ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

ANÁLISE DA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ANALYSIS OF ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-325

Submetido em: 16/11/2026 e Publicado em: 23/11/2026

SAS: e26555

Vanessa Duda de Medeiros
Farmacêutica Generalista pela Faculdade Rebouças de Campina Grande
Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
E-mail: vanessaduda0@gmail.com

Karen Beatriz Farias Monteiro
Nutricionista pela UNIFIP
Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
E-mail: karenbeatriznutri@gmail.com

Luma Gabriely de Oliveira Santos
Farmacêutica Generalista pela UEPB
Residente do Programa em Saúde Mental do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
E-mail: lumagabriely5@gmail.com

Maykom Cleytton Amaro de Souza
Psicólogo pela UNIFIP
Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
E-mail: maykonsouz4@gmail.com

Tatianne Mota Batista
Docente no Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (UFPB)
E-mail: tatiannemota@gmail.com

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa a condição crônica não transmissível de maior prevalência global, configurando-se como um dos principais desafios para as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) devido ao seu papel como fator de risco para doenças cardiovasculares e lesões em órgãos-alvo. Este estudo avaliou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em 40 usuários acompanhados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família em Santa Luzia-PB. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal e descritiva, realizada por meio de questionário sociodemográfico/clínico e do *Brief Medication Questionnaire (BMQ).* A amostra caracterizou-se pelo predomínio de mulheres (65,0%), idosos (65,0%), indivíduos com multimorbidade (77,5%) e polifarmácia (27,5%), destacando-se o uso de hidroclorotiazida (72,5%) e losartana (67,5%). Pela classificação geral do *BMQ*, apenas 12,5% dos participantes apresentaram adesão plena, enquanto 45,0% situaram-se em vulnerabilidade quanto à adesão (32,5% provável baixa adesão e 12,5% baixa adesão). A avaliação por domínios do *BMQ* evidenciou expressivo predomínio de barreiras na Recordação (72,5%) e no Regime Terapêutico (57,5%), contrastando com a baixa frequência no domínio Crenças (15,0%). Embora 70,0% mantivessem acompanhamento regular na unidade, somente 52,5% relataram ter recebido orientação profissional sobre o uso correto dos medicamentos. Concluiu-se que o principal obstáculo à adesão nessa população deriva de dificuldades operacionais cotidianas, como esquecimento e gestão da rotina posológica, e não de rejeição ideológica aos fármacos. Tais achados reforçam a urgência de implementar ações de Cuidado Farmacêutico e suporte multiprofissional focado na simplificação de esquemas e na orientação contínua no âmbito da APS.

Palavras-chave: Adesão terapêutica; Barreiras ao tratamento; Hipertensão; Saúde Pública.

Abstract

Systemic Arterial Hypertension (SAH) represents the most prevalent chronic noncommunicable condition worldwide and constitutes one of the main challenges for Primary Health Care (PHC) teams due to its role as a major risk factor for cardiovascular diseases and target-organ damage. This study evaluated adherence to antihypertensive treatment among 40 users followed at a Family Health Strategy unit in Santa Luzia, Paraíba, Brazil. This was an observational, cross-sectional, descriptive study conducted using a sociodemographic/clinical questionnaire and the *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). The sample was characterized by a predominance of women (65.0%), older adults (65.0%), individuals with multimorbidity (77.5%), and polypharmacy (27.5%), with hydrochlorothiazide (72.5%) and losartan (67.5%) being the most frequently used antihypertensive medications. According to the overall BMQ classification, only 12.5% of participants demonstrated full adherence, whereas 45.0% were classified as vulnerable regarding adherence (32.5% with probable low adherence and 12.5% with low adherence). Domain-specific BMQ

assessment revealed a marked predominance of barriers related to Recall (72.5%) and the Therapeutic Regimen (57.5%), contrasting with the lower frequency observed in the Beliefs (15.0%) domain. Although 70.0% of participants reported regular follow-up at the health unit, only 52.5% reported having received professional guidance on the correct use of their medications. It was concluded that the main barrier to adherence in this population was related to everyday operational difficulties, such as forgetfulness and management of the dosing schedule, rather than ideological rejection of pharmacological treatment. These findings reinforce the need to implement Pharmaceutical Care and multidisciplinary support focused on simplifying therapeutic regimens and providing continuous guidance within PHC.

