v7.n7.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES MASCULINOS IDOSOS DE UMA ÁREA RURAL

DIFFICULTY ADHERING TO TREATMENT FOR SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY MALE PATIENTS FROM A RURAL AREA

DIFICULTAD PARA ADHERIRSE AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN PACIENTES VARONES ANCIANOS DE UNA ZONA RURAL

Edson dos Santos Amélio[1], João Pedro de Oliveira Xavier Rodrigues[1], Fábio Simões Sales Dias[1], Leila Chevitarese[2], Paulo Cavalcante Apratto Junior[3]

e778369
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i7.8369

PUBLICADO: 07/2026

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza pela elevação persistente da pressão arterial e é importante fator de risco para infarto e AVC. No Brasil, apresenta alta prevalência, especialmente entre idosos, e está associada à elevada mortalidade. A baixa adesão ao tratamento relaciona-se a fatores socioeconômicos, emocionais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e uso contínuo de medicamentos. A relação médico-paciente, o vínculo com a equipe de saúde e a educação em saúde são essenciais para o autocuidado e o controle pressórico. Este estudo buscou identificar os fatores relacionados à não adesão ao tratamento da HAS em idosos da área rural de São José da Boa Morte, em Cachoeiras de Macacu-RJ, analisando impactos na saúde pública e na qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal, quanti-qualitativo, realizado com 27 homens idosos hipertensos, por meio de questionário estruturado. Observou-se baixa compreensão sobre a HAS e sobre as orientações recebidas, além da relevância da rede de apoio familiar para a adesão terapêutica. Conclui-se que a não adesão ao tratamento da HAS resulta de múltiplos fatores, destacando-se a baixa percepção de risco devido ao caráter assintomático da doença, associada à compreensão limitada das orientações em saúde e a barreiras socioculturais, especialmente entre homens e idosos. Nesse contexto, o apoio de familiares e amigos é fundamental para o autocuidado e a adesão medicamentosa.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial. Atenção Primária à Saúde. Determinantes sociais e de saúde. Adesão ao tratamento. Medicina.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is characterized by persistently elevated blood pressure and is a significant risk factor for heart attack and stroke. In Brazil, it has a high prevalence, especially among the elderly, and is associated with high mortality. Low adherence to treatment is related to socioeconomic and emotional factors, difficulties in accessing health services, and continuous use of medication. The doctor-patient relationship, the bond with the health team, and health education are essential for self-care and blood pressure control. This study sought to identify the factors related to non-adherence to SAH treatment in elderly individuals from the rural area of São José da Boa Morte, in Cachoeiras de Macacu-RJ, analyzing impacts on public health and quality of life.

[1] Graduando em Medicina na Afya Universidade Unigranrio, Duque de Caxias-RJ, Brasil.
[2] Doutora em Odontologia-Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
[3] Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

This is a cross-sectional, quantitative-qualitative study, conducted with 27 elderly hypertensive men, using a structured questionnaire. Low understanding of SAH and the guidance received was observed, as well as the relevance of the family support network for therapeutic adherence. It is concluded that non-adherence to hypertension treatment results from multiple factors, most notably the low perception of risk due to the asymptomatic nature of the disease, associated with limited understanding of health guidelines and sociocultural barriers, especially among men and the elderly. In this context, the support of family and friends is fundamental for self-care and medication adherence.

KEYWORDS: *Arterial hypertension. Primary health care. Social and health determinants. Treatment adherence. Medicine.*

RESUMEN
La hipertensión arterial sistémica (HAS) se caracteriza por una presión arterial persistentemente elevada y es un factor de riesgo significativo para infarto y accidente cerebrovascular. En Brasil, tiene alta prevalencia, especialmente entre los ancianos, y se asocia con alta mortalidad. La baja adherencia al tratamiento se relaciona con factores socioeconómicos y emocionales, dificultades para acceder a los servicios de salud y el uso continuo de medicamentos. La relación médico-paciente, el vínculo con el equipo de salud y la educación para la salud son esenciales para el autocuidado y el control de la presión arterial. Este estudio buscó identificar los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento de la HAS en ancianos de la zona rural de São José da Boa Morte, en Cachoeiras de Macacu-RJ, analizando los impactos en la salud pública y la calidad de vida. Este es un estudio transversal, cuantitativo-cualitativo, realizado con 27 hombres ancianos hipertensos, utilizando un cuestionario estructurado. Se observó bajo conocimiento de la HAS y la orientación recibida, así como la relevancia de la red de apoyo familiar para la adherencia terapéutica. Se concluye que la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión se debe a múltiples factores, principalmente a la baja percepción del riesgo por la naturaleza asintomática de la enfermedad, asociada a un conocimiento limitado de las guías de salud y a barreras socioculturales, especialmente entre hombres y ancianos. En este contexto, el apoyo de familiares y amigos es fundamental para el autocuidado y la adherencia a la medicación.

PALABRAS CLAVE*: Hipertensión arterial. Atención primaria de salud. Determinantes sociales y de salud. Adherencia al tratamiento. Medicina.*

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (BARROSO *et al*., 2021).

A HAS é uma condição complexa com múltiplas causas e fatores de risco que contribuem para seu desenvolvimento. A etiologia da HAS é frequentemente dividida em duas categorias principais: hipertensão primária (ou essencial) e hipertensão secundária. A hipertensão primária, que representa a maioria dos casos, não possui uma causa identificável específica, sendo atribuída a uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Já a hipertensão secundária resulta de condições subjacentes, como doenças renais, endocrinopatias e uso de medicamentos (ALBUQUERQUE *et al*., 2024).

Os dados de prevalência no país tendem a variar de acordo com a metodologia e a casuística utilizadas. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 21,4% (IC 95% 20,8-22,0) dos adultos brasileiros autorrelataram HAS, enquanto, considerando as medidas de PA aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com PA maior ou igual que 140 por 90 mmHg chegou a 32,3% (IC 95% 31,7- 33,0). Detectou-se que a prevalência de HAS foi maior entre homens, além de, como esperado, aumentar com a idade por todos os critérios, chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos. Em 2017, ocorreu um total de 1.312.663 óbitos, com um percentual de 27,3% para as doenças cardiovasculares. Essas doenças representaram 22,6% das mortes prematuras no Brasil (entre 30 e 69 anos de idade). No período de uma década (2008 a 2017), foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis à HAS no Brasil. Com relação à tendência do coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes de 2000 a 2018, observa-se um leve aumento no IAM e um importante aumento da HAS relatada de forma direta, com incrementos, respectivamente, de 25% e 128% (BARROSO *et al*., 2021).

