorte e caso-controle, a Newcastle-Ottawa Scale ou ferramenta equivalente; e, para estudos qualitativos, foram observados critérios como clareza dos objetivos, adequação metodológica, descrição da amostra, coerência da análise e contribuição dos achados para a compreensão da adesão terapêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Por se tratar de uma revisão sistemática da literatura, baseada em estudos previamente publicados e sem contato direto com participantes ou acesso a dados individuais identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram respeitados os princípios de integridade científica, transparência metodológica e uso adequado das informações analisadas.

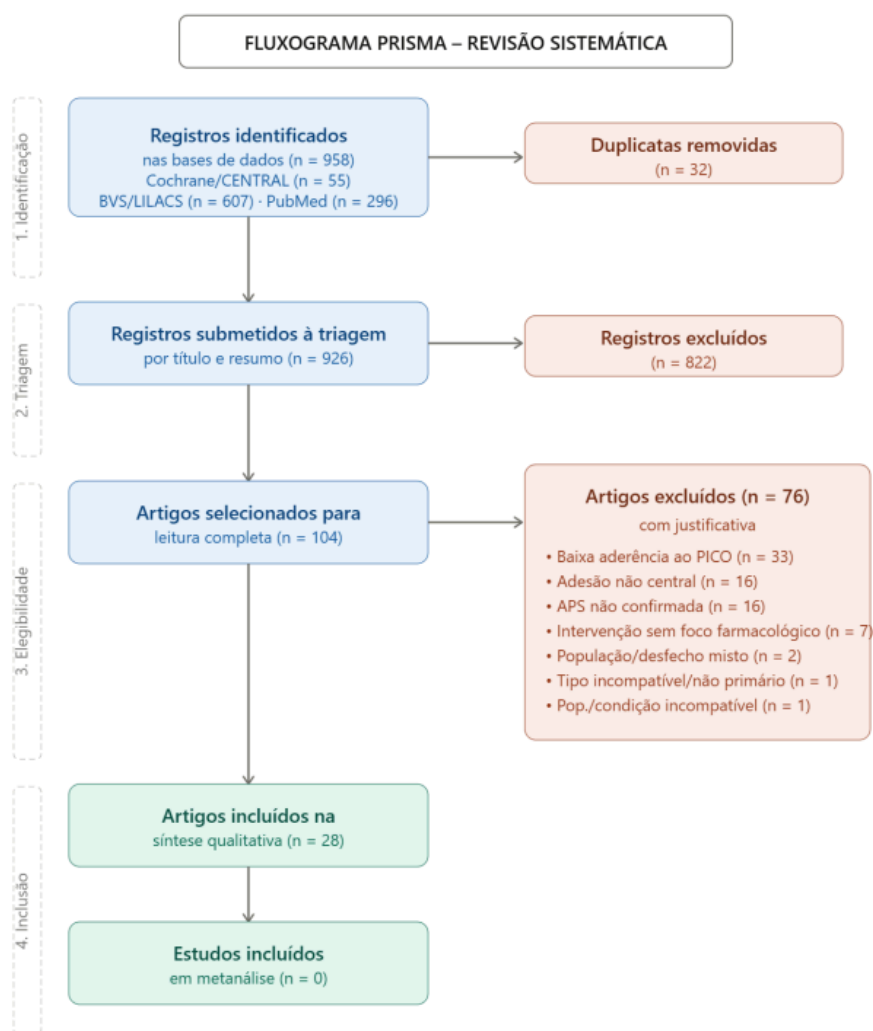
## **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1. Processo de Identificação e Seleção dos Estudos**

A busca bibliográfica realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library/CENTRAL e BVS/LILACS resultou na identificação inicial de 958 registros, sendo 296 provenientes da PubMed/MEDLINE, 55 da Cochrane Library/CENTRAL e 607 da BVS/LILACS. Após a remoção de 32 duplicatas, permaneceram 926 registros para triagem por título e resumo. Nessa etapa, 822 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, principalmente por ausência de relação direta com adesão terapêutica, controle pressórico ou Atenção Primária à Saúde, além de população incompatível, tipo de estudo inadequado ou baixa aderência à estratégia PICO.