Keywords: Barriers to treatment; Hypertension; Public Health; Treatment adherence.

1 INTRODUÇÃO

O manejo de indivíduos acometidos por doenças crônicas constitui um dos principais desafios enfrentados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), dada a natureza multifatorial dessas doenças, cujos determinantes perpassam complexas interações biológicas e socioculturais em um cenário de acentuada transição demográfica e envelhecimento populacional (Silva *et al*., 2023). Nesse contexto, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma condição crônica não transmissível (CCNT) de maior prevalência (Brandão *et al*., 2025).

Segundo o relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 1,4 bilhão de adultos em todo o mundo viviam com níveis elevados de pressão arterial em 2024 (OMS, 2025). A dissonância entre as metas de controle pressórico preconizadas em nível populacional e os índices de eficácia terapêutica observados na prática clínica é atribuída a diversos fatores determinantes, dentre os quais sobressai a adesão ao regime terapêutico (Choudhry *et al*., 2022).

A adesão terapêutica é compreendida como a extensão em que as ações do indivíduo, no que tange ao uso de medicamentos e hábitos de vida, estão em harmonia com as orientações pactuadas com a equipe de saúde (Silva *et al*. 2022). Embora a integralidade desses hábitos seja indissociável do cuidado integral, a adesão à farmacoterapia assume papel particularmente crítico no controle da hipertensão arterial (Choudhry *et al*., 2022).

Sob essa ótica, o controle adequado da pressão arterial não se restringe à responsabilidade individual do usuário, mas demanda atuação articulada e sistemática da equipe de saúde, inserida em um programa estruturado de acompanhamento da HAS (Gewehr *et al*., 2018). A natureza crônica da doença, muitas vezes marcada pela ausência de sintomas, dificulta que o indivíduo perceba a gravidade da sua condição. Esse fator frequentemente compromete a manutenção regular do tratamento e o alcance de níveis pressóricos satisfatórios (Monteiro *et al*., 2020).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções fundamentadas no conhecimento real do perfil dos usuários e dos determinantes envolvidos na não adesão terapêutica (Gewehr *et al*., 2018). Identificar precocemente o comportamento de não adesão é uma etapa estratégica para o cuidado, uma vez que viabiliza a análise de seu impacto nos desfechos clínicos e fornece subsídios para o delineamento de intervenções customizadas às demandas da comunidade (Silva *et al*. 2022).

Portanto, investigar o nível de adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e suas possíveis barreiras no contexto da Atenção Primária à Saúde revela-se fundamental para qualificar o cuidado e fortalecer o acompanhamento longitudinal. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar o comportamento de adesão ao tratamento farmacológico em indivíduos com hipertensão arterial acompanhados em ESF no sertão paraibano.

Especificamente, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico desses usuários, descrever as características da farmacoterapia anti-hipertensiva utilizada e classificar o nível de adesão ao tratamento por meio do instrumento *Brief Medication Questionnaire (BMQ),* de modo a contribuir para a melhoria do controle pressórico e a prevenção de complicações cardiovasculares.

2 METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, delineado como pesquisa de campo, realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O delineamento transversal permitiu mensurar as variáveis em um único momento, sem estabelecer relações de causalidade (Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018), enquanto a natureza descritiva objetivou descrever as características da população estudada e o comportamento das variáveis relacionadas à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial, sem interferência do pesquisador (Gil, 2019).

Configurou-se como pesquisa de campo por ter tido seus dados obtidos diretamente no contexto em que o fenômeno ocorre, investigando a realidade concreta dos participantes sem a manipulação das variáveis estudadas (Severino, 2016). Por fim, a abordagem quantitativa fundamentou-se na objetividade e no emprego de técnicas estatísticas para a mensuração e identificação de padrões numéricos nas variáveis investigadas (Creswell; Creswell, 2018).