Os fatores relacionados à não adesão ao tratamento medicamentoso são complexos e envolvem a participação individual do paciente e a assistência da equipe de saúde (GEWEHR *et al*., 2018). Baixa renda; contexto familiar; relação com o serviço de saúde; cronicidade; falta de sintomatologia; o uso de dois ou mais anti-hipertensivos; eventos adversos do medicamento; dificuldades para ler a embalagem, abri-la e tomá-la todos os dias; assim como o inadequado acesso aos medicamentos são fatores que contribuem para a baixa adesão a esse tipo de tratamento (GEWEHR *et al*., 2018; MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ, 2016; SILVA; AZEVEDO; NOBRE, 2016; TURRA; RESTELATTO; DALLACOSTA, 2019). Aspectos emocionais também podem causar dificuldade na adesão a dietas e exercícios (WHO, 2022).

A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, à relação médico-paciente, às questões subjetivas do mesmo, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

prescrito e à continuidade do tratamento (CHIZZOLA *et al*., 1996). Neste sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça, continuadamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça o vínculo médico-paciente, o usuário tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o médico (UNGER, 1995).

A adesão, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma medida do comportamento individual em consonância com as recomendações de cuidado em saúde (DANIELSON; MELIN-JOHANSSON; MODANLOO, 2019; DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; POULTER *et al*., 2020), é um fator determinante da eficácia do tratamento em saúde; a baixa adesão tem impacto importante na qualidade de vida e nos custos em saúde (PAN *et al*., 2021).

Dessa forma, a HAS configura-se simultaneamente como uma doença crônica e um importante fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de mortalidade em nível mundial. Entre suas principais complicações destacam-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca congestiva e o acidente vascular cerebral (AVC), condições associadas a elevada morbimortalidade e significativo impacto sobre os sistemas de saúde. Globalmente, a HAS é responsável por 62% dos AVC e 49% dos IAM (WHO, 2002). Para evitar esse elevado número de mortes e anos de vida com incapacidade, a adesão à terapêutica medicamentosa é um fator essencial.

Apesar de todos os benefícios obtidos com a adesão terapêutica, ainda é reduzido o número de pacientes hipertensos que conseguem alcançar as metas propostas pelas diversas diretrizes públicas com relação aos valores de pressão ideais a serem atingidos (ABRAHÃO; FREITAS, 2009).

A relevância deste estudo justifica-se em trazer a informação aos pacientes da importância a adesão para o tratamento correto, modificando sua maneira de pensar e direcionando seu olhar para o autocuidado, tendo como benefícios a diminuição da pressão arterial, o que acarretará mudanças na qualidade de vida desta clientela tendo em vista a dificuldade no comprometimento ao tratamento da HAS. Desse modo, tem-se entre os fatores de proteção associados ao controle da pressão arterial, devido à adesão ao tratamento farmacológico (GELDSETZER *et al*., 2019; NCD-RisC, 2021; PICON *et al*., 2012). Apesar do

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

acompanhamento sistematizado dos hipertensos na atenção básica em saúde de um modo geral, evidencia-se baixa adesão à medicação (PINHEIRO *et al*., 2018; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014), o que justifica o elevado número de óbitos e complicações decorrentes dessa doença e faz com que a HAS seja um importante problema de saúde pública no Brasil.

Sendo assim, o objetivo central deste estudo é realizar uma pesquisa de campo para identificar os fatores que contribuem para a falta de adesão ao tratamento da HAS nos pacientes hipertensos moradores da área rural de São José da Boa Morte do município de Cachoeiras de Macacu-RJ. Com isso, este estudo pretende descrever a evolução da adesão dos pacientes além de identificar as dificuldades enfrentadas para a não adesão ao tratamento para HAS proposto pelo profissional médico que por sua vez gera impacto na saúde pública.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quanti-qualitativo, com abordagem subjetiva, realizado por acadêmicos de Medicina da Afya Universidade Unigranrio, supervisionados por seus professores. Os estudos transversais são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Aplicam-se às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele sobre determinada doença (CAMPANA *et al*., 2001). Eles descrevem uma situação ou fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno, como, por exemplo, um estudo das alterações na cicatrização cutânea em pessoas portadoras de doenças crônicas, como o diabetes. Assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico (BAILAR III *et al*., 1993).

Por ser uma abordagem subjetiva, a pesquisa qualitativa requer um trabalho de campo, no qual o pesquisador se envolve diretamente no local onde o fenômeno social ocorre (MATOS; GUERRA; ARAÚJO, 2023). A subjetividade do sujeito deve ser levada em consideração, a fim de se compreender qual a dinâmica existente entre o “mundo real” e o paciente (CHIZZOTTI, 1995).

O estudo trabalhou com pacientes masculinos diagnosticados com HAS, na faixa etária igual ou maior de 60 anos, moradores de 3 (três), das 5 (cinco) microáreas que apresentam

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

aferição desta doença sem controle pressórico, compondo um total de 52 pacientes, rastreados pelo E-SUS. A seleção de indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 60 anos fundamentou-se na observação de menores índices de adesão ao tratamento entre esse grupo populacional na localidade contemplada pelo presente estudo.

O estudo foi realizado numa área de USF, localizado no bairro de São José da Boa Morte, em Cachoeiras de Macacu–RJ que possui 1314 pessoas cadastrados no E-SUS, sendo no geral 87 pacientes hipertensos com idade igual ou maior a 60 anos cadastrados no sistema acima. Além disso, a unidade trabalha com recorte de território conhecido como microárea onde os Agentes Comunitário de Saúde prestam assistência às pessoas desta unidade. Essa unidade tem 5 (cinco) microáreas conhecidas numeradas de 01 (um) a 05 (cinco) além de oferecer atendimento à população em: Clínica Médica, Consulta de Enfermagem, Odontologia, equipe e-Multi (equipe composta por: assistente social, psicólogo, pediatra, obstetra, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta) que fazem o matriciamento da equipe e, quando necessário, também realizam o atendimento à população adscrita.