Foram selecionados 104 artigos para leitura completa, dos quais 76 foram excluídos após avaliação de elegibilidade. Ao final, 28 estudos foram mantidos na síntese qualitativa. Não foi realizada metanálise, pois os estudos apresentaram heterogeneidade importante quanto ao delineamento, país, contexto assistencial, instrumentos de mensuração da adesão e critérios de controle pressórico.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, conforme modelo PRISMA.



**Fonte:** Elaborado pelos autores

**Tabela 1.** Síntese do processo de identificação e seleção dos estudos, conforme PRISMA

Etapa PRISMA	Descrição	n
--------------	-----------	---

Identificação	Registros identificados no PubMed/MEDLINE	296
—	Registros identificados na Cochrane Library/CENTRAL	55
—	Registros identificados na BVS/LILACS	607
—	Total de registros identificados	958
Antes da triagem	Duplicatas removidas	32
Triagem	Registros avaliados por título e resumo	926
—	Registros excluídos por título e resumo	822
Elegibilidade	Artigos selecionados para leitura completa	104
—	Artigos excluídos com justificativa	76
Inclusão	Estudos incluídos na síntese qualitativa	28
—	Estudos incluídos em metanálise	0

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## 4.2. Caracterização Geral dos Estudos Incluídos

Os estudos incluídos foram publicados entre 2015 e 2026 e contemplaram diferentes cenários de atenção primária, incluindo Brasil, Arábia Saudita, República Democrática do Congo, África do Sul, Indonésia, Malásia, China, Sudão, Bahrein, Índia, Argentina, Estados Unidos, Romênia e Filipinas. Predominaram delineamentos transversais, embora também tenham sido identificados estudos de intervenção, ensaios clínicos randomizados, coortes retrospectivas ou prospectivas e investigações qualitativas. Essa variedade fortalece

a compreensão ampla do fenômeno, mas também limita a comparação direta entre os resultados. (Lulebo, 2015).

A mensuração da adesão variou de forma expressiva entre os estudos, incluindo a MMAS-8, a Escala de Morisky de quatro itens, o Teste de Morisky-Green, instrumentos próprios, avaliação autorreferida, registros de farmácia por proporção de dias cobertos e formulários de acompanhamento em serviços de saúde. Essa heterogeneidade metodológica ajuda a explicar as diferenças nas proporções de adesão encontradas, especialmente porque medidas autorreferidas tendem a sofrer influência de memória, desejabilidade social e compreensão do paciente sobre o tratamento. (Khayyat, 2017).

**Tabela 2.** Caracterização dos estudos incluídos na síntese qualitativa

N°	Autor/Ano	País	Delineamento	n	Conte
1	Lulebo et al, 2015	RDC	Transversal	395	APS Kinshu

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/fatores-associados-a-baixa-adesao-ao-tratamento-antihipertensivo-e-ao-controle-pressorico-inadequado-em-adultos-acompanhados-na-atencao-primaria-a-saude-uma-revisao-sistematica?noblockage>

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

### **4.3. Adesão Terapêutica e Controle Pressórico**

A relação entre adesão terapêutica e controle pressórico apareceu como um dos achados mais consistentes da revisão, embora os estudos tenham utilizado instrumentos diferentes para medir adesão, como escalas de Morisky, instrumentos próprios, registros de cobertura medicamentosa e autorrelato. Em termos gerais, os dados mostraram que os indivíduos com maior adesão apresentaram melhores proporções de controle da pressão arterial ou maior probabilidade estatística de controle, enquanto a baixa adesão, a interrupção do medicamento, o uso irregular e a dificuldade de manter o tratamento contínuo se associaram ao descontrole pressórico. Essa leitura foi reforçada por estudos com dados comparativos diretos, nos quais a proporção de controle foi maior entre aderentes, e por estudos longitudinais, nos quais a adesão sustentada se relacionou à melhora progressiva do controle ao longo do seguimento (Suleiman, 2024).

Os achados também demonstraram que a prevalência de adesão variou amplamente entre os estudos, indo de valores muito baixos, como 18,45% no estudo realizado em Manaus, até proporções superiores a 70% em estudos realizados na Malásia e na Arábia Saudita. Essa variação não deve ser interpretada apenas como diferença real entre populações, pois depende do instrumento aplicado, do ponto de corte adotado, do contexto assistencial e da forma de aferição do controle pressórico. Ainda assim, a direção dos resultados foi semelhante: quando a adesão foi baixa, o controle pressórico foi pior; quando a adesão foi maior ou sustentada, a chance de controle aumentou (Vaz, 2024).