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por usuários diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acompanhados pela equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde em uma unidade de saúde localizada no município de Santa Luzia, no sertão do estado da Paraíba.

A amostra foi definida por conveniência conforme a disponibilidade da população elegível no período estabelecido para a coleta de dados, sendo incluídos 40 participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo usuários com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com HAS e em uso contínuo de pelo menos um medicamento anti-hipertensivo durante o período da coleta. Adicionalmente, exigiu-se que os participantes estivessem sob acompanhamento ativo pela equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde no território adscrito e apresentassem plenas condições cognitivas e comunicativas para a compreensão e resposta aos instrumentos de pesquisa, formalizando a adesão mediante assinatura do TCLE.

2.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos sem confirmação diagnóstica de HAS, aqueles que não estavam em uso de tratamento farmacológico para hipertensão arterial no momento da pesquisa ou que apresentavam comprometimento cognitivo significativo que inviabilizava a participação autônoma na ausência de um responsável legal. Excluíram-se, ainda, participantes que optaram por desistir da pesquisa em qualquer etapa da coleta de dados.

2.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, contemplando variáveis sociodemográficas e informações relacionadas ao uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Para a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico, aplicou-se o *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*, em sua versão traduzida e validada para o português. O *BMQ* consiste em um instrumento estruturado que permite identificar barreiras à adesão por meio da análise de três domínios: regime terapêutico, crenças em relação ao medicamento e recordação/esquecimento. Sua utilização possibilitou a classificação do nível de adesão e a identificação de fatores determinantes no seguimento da farmacoterapia (Ben; Neumann; Mengue, 2012).

2.4 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho e agosto de 2026, por meio de entrevistas individuais conduzidas em ambiente reservado na Unidade Básica de Saúde, garantindo-se o sigilo e a fidedignidade das respostas. Inicialmente, os usuários elegíveis foram abordados individualmente e

convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sua relevância, procedimentos envolvidos, possíveis riscos e benefícios, bem como sobre o caráter voluntário da participação. A anuência formal foi obtida via assinatura do TCLE.

O protocolo de coleta, com duração média estimada de 10 a 15 minutos por participante, foi conduzido de forma padronizada. Iniciou-se pela aplicação do questionário semiestruturado (dados sociodemográficos e clínicos) e, em seguida, procedeu-se à aplicação do *BMQ*, respeitando-se sua estrutura original e orientações de aplicação. Durante o procedimento, eventuais dúvidas terminológicas foram sanadas para assegurar a compreensão dos instrumentos, mantendo-se a neutralidade investigativa.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados, codificados e inseridos em uma planilha eletrônica no *software* Microsoft Excel® (versão Office 2021), com posterior dupla conferência para verificação da consistência das informações.