Com o objetivo de atender aos propósitos deste estudo, foram considerados os indivíduos hipertensos com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados nas microáreas 02, 03 e 05, correspondendo a 24, 17 e 11 participantes, respectivamente, totalizando 52 pacientes elegíveis. Dentre este quantitativo, 27 indivíduos participaram efetivamente da pesquisa, sendo entrevistados na unidade de saúde durante consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas previamente agendadas, por demanda espontânea ou durante visitas domiciliares. Ressalta-se que a inclusão dos participantes ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), formalizando sua concordância voluntária em participar do estudo.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Afya Universidade Unigranrio (CAAE: 96140025.4.0000.5283).

3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 27 pacientes da população masculina idosa hipertensa da comunidade de São José da Boa Morte, em Cachoeiras de Macacu–RJ. A Tabela 1 exibe as respostas dos pacientes entrevistados divididas pelas 3 microáreas participantes do presente trabalho.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

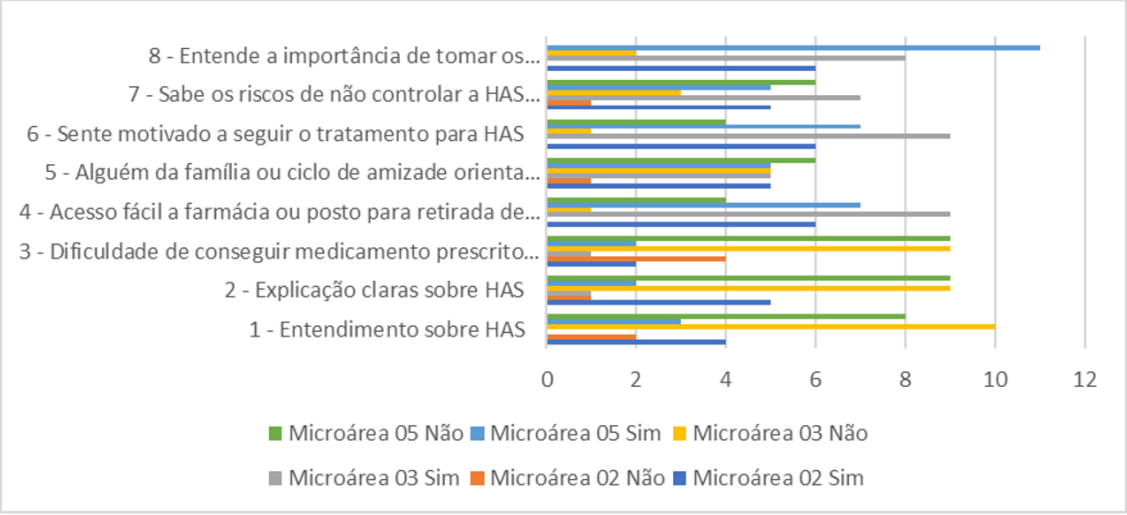
Tabela 1. Resultados dos questionários aplicados para os moradores das microáreas da comunidade de São José da Boa Morte, em Cachoeiras de Macacu–RJ

Perguntas	Microárea 02		Microárea 03		Microárea 05		Total
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
1 – Entendimento sobre HAS	4	2	0	10	3	8	27
2 – Explicações claras sobre HAS	5	1	1	9	2	9	27
3 – Dificuldade de conseguir medicamento prescrito pelo médico para HAS	2	4	1	9	2	9	27
4 – Acesso fácil a farmácia ou posto para retirada de medicação	6	0	9	1	7	4	27
5 – Alguém da família ou ciclo de amizade orienta sobre tratamento da HAS	5	1	5	5	5	6	27
6 – Sente motivado a seguir o tratamento para HAS	6	0	9	1	7	4	27
7 – Sabe os riscos de não controlar a HAS adequadamente	5	1	7	3	5	6	27
8 – Entende a importância de tomar os medicamentos para controle da HAS	6	0	8	2	11	0	27

Fonte: os autores, 2026.

A Figura 1 exibe os resultados vistos na Tabela 1.

Figura 1. Resultados do questionário exibidos na Tabela 1



Fonte: os autores, 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

No que se refere ao entendimento sobre a HAS, a maioria dos entrevistados (70,37%; n=19) relatou não possuir compreensão sobre a doença. Esse resultado está diretamente associado à percepção sobre as orientações recebidas, visto que os mesmos 70,37% afirmaram não ter compreendido as explicações fornecidas anteriormente. Essa lacuna de conhecimento impacta a percepção de risco e a adoção de comportamentos preventivos, influenciando a necessidade de busca e o uso contínuo da medicação.

Os fatores comportamentais e contextuais expressos pela falta de entendimento sobre a importância do tratamento e barreiras físicas, como a distância entre as microáreas 03 e 05 e a unidade de saúde, onde se localiza a farmácia podem ser observados.

Ao analisar as dificuldades relacionadas ao uso da medicação, observou-se que o esquecimento constituiu o principal obstáculo relatado pelos participantes, sendo mencionado por 11,11% (n=3) dos entrevistados. Em seguida, destacaram-se a falta de vontade para realizar o tratamento e a própria dificuldade de leitura, ambas referidas por 7,41% (n=2) dos participantes. Por outro lado, 74,07% (n=20) dos entrevistados relataram não apresentar qualquer dificuldade para o uso regular da medicação.

Quando se une o conhecimento da doença e com a rede de apoio, observa-se diferentes cenários nas microáreas estudadas. Na microárea 02, a maioria dos idosos possui tanto entendimento sobre a HAS quanto suporte familiar. Na microárea 03, embora a totalidade dos idosos não tenha compreensão sobre a patologia, 50% (n=5) conta com o apoio de terceiros. Na microárea 05, a maioria também não entende a doença, menos da metade (45,45%) recebem auxílio de familiares ou amigos. Por outro lado, ao analisar as fichas individualmente, identificou-se um grupo de extrema vulnerabilidade composto por aqueles que não possuem entendimento nem rede de apoio, representado por 1 idoso na microárea 02, 5 na microárea 03 e 3 na microárea 05. Esses achados demonstram que o manejo da condição de saúde do idoso pode ser influenciado pela interação entre o conhecimento individual e o suporte social. A presença de uma rede de apoio pode atuar como um facilitador indispensável, especialmente para aqueles com limitações de leitura ou compreensão, compensando a falta de autonomia e auxiliando na manutenção da rotina terapêutica.