**Tabela 3.** Adesão terapêutica e controle pressórico nos estudos com dados quantitativos disponíveis

Cenário/Estudo	n	Boa/Alta adesão (%)	Baixa/Não adesão (%)	Controle geral (%)	Controle em aderência (%)
Kinshasa, RDC	395	45,8	54,2	15,6	NR

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/fatores-associados-a-baixa-adesao-ao-tratamento-antihipertensivo-e-ao-controle-pressorico-inadequado-em-adultos-acompanhados-na-atencao-primaria-a-saude-uma-revisao-sistemica?noblockage>

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

**Nota:** \* No estudo sul-africano, 251 participantes compuseram a análise de adesão e 239 a comparação entre adesão e controle. \*\* Percentuais por grupo calculados a partir da tabela de associação; interpretar em conjunto com a razão de chances ajustada. \*\*\* Em Maringá, o valor representa a proporção aproximada com PA controlada (44,89% com controle inadequado). NR = Não relatado.

#### 4.4. Fatores Individuais, Sociais e Comportamentais Associados à Baixa Adesão

Os fatores associados à baixa adesão foram agrupados em dimensões individuais, sociais, comportamentais e clínicas, pois a não adesão não apareceu como um fenômeno isolado, mas como resultado de múltiplas barreiras que interferem na continuidade do cuidado. Entre os fatores individuais, destacaram-se baixo conhecimento sobre hipertensão e suas complicações, baixo letramento funcional em saúde, menor compreensão sobre o uso contínuo dos medicamentos, percepção equivocada de melhora após normalização da pressão e presença de transtornos psicoemocionais. Entre os comportamentais, apareceram consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e uso irregular de medicamentos (Costa, 2019).

Do ponto de vista clínico, a presença de efeitos adversos, a complexidade do regime terapêutico, a necessidade de múltiplos comprimidos e o maior tempo de diagnóstico também se relacionaram com pior adesão ou pior controle pressórico. Esses achados reforçam que o acompanhamento do hipertenso na Atenção Primária precisa ir além da renovação de receita, incorporando avaliação periódica da compreensão do tratamento, escuta sobre efeitos adversos, simplificação terapêutica quando possível e identificação de comportamentos que dificultam a manutenção da pressão arterial dentro da meta (Lulebo, 2015).

**Tabela 4.** Fatores associados à baixa adesão terapêutica e ao controle pressórico inadequado

<b>Fator analisado</b>	<b>Dado quantitativo relevante</b>	<b>Interpretação para os resultados</b>
------------------------	------------------------------------	---

Conhecimento/ Letramento em saúde	Alfabetismo funcional inadequado: 54,6%; PA inadequada: 41,6%	Baixa compreensão das orientações dificulta uso correto dos medicamentos e o autocuidado.
Conhecimento sobre complicações	Pouco conhecimento das complicações: OR=2,4 para não adesão	A baixa percepção de risco favorece interrupção ou uso irregular do tratamento.
Custo do tratamento	56,58% relataram custo como obstáculo; no Sudão, acessibilidade financeira foi barreira em 43,4%	Mesmo com prescrição adequada, o custo pode limitar a continuidade terapêutica.
Efeitos adversos	Experiência prévia de efeitos colaterais: OR=2,2 para não adesão	Efeitos indesejados sem manejo adequado favorecem abandono ou modificação por conta própria.
Regime terapêutico complexo	82,17% prefeririam um comprimido único; $\geq 3$ fármacos elevaram chance de descontrole	Polifarmácia e múltiplas doses aumentam esquecimento, confusão e dificuldade de manutenção.
Uso de álcool e hábitos de vida	Uso de álcool: OR=2,169 para não adesão; tabagismo reduziu chance de adesão (África do Sul)	Comportamentos de risco aparecem junto à menor adesão e pior controle pressórico.
Interrupção do medicamento	Deixar de tomar anti- hipertensivo: OR=2,173 para não controle	O uso descontínuo foi marcador direto de pior desfecho pressórico.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

#### 4.5. Barreiras Assistenciais e Organização da Atenção Primária

As barreiras assistenciais apareceram de forma recorrente nos estudos incluídos, especialmente quando relacionadas à disponibilidade de medicamentos, distância ou acesso aos serviços, fragilidade das orientações, ausência de educação em saúde, dificuldade de comparecimento às consultas e vínculo insuficiente entre usuário e equipe. Esses fatores demonstram que o controle pressórico inadequado não depende apenas da decisão individual do paciente, mas também da capacidade da Atenção Primária em manter acompanhamento longitudinal, comunicação clara, busca ativa e disponibilidade regular de tratamento (Rêgo, 2018).