Novamente, ao analisar individualmente as fichas, pode ser observada a correlação entre o entendimento sobre a doença (Questão 1), o recebimento de explicações claras (Questão 2) e a percepção dos riscos (Questão 7) pode ser um fator determinante para elevar a probabilidade de adesão ao tratamento e reduzir a ocorrência de desfechos clínicos desfavoráveis. Na microárea 02, esse cenário mostrou-se favorável, com 4 idosos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

compreendendo a patologia, 5 relatando explicações claras e esse mesmo número (n=5) manifestando ciência sobre os riscos do não controle adequado da HAS.

Em contraste, na microárea 03, embora nenhum dos 10 idosos tenha demonstrado compreensão sobre a HAS e, apenas um tenha recebido orientações claras, observou-se que 7 deles reconhecem os riscos da doença. Esse reconhecimento, mesmo diante da falta de entendimento técnico, pode ser explicado pelo fato de metade desse grupo (n=5) contar com uma rede de apoio ativa. Situação semelhante foi identificada na microárea 05, onde 3 idosos entendem a condição e apenas 2 tiveram explicações claras, mas 5 afirmam saber dos riscos, reforçando novamente o papel da rede de apoio como elemento compensatório.

A análise pode indicar que a ausência conjunta de conhecimento, orientação e percepção de riscos sinaliza um estado de maior vulnerabilidade. Situações em que há entendimento e explicação, mas falta a percepção dos riscos, sugerem possíveis limitações cognitivas ou falhas na assimilação das informações transmitidas. Por outro lado, quando o indivíduo reconhece os riscos apesar de não possuir entendimento formal ou explicações prévias, a rede de apoio pode se destacar como o principal facilitador do processo de cuidado.

Dessa forma, a adesão ao tratamento (Questão 8) revelou-se um processo multifatorial, dependente da interação entre o conhecimento individual, o suporte familiar e a percepção de gravidade da doença. A presença conjunta desses elementos pode favorecer significativamente a adesão, enquanto a ausência deles pode dificultar a compreensão da importância da terapia. Entretanto, mesmo em cenários de baixa compreensão e falta de orientações, a existência de uma rede de apoio sólida pode atuar como um fator de proteção, auxiliando o idoso na manutenção de sua saúde e no manejo da condição crônica.

Com relação à pergunta 9, que dizia a respeito das dificuldades enfrentadas pelo morador para o uso da medicação para controle da pressão arterial, a tabela 2 exibe as respostas dadas pelos entrevistados.

Tabela 2. Dificuldades enfrentadas pelos moradores idosos e hipertensos para o uso da medicação para controle da pressão arterial

9 – Quais as dificuldades o senhor enfrenta para o uso da medicação para pressão arterial?				
Microáreas	**Esquecimento**	**Não tenho vontade**	**Nenhuma**	**Dificuldade de leitura**
01	2	0	3	1
03	1	1	8	0
05	0	1	9	1
TOTAL	3	2	20	2

Fonte: os autores, 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Em relação aos resultados analisados, observou-se que, embora a maior parte dos indivíduos não enfrente dificuldades, ainda existem fatores que podem comprometer o uso correto da medicação. O esquecimento (11,11%; n=3); destaca-se como uma das principais dificuldades, podendo interferir diretamente na continuidade do tratamento e reduzir sua eficácia. Além disso, a falta de vontade (7,41%; n=2) pode estar associada à baixa percepção da gravidade da doença ou à ausência de sintomas, o que influencia negativamente o comportamento do paciente frente ao tratamento. Outro ponto relevante refere-se à dificuldade de leitura (7,41%; n=2), que pode comprometer a compreensão das orientações prescritas e, consequentemente, o uso adequado dos medicamentos. Esse fator evidencia a importância de estratégias de comunicação mais acessíveis e adaptadas ao nível de escolaridade dos pacientes.

Ao relacionar esses achados com outros fatores envolvidos no cuidado à HAS, é possível inferir que dificuldades como esquecimento e baixa motivação podem estar associadas à ausência de conhecimento sobre a doença, à falta de orientação adequada e à fragilidade da rede de apoio. Dessa forma, indivíduos que não compreendem plenamente a importância do uso contínuo da medicação tendem a apresentar maior risco de não adesão ao tratamento.

Por fim, observa-se que, embora a maioria dos entrevistados não relate dificuldades, a presença de barreiras individuais, mesmo que em menor proporção, pode impactar significativamente no manejo da doença. Assim, torna-se fundamental a implementação de ações educativas, fortalecimento da rede de apoio e estratégias de acompanhamento, visando minimizar essas dificuldades e promover maior adesão ao tratamento.

4. DISCUSSÃO

A análise dos resultados aponta que o conhecimento sobre a condição de saúde pode estar profundamente atrelado à qualidade da comunicação, visto que 70,37% (n=19) dos respondentes afirmaram não compreender as explicações recebidas. Esse dado corrobora a literatura ao indicar que as recomendações médicas muitas vezes não são transmitidas em uma linguagem acessível, o que impede o portador de desenvolver a consciência crítica necessária para assumir o compromisso com o autocuidado (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; OLIVEIRA *et al*., 2013). Existe uma interdependência evidente entre fatores comportamentais e contextuais: ao não compreender a natureza da HAS como uma doença silenciosa, o indivíduo não percebe o risco e acaba por negligenciar o uso contínuo do medicamento, acreditando que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

a terapia só é necessária diante de sintomas aparentes (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; SILVA *et al*., 2021).

Essa baixa percepção de risco é agravada por barreiras logísticas, como a distância geográfica entre as microáreas e a unidade de saúde onde se localiza a farmácia. No presente estudo, observou-se que 81,50% (n=22) dos entrevistados relataram possuir fácil acesso à farmácia ou posto para retirada de medicamentos, enquanto 18,50% (n=5) referiram dificuldades relacionadas ao acesso. Fontes indicam que obstáculos físicos e a falta de meios de locomoção são fatores reais que desestimulam o paciente a buscar o fármaco, especialmente quando ele já possui uma compreensão limitada sobre a gravidade das complicações crônicas (MENDES *et al*., 2014; PINHEIRO, 2009). O cenário torna-se ainda mais crítico considerando que a disponibilidade média de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde é de apenas 58,5%, o que pode levar ao desânimo e ao abandono do tratamento caso o paciente percorra longas distâncias e não encontre o insumo necessário (MENDES *et al*., 2014).

Portanto, a resistência ao tratamento não é apenas uma escolha individual, mas o reflexo de um sistema onde a falha na tradução da informação e a centralização da dispensação criam abismos no cuidado. Para reverter esse quadro, é fundamental a atuação da equipe de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na realização de buscas ativas e estratégias educativas que busquem simplificar o acesso e humanizar o atendimento, garantindo que o paciente compreenda não apenas como tomar o remédio, mas a grande importância de não interromper a terapia (COSTA *et al*., 2025; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Esta é uma sugestão pertinente a ser feita para a equipe de saúde de São José da Boa Morte, a fim de melhorar a adesão dos pacientes hipertensos idosos.

A relação entre o conhecimento acerca da HAS e a presença de uma rede de apoio familiar ou social constitui um fator relevante para a adesão ao tratamento, especialmente entre idosos. Embora a literatura destaque que a compreensão da doença favorece o autocuidado e o reconhecimento dos riscos associados a uma condição frequentemente assintomática (PINHEIRO, 2009; SILVA *et al*., 2014), os resultados observados, particularmente na microárea 3, demonstram que a percepção dos riscos pode estar presente mesmo diante de limitações no entendimento formal da patologia e da insuficiência de explicações claras por parte dos serviços de saúde. Nesse contexto, a rede de apoio, composta por familiares e amigos, assume papel fundamental como fonte de orientação, incentivo e supervisão do tratamento, atuando como um fator protetor frente à não adesão, especialmente aquela relacionada ao esquecimento, às limitações biológicas ou ao comprometimento cognitivo dos idosos (DEWULF *et al*., 2006; MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019). Tal achado é reforçado pelo fato de que 50% (n=5) dos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

participantes da microárea 3 relataram receber apoio familiar ou social no manejo da HAS. Dessa forma, o suporte social contribui para suprir lacunas de informação, fortalecer atitudes preventivas e favorecer a continuidade da terapia medicamentosa, constituindo-se como um importante elemento para a redução da vulnerabilidade e para a promoção da adesão ao tratamento entre idosos com dificuldades de compreensão sobre sua condição de saúde (SILVA *et al*., 2021; LUZ *et al*., 2021).

A situação observada na microárea 3, onde há apoio apesar da falta de entendimento, exemplifica o papel da família como a primeira referência de cuidado, suprindo lacunas de informação e auxiliando na administração do esquema terapêutico (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019; SILVA *et al*., 2021). Corroborando esse cenário, os resultados evidenciaram que 50% afirmaram receber orientações ou apoio de familiares e amigos em relação ao tratamento da HAS, demonstrando a importância da rede de apoio como fator facilitador para a adesão terapêutica. Por outro lado, ao analisar individualmente todas as fichas, pode ser observado um cenário que descreve idosos sem entendimento e sem rede de apoio em todas as microáreas analisadas, 44,44% (n=12) dos entrevistados, revela o grupo de maior vulnerabilidade assistencial. Para esses indivíduos, o risco de complicações graves, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), é amplificado, pois a ausência de suporte social impede a supervisão necessária e o isolamento dificulta a busca por orientações claras, resultando em um abandono precoce do tratamento (COSTA; BRITO, [s.d.]; PINHEIRO, 2009).

Portanto, a percepção e o manejo da HAS não são escolhas puramente individuais, mas dependem de um contexto em que o saber e o apoiar se fundem. Fontes indicam que estratégias de Educação em Saúde e a atuação de equipes interdisciplinares, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), são essenciais para "traduzir" a doença ao idoso e, simultaneamente, capacitar sua rede de apoio (COSTA *et al*., 2025; OLIVEIRA *et al*., 2020). Ao fortalecer o vínculo e a satisfação do usuário com o serviço, é possível elevar a adesão terapêutica, transformando o apoio social em uma ferramenta prática de controle pressórico e de promoção da dignidade humana (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019). Diante dessas afirmativas, é o que pretende o presente trabalho, isto é, melhorar a adesão da equipe de saúde com os idosos masculinos hipertensos e seus familiares e amigos (rede de apoio).

A correlação entre o entendimento da condição de saúde, o recebimento de explicações claras e o conhecimento dos riscos é fundamental para a adesão terapêutica, pois a eficácia do tratamento da HAS está diretamente ligada ao comportamento do paciente (DOSSE *et al*., 2009). Conforme observado na microárea 2, onde a maioria dos idosos compreende a doença (66,67%, n=4) e recebeu orientações claras (83,33%, n=5), há uma percepção clara dos riscos, o que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

corrobora a literatura ao afirmar que o compromisso com o autocuidado depende diretamente do nível de informação e do conhecimento que o paciente detém sobre sua saúde (OLIVEIRA *et al*., 2013; SILVA *et al*., 2016). A informação adequada é o que permite ao indivíduo desenvolver uma consciência crítica, reduzindo a probabilidade de desfechos clínicos desfavoráveis, como as doenças cardiovasculares (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; PINHEIRO, 2009).

A ausência do entendimento, explicação e percepção de risco indica uma maior vulnerabilidade assistencial, elevando o risco de complicações graves (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; PINHEIRO, 2009), devido especialmente pelo fato também de a HAS ser frequentemente uma doença silenciosa e assintomática o que gera baixa percepção de risco e leva muitos usuários a negligenciar o uso dos fármacos na ausência de sintomas (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; PEREIRA *et al*., 2007), realidade observada entre os 70,37% (n=19) que relataram não possuir entendimento adequado sobre a HAS. Situações em que o idoso recebe explicações, mas não percebe os riscos, podem sinalizar falhas na assimilação das informações ou comprometimento cognitivo, uma condição frequente no envelhecimento que dificulta a organização do cuidado e o resgate de orientações passadas (LIMA *et al*., 2010; LUZ *et al*., 2021).

Portanto, para garantir uma terapêutica segura, é imprescindível que a equipe de saúde utilize uma linguagem acessível e realize buscas ativas, integrando a família no processo educativo para garantir que a percepção da gravidade da doença se traduza em adesão contínua (COSTA *et al*., 2025; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Desse modo, quando essa linguagem ocorre de forma compreensível, o indivíduo desenvolve uma consciência crítica que o motiva a adotar comportamentos preventivos e a manter o uso contínuo da medicação, reduzindo a probabilidade de desfechos clínicos graves, como o infarto ou o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; SILVA *et al*., 2021).