A falta de medicamentos nas unidades e a ausência de educação sistemática ao hipertenso foram barreiras particularmente relevantes em contextos de menor recurso, enquanto a dificuldade de comparecimento às consultas e o distanciamento geográfico dos serviços também se associaram a pior adesão. Em conjunto, esses resultados reforçam que a APS precisa funcionar como eixo organizador do cuidado crônico, garantindo seguimento contínuo, orientação compreensível, simplificação do tratamento e resposta rápida quando o usuário relata efeitos adversos, esquecimento ou dificuldade de acesso (Rampamba, 2018).

**Tabela 5.** Barreiras assistenciais e organizacionais identificadas nos estudos incluídos

<b>Barreira assistencial/org anizacional</b>	<b>Dado encontrado</b>	<b>Repercussão sobre adesão/controle</b>
Indisponibilidade de	OR=2,8 para não adesão; no Sudão,	A falta do medicamento interrompe o tratamento

medicamentos na unidade	indisponibilidade relatada por 36,2%	e transfere ao paciente a responsabilidade de buscar alternativas.
Ausência de educação ao hipertenso	Falta de educação na unidade: OR=1,7 para não adesão	Sem orientação contínua, o paciente tende a subestimar a doença e a necessidade de uso regular.
Custo e acesso econômico	Custo referido como obstáculo por 56,58%; acessibilidade financeira: 43,4%	Mesmo quando a unidade acompanha o paciente, barreiras financeiras limitam a continuidade terapêutica.
Não comparecimento às consultas	81,39% dos que não compareciam não tinham controle satisfatório; OR=5,3 para não controle	A perda de seguimento reduz ajuste terapêutico, reforço educativo e identificação precoce de falhas.
Distância da unidade de saúde	Maior distância da clínica associada à não adesão no estudo da Malásia	O deslocamento dificulta consultas, renovação de receitas e obtenção de medicamentos.
Orientação insuficiente e vínculo frágil	Acompanhamento inadequado associado à pior avaliação da relação profissional-usuário e da orientação medicamentosa	A fragilidade comunicacional reduz confiança, compreensão e corresponsabilização pelo tratamento.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

#### **4.6. Estratégias Assistenciais e Intervenções para Melhorar Adesão e Controle Pressórico**

As intervenções avaliadas nos estudos apresentaram resultados heterogêneos. Estratégias de educação em saúde, coaching, monitoramento, visitas domiciliares, uso de tecnologia e cuidado em equipe demonstraram potencial para melhorar adesão e/ou pressão arterial, mas nem todas produziram efeito estatisticamente superior ao cuidado usual. O dado mais importante é que intervenções isoladas e pouco integradas parecem insuficientes, enquanto ações multicomponentes, com monitoramento, educação, identificação de barreiras e apoio longitudinal, tendem a ser mais coerentes com a complexidade da adesão terapêutica na hipertensão (Wu, 2018).

Nos estudos de intervenção, a melhora da adesão nem sempre se traduziu em diferença robusta de controle pressórico, especialmente quando o acompanhamento foi curto ou quando a intervenção dependia apenas de tecnologia. Isso indica que o uso de mensagens, telemonitoramento ou alertas eletrônicos deve estar articulado a processos assistenciais concretos, como ajuste medicamentoso, escuta clínica, acompanhamento por equipe multiprofissional, educação individualizada e resolução das barreiras relatadas pelo paciente (Blecker, 2025).

**Tabela 6.** Estratégias assistenciais e intervenções relacionadas à adesão e ao controle pressórico

<b>Estratégia/Intervenção</b>	<b>Dados de adesão</b>	<b>Dados pressóricos</b>	<b>Interpretação para a APS</b>
Health coaching multicomponente em APS rural	MMAS: 5,75 → 5,94; p=0,04	PAD: 81,6 → 76,1 mmHg; p<0,001; melhora da adesão associada à redução da PAD (p=0,047)	Intervenção promissora quando combina educação, acompanhamento e linguagem acessível.