Sobre outro prisma é importante ressaltar que a literatura destaca que, mesmo diante de falhas na comunicação ou limitações no entendimento técnico da doença, a rede de apoio social — composta por familiares e amigos — atua como um fator compensatório fundamental (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019). Essa rede auxilia no manejo cotidiano, mitigando a não adesão não intencional, como o esquecimento de horários ou dificuldades biológicas comuns no envelhecimento, como problemas de visão para ler receitas ou limitações físicas para abrir frascos (DEWULF *et al*., 2006; PINHEIRO, 2009).

A família é frequentemente a primeira referência de cuidado, suprindo lacunas de informação e servindo de suporte em momentos de crise pessoal (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019). Esse suporte social potencializa a assistência e reforça o tratamento ao incentivar atitudes

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

que monitoram a saúde, tornando-se um elemento facilitador essencial para indivíduos em situação de vulnerabilidade cognitiva ou desinformação (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019; SILVA *et al*., 2021). Assim, o sucesso do controle da HAS não se restringe apenas à prescrição médica, mas à integração de estratégias educativas humanizadas que fortaleçam o vínculo entre o serviço de saúde, o paciente e seus cuidadores, garantindo que o apoio social se transforme em uma ferramenta prática de manutenção da vida (COSTA *et al*., 2025; SILVA *et al*., 2021), conforme os resultados aqui apresentados.

A transformação da realidade assistencial exige a compreensão profunda dos determinantes sociais e de saúde, o que torna a inserção do médico e da equipe multidisciplinar na comunidade um pilar fundamental da ESF (OLIVEIRA *et al*., 2020). Como a ESF atua como coordenadora do cuidado e porta de entrada no sistema, ela permite que o profissional desenvolva uma prática integrada, pautada na promoção da saúde e na prevenção de agravos por meio de abordagens sistematizadas, como as visitas domiciliares e o trabalho em equipe, exemplificados em programas como o HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) (BRASIL, 2013; LIMA *et al*., 2010). Esse modelo assistencial é vital para o controle HAS, uma condição crônica cujas baixas taxas de controle demandam um acompanhamento que considere o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (COSTA; BRITO, [s.d.]).

Para que a educação em saúde seja verdadeiramente transformadora, os artigos reforçam que é imperativo conhecer a realidade e as necessidades específicas dos usuários e seus familiares, agindo sobre os fatores que influenciam o processo saúde-doença (SILVA *et al*., 2021). A adesão ao tratamento é um fenômeno multifatorial e complexo, dependente de dimensões socioeconômicas, hábitos de vida e do vínculo estabelecido com a equipe, o que exige a criação de estratégias que se encaixem no perfil de cada população (BURKHART; SABATÉ, 2003; MARINHO *et al*., 2025). Profissionais inseridos na ESF devem, portanto, viabilizar meios que utilizem uma linguagem compreensível e respeitem as crenças e a cultura local, permitindo que o paciente desenvolva consciência crítica para o autocuidado, sendo importante tais estratégias a fim de reverter o quadro de dificuldade de adesão presente o atual estudo (COSTA; BRITO, [s.d.]; OLIVEIRA *et al*., 2013). Ao alinhar o planejamento das ações ao perfil econômico e epidemiológico, a ESF cumpre seu papel de atenuar desigualdades individuais e contextuais, garantindo que as populações vulneráveis tenham suas demandas atendidas e alcancem melhor qualidade de vida (OLIVEIRA *et al*., 2020).

A consulta médica inicial e os retornos subsequentes são momentos críticos para o estabelecimento de um vínculo de confiança, elemento essencial para o sucesso e a continuidade do tratamento da HAS (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019), fato que não tem

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

acontecido com os pacientes masculinos e idosos aqui apresentados. Aprofundando um pouco mais esse tema, a literatura reforça que a relação entre a equipe de saúde e o usuário, especialmente a relação médico-paciente, é um dos principais determinantes da adesão terapêutica (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Para que o cliente se sinta à vontade e confie no profissional, é necessária uma abordagem que transcenda a simples prescrição técnica, incorporando a escuta qualificada e o acolhimento humanizado, práticas que conferem dignidade ao atendimento e enriquecem os recursos subjetivos do paciente para o autocuidado (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019; SILVA *et al*., 2021).

Ao demonstrar segurança e manter uma atenção integral voltada para o indivíduo, o médico exerce o que as fontes descrevem como uma prática baseada na singularidade e na inserção sociocultural do sujeito (COSTA; BRITO, [s.d.]). Esse olhar expandido permite que o profissional compreenda o paciente em sua totalidade, possibilitando a elaboração de planos de cuidados que se encaixem no seu perfil econômico, epidemiológico e social (MARINHO *et al*., 2025; SILVA *et al*., 2021). Tal personalização é vital para evitar excessos ou falhas no regime terapêutico, garantindo que as orientações sejam viáveis dentro da realidade cotidiana do hipertenso (LIMA *et al*., 2010; PINHEIRO, 2009). De certa forma, o presente trabalho visa contribuir para o entendimento por parte da equipe de saúde da ESF São José da Boa Morte, buscando compreender tal singularidade, permitindo melhorar a adesão ao tratamento para controle da HAS.

Além disso, a eficácia desse plano de cuidado depende fundamentalmente da clareza na comunicação (PEPE; CASTRO, 2000). Fontes indicam que as recomendações muitas vezes não são transmitidas em uma linguagem compreensível, o que resulta em altos índices de incompreensão das orientações (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012), que no presente estudo alcançou 70,37% (n=19), entre os pacientes entrevistados. Este resultado pode dificultar o desenvolvimento da consciência crítica necessária para a adesão (OLIVEIRA *et al*., 2013). Assim, seria importante que a equipe de saúde da localidade estudada, a fim de melhorar o seu processo de trabalho, aprimorando-o, se utilizasse de abordagem dialógica e informativa, pois motivaria o paciente e sua rede de apoio (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019), transformando a consulta em uma ferramenta de educação em saúde que poderia potencializar a assistência e reduzir a probabilidade de desfechos clínicos desfavoráveis, que motivou a realização do presente trabalho e, como apontado por SILVA *et al*. (2021). Assim, o acolhimento e a confiança estabelecidos na consulta somados às explicações mais claras, tornar-se-iam o pilar para que o paciente pudesse realizar a adesão ao tratamento de forma consciente e persistente (DEWULF *et al*., 2006).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Com relação aos resultados da Tabela 2 é possível perceber que a dificuldade de leitura, apontada por somente 7,41% (n=2) dos entrevistados como o principal obstáculo ao uso da medicação anti-hipertensiva, pode refletir o impacto direto da baixa escolaridade e do analfabetismo na compreensão das prescrições médicas e orientações em saúde especialmente quando se soma a outros problemas (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; PINHEIRO, 2009). Este achado relaciona-se com a baixa compreensão da doença e a inefetividade das explicações recebidas, uma vez que a limitação na leitura pode comprometer a assimilação das informações, mesmo quando estas são fornecidas verbalmente pela equipe de saúde, devido à limitação do conhecimento de significado das suspensões do tratamento. A literatura corrobora este pensamento que a incompreensão das recomendações é um fator determinante para a não adesão, exigindo que os profissionais utilizem uma linguagem mais acessível e apropriada ao nível de instrução do usuário (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; DEWULF *et al*., 2006).