Programa comunitário PRECEDE-PROCEED	Adesão média melhorou após 2 meses; mudança >25%	PAS e PAD melhoraram após o programa	Útil para ações comunitárias; limitação por ausência de grupo controle e dados apenas resumidos.
Monitoramento remoto com apoio social	Monitoramento de PA e adesão por mensagens; sem melhora superior ao cuidado usual	Sem melhora significativa do controle pressórico vs. cuidado usual	Tecnologia isolada pode ser insuficiente sem fluxo assistencial forte para intensificação terapêutica.
Cuidado em equipe com alerta de não adesão (TEAMLET)	PDC basal: 32,4% vs 34,0%; em 12 meses: 51,1% vs 53,1%; diferença ajustada -0,15 p.p.	Mudança de PAS e proporção com PDC $\geq$ 80% semelhantes entre grupos	Identificar a não adesão não basta; é necessária intervenção efetiva sobre barreiras e continuidade do cuidado.
Combinação terapêutica e adesão sustentada	Boa adesão: OR=1,547 para controle pressórico	Controle no grupo com boa adesão: 58,1 $\rightarrow$ 67,5% (1 <sup>o</sup> ao 4 <sup>o</sup> trimestre)	O seguimento longitudinal confirma que adesão mantida é central para controle sustentado.
Simplificação do regime terapêutico	82,17% prefeririam um comprimido único em vez de vários	Polifarmácia associada a pior controle ou dificuldade de adesão	Combinações em dose fixa e redução de tomadas podem favorecer continuidade.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

## 4.7. Limitações Metodológicas dos Estudos Incluídos

A interpretação dos resultados deve considerar limitações metodológicas relevantes. A maioria dos estudos disponíveis foi transversal, o que impede afirmar causalidade entre baixa adesão e controle pressórico inadequado, ainda que a associação entre esses fenômenos tenha sido recorrente. Além disso, a adesão foi frequentemente mensurada por instrumentos de autorrelato, sujeitos a viés de memória e desejabilidade social, podendo superestimar a proporção real de pacientes aderentes (Khayat, 2017).

Outro ponto importante foi a heterogeneidade entre os critérios de controle pressórico e os instrumentos de adesão utilizados, dificultando a comparação direta entre os estudos. Algumas pesquisas adotaram metas inferiores a 140/90 mmHg, enquanto outras utilizaram critérios mais rigorosos ou adaptados por idade e comorbidade. Também houve limitação de acesso a alguns artigos completos, o que exigiu extração parcial a partir de resumos disponíveis, devendo esse aspecto ser reconhecido como limitação da revisão (Setiadi, 2022).

**Tabela 7.** Limitações metodológicas e implicações para interpretação da revisão

<b>Limitação</b>	<b>Como apareceu nos estudos</b>	<b>Impacto na interpretação dos resultados</b>
Predomínio de delineamentos transversais	Grande parte dos estudos avaliou adesão e PA no mesmo momento	Permite identificar associação, mas não comprova causalidade.

Adesão por autorrelato	MMAS, Morisky-Green, Hill-Bone, MyMAAT e instrumentos próprios	Pode superestimar adesão por esquecimento, medo de julgamento ou desejabilidade social.
Metas pressóricas heterogêneas	Crítérios variaram entre <140/90 mmHg, metas por idade/comorbidade e alvos mais rígidos	Dificulta comparação direta entre proporções de controle entre os estudos.
Contextos assistenciais distintos	Estudos em Brasil, África, Ásia e Oriente Médio, com diferentes níveis de acesso e organização da APS	Os achados precisam ser adaptados à realidade local antes de orientar intervenções.
Dados incompletos ou acesso parcial	Alguns estudos pagos ou disponíveis apenas em resumo	Reduz profundidade da extração de dados; deve ser declarado na metodologia da revisão.
Intervenções heterogêneas	Tecnologia, coaching, educação comunitária, alertas eletrônicos e cuidado em equipe	Impede metanálise e justifica síntese qualitativa/descritiva como método de análise.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com base nos estudos incluídos na revisão.

#### 4.8. Síntese Interpretativa dos Resultados

A síntese dos estudos indica que a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo se relacionou de forma consistente ao controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Embora os percentuais tenham variado entre os estudos, os dados apontaram tendência semelhante: pacientes com adesão mais alta ou sustentada apresentaram maior proporção de controle ou maior chance estatística de atingir metas pressóricas,

enquanto não adesão, interrupção medicamentosa, uso irregular e baixa persistência estiveram associados ao descontrole. Essa associação foi observada tanto em estudos transversais quanto em pesquisas longitudinais e de intervenção, ainda que com diferentes magnitudes de efeito (Suleiman, 2024).

Os determinantes da baixa adesão foram multifatoriais, envolvendo baixa compreensão da doença, baixa percepção de risco, efeitos adversos, custo, indisponibilidade de medicamentos, distância da unidade, fragilidade do vínculo com a equipe, polifarmácia, uso de álcool, tabagismo e comportamento alimentar inadequado. Dessa forma, os resultados reforçam que o controle pressórico na APS não depende apenas da prescrição correta, mas de um cuidado contínuo, educativo, acessível e centrado nas barreiras reais enfrentadas pelo usuário (Lulebo, 2015).

As estratégias mais coerentes com os achados foram aquelas que combinaram educação em saúde, acompanhamento longitudinal, simplificação do regime terapêutico, monitoramento da pressão arterial, avaliação rotineira da adesão e atuação multiprofissional. Intervenções exclusivamente tecnológicas ou baseadas apenas em alerta de não adesão mostraram efeito limitado quando não articuladas a mudanças concretas no cuidado, o que sugere que a APS precisa transformar a identificação da não adesão em ações práticas, como ajuste medicamentoso, orientação individualizada, busca ativa e fortalecimento do vínculo (Wu, 2018).

## **5. CONCLUSÃO**

A presente revisão sistemática permitiu analisar, de forma integrada, os fatores associados à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo

e sua relação com o controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. De modo geral, os achados responderam ao objetivo central do estudo ao demonstrar que a adesão terapêutica exerce influência direta sobre o controle da pressão arterial, uma vez que os estudos com dados comparativos indicaram melhores proporções de controle pressórico entre pacientes aderentes ou com adesão sustentada, enquanto a baixa adesão, o uso irregular dos medicamentos e a interrupção do tratamento estiveram associados a maior ocorrência de descontrole pressórico. Essa relação, entretanto, não ocorreu de forma isolada, pois os resultados também mostraram que o controle da hipertensão depende da interação entre comportamento do paciente, condições clínicas, acesso ao tratamento e organização do cuidado na Atenção Primária.

Em relação aos fatores associados à baixa adesão, os dados analisados evidenciaram que esse fenômeno é multifatorial e não deve ser interpretado como simples falha individual do paciente. Foram identificados determinantes clínicos, sociodemográficos, econômicos, comportamentais e assistenciais, entre os quais se destacaram o baixo conhecimento sobre a doença, o letramento funcional em saúde inadequado, a ausência de sintomas, os efeitos adversos dos medicamentos, o custo do tratamento, a indisponibilidade de fármacos, a complexidade terapêutica, o uso de álcool, o tabagismo, o não comparecimento às consultas e a fragilidade da comunicação entre equipe e usuário. Dessa forma, os resultados reforçam que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é construída em um contexto de vulnerabilidades, percepções, acesso e vínculo, sendo insuficiente atribuir a não adesão apenas à decisão individual do paciente.

Quanto à relação entre adesão terapêutica e controle pressórico, observou-se que os estudos que apresentaram dados quantitativos apontaram uma tendência consistente: pacientes com maior adesão tiveram maior probabilidade de alcançar metas pressóricas, enquanto aqueles com baixa adesão apresentaram maior frequência de pressão arterial não controlada. Essa interpretação foi sustentada por achados como maior chance estatística de controle entre pacientes aderentes, associação entre não adesão e descontrole pressórico, além de melhora longitudinal do controle em indivíduos com adesão sustentada. Ao mesmo tempo, a variação nas taxas de adesão e controle entre os estudos indica que os resultados dependem dos instrumentos utilizados, dos pontos de corte adotados, do contexto assistencial e das características da população acompanhada, o que explica a heterogeneidade encontrada na literatura.