Nesse contexto, a rede de apoio, composta por familiares ou cuidadores, emerge como um facilitador indispensável, atuando na interpretação das dosagens e na manutenção da rotina terapêutica para indivíduos com limitações de autonomia ou compreensão (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019; PINHEIRO, 2009). A ausência desse suporte social pode agravar significativamente a dificuldade de adesão, especialmente entre idosos que moram sozinhos e podem possuir déficits cognitivos, como apontados no presente estudo ou sensoriais em consonância com os trabalhos de LUZ *et al*. (2021) e, PINHEIRO (2009). Por outro lado, dificuldades como o esquecimento (11,11%, n=3) e a falta de vontade (7,41%, n=2) são frequentemente classificadas como comportamentos de não adesão "não intencionais" ou associadas a uma baixa percepção de risco (DEWULF *et al*., 2006). Como a HAS é uma doença frequentemente assintomática, muitos pacientes negligenciam o tratamento por não se sentirem doentes ou por desconhecerem as graves complicações futuras, como o infarto ou o acidente vascular cerebral (OLIVEIRA *et al*., 2020; PINHEIRO, 2009), como já discutido anteriormente.

A parcela de entrevistados que não relatou dificuldades (74,07%, n=20) sugere que o entendimento adequado da condição, aliado a um suporte familiar estruturado e à percepção correta dos riscos, favorece o autocuidado e a motivação para o tratamento contínuo (PINHEIRO, 2009). Assim, os resultados podem supor que a adesão é um processo multifatorial, dependendo da interação entre conhecimento, suporte social e fatores individuais (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; MARINHO *et al*., 2025). Para mitigar essas barreiras, é fundamental o fortalecimento das ações de educação em saúde na atenção básica, com abordagens personalizadas e a participação ativa de médicos, de enfermeiros e de agentes comunitários de saúde, garantindo que as orientações alcancem efetivamente o usuário e sua família. A outra

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

parcela, não isenta de dificuldades para adesão ao tratamento, embora pequena mostra-se relevante, uma vez que os números podem mascarar vidas, ou seja, os números se referem a vidas, pessoas, as quais são o motivo do cuidado acontecer, independentemente de serem muitas ou poucas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não adesão ao tratamento da HAS é um fenômeno multifatorial impulsionado pela baixa percepção de risco decorrente do caráter silencioso da doença, o que leva muitos pacientes a negligenciar a terapia contínua. Essa resistência é acentuada entre homens e idosos por barreiras socioculturais. Além disso, falhas no entendimento sobre a HAS e a falta de explicações claras sobre a doença impedem que cerca de 70,37% dos pacientes compreendam as orientações recebidas, dificultando o desenvolvimento da consciência crítica necessária para o autocuidado.

No cenário específico de áreas rurais, como São José da Boa Morte, a distância geográfica surge como obstáculo logístico crítico que força o abandono do tratamento. Entretanto, a rede de apoio social (família e amigos) pode atuar como um fator compensatório essencial, supervisionando a medicação de idosos com esquecimento ou comprometimento cognitivo e suprindo lacunas de informação.

Conclui-se que o controle da HAS nesta comunidade demanda a implementação de estratégias de educação em saúde que sejam humanizadas, além da descentralização do acesso aos insumos. É fundamental que os serviços de saúde sejam adaptados às particularidades culturais e físicas da população local. Contudo, é importante dar continuidade a este estudo, ampliando o universo amostral e testando as sugestões discutidas pelos autores, com o objetivo de aprimorar a adesão ao tratamento da HAS entre homens idosos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, jul.-set. 2009. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1607. Acesso em: 3 jun. 2026.

ALBUQUERQUE, A. L. C. *et al*. Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão abrangente de epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e manejo. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, *[S. l.]*, v. 1, n. 1, p. 1-20, ago. 2024. Disponível em: https://bjhbs.com.br/index.php/bjhbs/article/view/16. Acesso em: 3 jun. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

BAILAR III, J. C. *et al*. Una classificación de los informes de investigación biomédica. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, *[S. l.]*, v. 115, n. 6, p. 536-548, 1993. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-15579. Acesso em: 3 jun. 2026.

BARROSO, W. K. S. *et al*. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, *[S. l.]*, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238. Disponível em: https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/. Acesso em: 3 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 130 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 3 jun. 2026.

BURKHART, P. V.; SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. **Journal of Nursing Scholarship**, *[S. l.]*, v. 35, n. 3, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14562485/. Acesso em: 3 jun. 2026.

CAMPANA, A. O. *et al*. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001. 245 p.

CHIZZOLA, P. R. *et al*. Compliance with pharmacological treatment in outpatients from a Brazilian cardiology referral center. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 114, n. 5, p. 1259-1264, out. 1996. DOI: 10.1590/S1516-31801996000500004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/spmj/a/kFYRqKfJzkKyGQHdgcZWVnN/?lang=en. Acesso em: 3 jun. 2026.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 166 p.

COSTA, A. E. H. M.; BRITO, F. C. B. A. **Baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde Tranqueira**. Altos, PI: UNA-SUS; [s.d.]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14645. Acesso em: 3 jun. 2026.

COSTA, J. D. *et al*. Atuação do agente comunitário de saúde no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial: uma revisão de escopo. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, ago. 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2361. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2361. Acesso em: 3 jun. 2026.