A análise dos instrumentos e métodos utilizados também evidenciou importante diversidade metodológica, com uso de escalas como Morisky, MMAS-8, Morisky-Green, autorrelato, questionários próprios, registros de acompanhamento e indicadores de cobertura medicamentosa. Essa variedade dificulta comparações diretas entre os estudos, pois alguns métodos tendem a superestimar a adesão, especialmente quando dependem exclusivamente do relato do paciente. Ainda assim, mesmo diante dessa limitação, os resultados convergiram para a compreensão de que a adesão terapêutica deve ser avaliada de forma sistemática na Atenção Primária, não apenas como dado descritivo, mas como ponto de partida para intervenções clínicas e educativas individualizadas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, os achados indicaram que a melhoria da adesão e do controle pressórico exige estratégias contínuas, integradas e centradas no usuário. Entre as ações mais relevantes, destacam-se educação em saúde com linguagem acessível, fortalecimento do vínculo terapêutico, busca ativa de pacientes faltosos, acompanhamento longitudinal, simplificação do esquema medicamentoso, manejo de efeitos adversos, garantia de disponibilidade de medicamentos, monitoramento regular da pressão arterial e atuação multiprofissional. Assim, a APS não deve limitar-se à prescrição e renovação de receitas, mas assumir papel ativo na identificação das barreiras vividas pelo paciente e na construção de planos terapêuticos compatíveis com sua realidade social, econômica e familiar.

Como limitações da revisão, destacam-se a heterogeneidade dos estudos incluídos, as diferenças entre instrumentos de avaliação da adesão, os critérios variados de controle pressórico, a predominância de delineamentos transversais e a indisponibilidade integral de alguns textos, o que exigiu extração parcial de determinados dados. Mesmo assim, a convergência dos achados permite concluir que a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um dos principais obstáculos ao controle adequado da pressão arterial em adultos acompanhados na Atenção Primária. Portanto, melhorar a adesão terapêutica deve ser compreendido como prioridade assistencial e estratégica, exigindo intervenções que articulem paciente, equipe de saúde e sistema de cuidado para reduzir o descontrole pressórico e prevenir complicações cardiovasculares evitáveis.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALGHAILANI, Aaisha et al. Factors affecting adherence to hypertension medications in hypertensive patients attending to primary health care units in Bahrain. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 14, n. 6, p. 2336-2345, 2025. DOI: 10.4103/jfmipc.jfmipc\_1116\_24.

BARBOSA, Maria Emilia Marcondes et al. Factors associated with adult/elderly adherence to the treatment of arterial hypertension in primary care. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, e45894, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.45894.

BARRETO, Mayckel da Silva; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 114-120, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160016.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238.

BECHO, Aline dos Santos; OLIVEIRA, Jorge Luis Tavares de; ALMEIDA, Geovana Brandão Santana. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, p. 349-359, 2017.

BLECKER, Saul et al. Medication adherence in hypertension: a cluster randomized clinical trial. **JAMA Cardiology**, v. 10, n. 9, p. 914-921, 2025. DOI: 10.1001/jamacardio.2025.2155.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do

adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 85 p.

BURNIER, Michel; EGAN, Brent M. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. **Circulation Research**, v. 124, n. 7, p. 1124-1140, 2019. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.

CALANO, Benjamin John D. *et al.* **Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: a PRECEDE-PROCEED model approach.** Journal of Clinical Nursing, v. 28, n. 9-10, p. 1879-1888, 2019. DOI: 10.1111/jocn.14787.

CHOUHDARY, Niteesh K. *et al.* **Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association.** **Hypertension**, v. 79, n. 1, p. e1-e14, 2022. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000203.

COSTA, Victor Roberto Santos *et al.* Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 2, p. 266-273, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0897.

ELNAEM, Mohamed Hassan *et al.* Disparities in prevalence and barriers to hypertension control: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, 14571, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192114571.

GEWEHR, Daiana Meggiolaro *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde.

**Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811614.

GULAYIN, Pablo E. *et al.* **Blood pressure association with the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in hypertensive adults from low-resource primary care settings: results from a prospective cohort nested within a randomised controlled trial.** **High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention**, v. 30, n. 3, p. 281-288, 2023. DOI: 10.1007/s40292-023-00580-7.

IANCU, Mihaela Adela *et al.* Therapeutic compliance of patients with arterial hypertension in primary care. **Medicina**, v. 56, n. 11, 631, 2020. DOI: 10.3390/medicina56110631.

INNAB, Adnan *et al.* Patient activation, adherence to hypertension treatment plans and blood pressure control in Saudi Arabia: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 13, e067862, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067862.

KHAYYAT, Sarah M. *et al.* **Predictors of medication adherence and blood pressure control among Saudi hypertensive patients attending primary care clinics: a cross-sectional study.** **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, e0171255, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0171255.

LIU, Bingxi *et al.* Longitudinal associations between treatment adherence patterns and blood pressure control among rural hypertensive patients in Central China: a real-world retrospective cohort study. **Frontiers in Medicine**, v. 13, 1791265, 2026. DOI: 10.3389/fmed.2026.1791265.

LULEBO, Aimée M. *et al.* **Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa**, Democratic Republic of

Congo: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, v. 8, 526, 2015. DOI: 10.1186/s13104-015-1519-8.

MEHTA, Shivan J. *et al.* **Remote blood pressure monitoring with social support for patients with hypertension: a randomized clinical trial.** *JAMA Network Open*, v. 7, n. 6, e2413515, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.13515.

NOVELLO, Mayra Faria *et al.* Compliance with the prescription of antihypertensive medications and blood pressure control in primary care. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 108, n. 2, p. 135-142, 2017. DOI: 10.5935/abc.20170009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: World Health Organization, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global report on hypertension: the race against a silent killer.** Geneva: World Health Organization, 2023. ISBN 978-92-4-008106-2.

PAGE, Matthew J. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

RAMPAMBA, Enos M. *et al.* **Evaluation of antihypertensive adherence and its determinants at primary healthcare facilities in rural South Africa.** *Journal of Comparative Effectiveness Research*, v. 7, n. 7, p. 661-672, 2018. DOI: 10.2217/cer-2018-0004.

RÊGO, Anderson da Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family

Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0297.

RHAMTTALLAH, Maha et al. Impact of hypertension knowledge on adherence to antihypertensive therapy: a cross-sectional study in primary health care centers during the 2024 Sudan conflict. **BMC Primary Care**, v. 26, n. 1, 104, 2025. DOI: 10.1186/s12875-025-02812-2.

ROCHA, Maria Luciene Feitosa; BORGES, José Wicto; MARTINS, Martha Fonseca Soares. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da Estratégia Saúde da Família em um município do Piauí. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 6-20, 2017.

ROSA, Randson Souza et al. Factors associated with inadequate blood pressure control among hypertensive individuals living in a Quilombola Community: a cross-sectional study, Brazil, 2017-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, e20240556, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240556.en.

SETIADI, Adji Prayitno et al. Knowing the gap: medication use, adherence and blood pressure control among patients with hypertension in Indonesian primary care settings. **PeerJ**, v. 10, e13171, 2022. DOI: 10.7717/peerj.13171.

SOUSA, A. S. J. et al. **Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento de enfermeiros. Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e25250, 2018. DOI: 10.12957/reuerj.2018.25250.

STEPHEN, C.; HALCOMB, E.; MCINNES, S.; BATTERHAM, M.; ZWAR, N. Improving blood pressure control in primary care: the ImPress study.

International Journal of Nursing Studies, v. 95, p. 28-33, 2019. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.019.

SUDHARSANAN, Nikkil; ALI, Mohammed K.; MCCONNELL, Margaret. Hypertension knowledge and treatment initiation, adherence, and discontinuation among adults in Chennai, India: a cross-sectional study. *BMJ Open*, v. 11, n. 1, e040252, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040252.

SULEIMAN, Siti Zaleha et al. Association between medication adherence and blood pressure control and factors associated with antihypertensive medication adherence in the Melaka Tengah District: a cross-sectional survey. **Malaysian Family Physician**, v. 19, 56, 2024. DOI: 10.51866/oa.651.

TATAR, R. *et al.* **Adherence**, persistence, and blood pressure control in hypertensive patients: a cross-sectional study in Mureş County, Romania. *Medical Sciences*, v. 13, n. 3, 119, 2025. DOI: 10.3390/medsci13030119.

WU, Jia-Rong et al. The effect of a practice-based multicomponent intervention that includes health coaching on medication adherence and blood pressure control in rural primary care. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 20, n. 4, p. 757-764, 2018. DOI: 10.1111/jch.13265.

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras Bacabal, Bacabal - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>2</sup> Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras Bacabal, Bacabal - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>3</sup> Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras Bacabal, Bacabal - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>4</sup> Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pitágoras Bacabal, Bacabal - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>5</sup> Docente da Faculdade Pitágoras Bacabal, Bacabal - MA. Orientador do trabalho.