DANIELSON, E.; MELIN-JOHANSSON, C.; MODANLOO, M. Adherence to treatment in patients with chronic diseases: from alertness to persistence. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, *[S. l.]*, v. 7, n. 4, p. 248-257, out. 2019. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.81303.0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31641674/. Acesso em: 3 jun. 2026.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 25, esp. 1, p. 27-44, jun. 2012. Disponível em:

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

https://www.scielo.br/j/ape/a/6F35DxkhP3VLjnZMWGdRfBg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

DEWULF, N. L. S. *et al*. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, *[S. l.]*, v. 42, n. 4, p. 575-584, dez. 2006. DOI: 10.1590/S1516-93322006000400013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcf/a/PMfcKGMmRfBqjQrgtcGMzCF/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

DOSSE, C. *et al*. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 17, n. 2, mar.-abr. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/4RL5JSGBwgqZjdCkBWz7nYy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. K. Treatment adherence in chronic disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, *[S. l.]*, v. 54, supl. 1, dez. 2001. DOI: 10.1016/s0895-4356(01)00457-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11750211/. Acesso em: 3 jun. 2026.

GELDSETZER, P. *et al*. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. **Lancet**, Londres, Reino Unido, v. 394, n. 10199, p. 652-662, ago. 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30955-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327566/. Acesso em: 3 jun. 2026.

GEWEHR, D. M. *et al*. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, *[S. l.]*, v. 42, n. 116, p. 179-190, jan.-mar. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811614. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4Dh4vDYyPWvKHSxHzT9X7zf/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

LIMA, H. P. *et al*. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr.-jun. 2010. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4326/1/2010_art_hplima1.pdf. Acesso em: 3 jun. 2026.

LUZ, A. L. A. *et al*. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos com comprometimento cognitivo: revisão sistemática. **Cogitare Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 26, 2021. DOI: 10.5380/ce.v26i0.70402. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/GwJkLWn38n3SMyFCXc5xHZr/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

MANSOUR, S. N.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, *[S. l.]*, v. 25, n. 3, jul.-set. 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000300021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/CrFt3pZBb5cHj6F6CfR3Fdm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

MARINHO, M. L. *et al*. Fatores influentes na adesão terapêutica de idosos hipertensos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **REVISA**, *[S. l.]*, v. 14, n. 3, p. 1757-1771, set. 2025. DOI: 10.36239/revisa.v14.n3.p1757a1771. Disponível em: https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/912. Acesso em: 3 jun. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

MATOS, D. V.; GUERRA, A. L. R.; ARAÚJO, E. M. Diferentes modos de delinear pesquisas acadêmicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, *[S. l.]*, v. 8, n. 12, p. 806-816, jan. 2023. DOI: 10.51891/rease.v8i12.8085. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8085. Acesso em: 3 jun. 2026.

MENDES, L. V. *et al*. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, *[S. l.]*, v. 38, esp., p. 109-123, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4Nwv8hcvy7MLNsXTFDC8hr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

MORAIS, J. D.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; PAES, N. A. Apoio social e satisfação de hipertensos com a atenção básica: construção de um índice sintético. **Saúde em Debate**, *[S. l.]*, v. 43, n. 121, p. 477-488, abr.-jun. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912115. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Hm3Dtb8LfL6hdn3MRQkCsQz/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **Lancet**, Londres, Reino Unido, v. 398, n. 10304, p. 957-980, set. 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34450083/. Acesso em: 3 jun. 2026.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al*. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, *[S. l.]*, v. 23, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/zNCM7MS5wZGrRJPMGRJMDYh/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

OLIVEIRA, T. L. *et al*. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. DOI: 10.1590/S0103-21002013000200012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/6yrjgbpv39xmvbf6twYRtNC/?format=html&lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

PAN, J. *et al*. The effect of social support on treatment adherence in hypertension in China. **Patient Preference and Adherence**, *[S. l.]*, v. 7, n. 15, p. 1953-1961, set. 2021. DOI: 10.2147/PPA.S325793. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34522088/. Acesso em: 3 jun. 2026.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, set. 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000300029. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/X5SMMD6JSNPw9KC9MtK49jd/abstract/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

PEREIRA, M. R. *et al*. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, *[S. l.]*, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, out. 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001000011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Qmfb38JxcccKZv8L8vPb47y/?format=html&lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PICON, R. V. *et al*. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLoS One**, *[S. l.]*, v. 7, n. 10, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0048255. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23118964/. Acesso em: 3 jun. 2026.

PINHEIRO, F. M. *et al*. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, *[S. l.]*, v. 8, jun. 2018. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1938. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1938. Acesso em: 3 jun. 2026.

PINHEIRO, M. B. G. **Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial**. Campos Gerais, MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2326.pdf. Acesso em: 3 jun. 2026.

POULTER, N. R. *et al*. Medication adherence in hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 38, n. 4, p. 579-587, abr. 2020. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002294. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31834123/. Acesso em: 3 jun. 2026.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, *[S. l.]*, v. 48, n. 2, abr. 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005044. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/N4gst6WvZg3kvnZqzvJG38L/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

SILVA, A. U. A.; AZEVEDO, J. S.; NOBRE, T. F. Adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **RETEP – Revista de Tendência da Enfermagem Profissional**, *[S. l.]*, v. 8, n. 4, p. 2019-2023, 2016. Disponível em: https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/ADESÃO-AO-TRATAMENTO-NÃO-FARMACOLÓGICO-DOS-PACIENTES-COM-HIPERTENSÃO.pdf. Acesso em: 3 jun. 2026.

SILVA, L. F. R. S. *et al*. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, *[S. l.]*, v. 35, n. 2, jun. 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/lil-737347. Acesso em: 3 jun. 2026.

SILVA, M. F. F. *et al*. Percepção de pacientes hipertensos sobre a doença e motivação para mudança de hábitos. **Interação em Psicologia**, *[S. l.]*, v. 25, n. 2, p. 155-167, ago. 2021. DOI: 10.5380/riep.v25i2.71800. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/71800. Acesso em: 3 jun. 2026.

SILVA, R. L. D. T. *et al*. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 79-87, jan.-fev. 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690111i. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/CKqpLXN5qkCjZsHDhPZLYPB/?lang=pt. Acesso em: 3 jun. 2026.

TURRA, L.; RESTELATTO, M. T. R.; DALLACOSTA, F. M. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 113-117, jan. 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.113-117. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6490. Acesso em: 3 jun. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

UNGER, T. Patient-doctor interactions in hypertension. **Journal of Human Hypertension**, *[S. l.]*, v. 9, n. 1, p. 41-45, jan. 1995. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7731000/. Acesso em: 3 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care: health systems, communities and the planet**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/primary-health-care-health-systems-communities-and-the-planet. Acesso em: 3 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9241562072. Acesso em: 3 jun. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.