Os resultados foram sintetizados e apresentados por meio de estatística descritiva, sendo dispostos em tabelas e/ou gráficos para facilitar a interpretação. Posteriormente, os achados foram discutidos e confrontados com a literatura científica pertinente e com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), sob o CAAE nº 98207126.9.0000.5181 e parecer nº 8.551.818, de 30 de junho de 2026, antes do início da coleta de dados, em observância às Resoluções nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A execução do estudo esteve condicionada à autorização prévia da autoridade sanitária competente do município de Santa Luzia–PB. A concordância dos participantes foi formalizada via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se o anonimato, a privacidade e o direito de desistência a qualquer momento sem prejuízos ao atendimento prestado pela unidade de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 40 indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, acompanhados no contexto da Atenção Primária à Saúde. Os resultados foram organizados de acordo com as características sociodemográficas, condições de saúde, aspectos relacionados à farmacoterapia, perfil dos medicamentos anti-hipertensivos utilizados e adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada por meio do *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	nº	%
Faixa etária		
40-49	6	15,0
50-59	8	20,0
60-69	13	32,5
70-79	11	27,5
80-89	1	2,5
≥ 90	1	2,5
Sexo		
Feminino	26	65,0
Masculino	14	35,0
Raça/cor		
Branca	17	42,5
Preta	0	0,0
Parda	23	57,5
Amarela	0	0,0
Indígena	0	0,0
Estado civil		
Solteiro(a)	6	15,0
Casado(a)	25	62,5
Divorciado(a)	3	7,5
Viúvo(a)	6	15,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	5,0
Fundamental incompleto	18	45,0
Fundamental completo	3	7,5
Médio incompleto	1	2,5
Médio completo	10	25,0
Superior incompleto	0	0,0
Superior completo	6	15,0
Situação ocupacional		
Empregado(a)	9	22,5
Autônomo(a)	2	5,0
Aposentado(a)	21	52,5
Desempregado(a)	5	12,5
Do lar	3	7,5
Outro	0	0,0
Renda familiar mensal		
Até 1 salário mínimo	7	17,5
De 1 a 2 salários mínimos	24	60,0
De 2 a 3 salários mínimos	6	15,0
Acima de 3 salários mínimos	2	5,0
Prefere não informar	1	2,5
Nº de pessoas no domicílio		
1	5	12,5
2	14	35,0
3	11	27,5
4	6	15,0
5	4	10,0

Fonte: Elaborada pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026). Dados autorreferidos.

A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada na Tabela 1. A análise dos resultados evidenciou um grupo predominantemente feminino (65,0%), com maior concentração de participantes nas faixas etárias de 60 a 69 anos (32,5%) e 70 a 79 anos (27,5%). Esse perfil é particularmente relevante para a interpretação dos achados relacionados à adesão medicamentosa, uma vez que o

envelhecimento está frequentemente acompanhado pelo aumento da multimorbidade, da utilização simultânea de medicamentos e da necessidade de cuidados contínuos (Amorim *et al*., 2024).

A predominância feminina observada no presente estudo (65,0%) reflete padrões bem documentados na Atenção Primária à Saúde, nos quais as mulheres apresentam maior frequência aos serviços e busca por cuidado (Barreto *et al*., 2024). Essa característica sociodemográfica, somada à elevada proporção de indivíduos casados (62,5%) e aposentados (52,5%), compõe o arranjo sociocultural típico de populações idosas acompanhadas na atenção básica (Sangaleti *et al*., 2023). Em vez de determinantes diretos da conduta terapêutica, essas variáveis representam elementos do cotidiano que moldam a rotina de saúde, a organização do tempo e a rede de suporte social no manejo da hipertensão (Carneiro & Ayres, 2021; Zhang *et al*., 2023).

Outro aspecto relevante tange ao perfil socioeconômico: 45,0% dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto, 5,0% não eram alfabetizados e 60,0% apresentavam renda familiar entre um e dois salários mínimos. Tais características atuam como marcadores do contexto social, influenciando o letramento em saúde, a compreensão da prescrição e o acesso ao tratamento, conforme destacado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (Brandão *et al*., 2025). Sob uma perspectiva não culpabilizadora, a adesão consolida-se como um fenômeno multidimensional, no qual determinantes socioeconômicos interagem com a capacidade individual de incorporar esquemas posológicos à rotina diária (Ferro *et al*., 2023).

Entretanto, é necessário evitar uma interpretação simplista segundo a qual menor escolaridade ou menor renda necessariamente resultariam em menor adesão. No presente estudo, não foi realizada análise inferencial que permitisse estabelecer essa associação. Assim, essas características devem ser compreendidas como marcadores do contexto social em que o tratamento ocorre, e não como determinantes isolados do comportamento medicamentoso (Carvalho & Ribeiro, 2020). Essa distinção é importante porque desloca a discussão de uma perspectiva centrada na “culpa” do paciente para uma compreensão da adesão como fenômeno multidimensional (Silva *et al*., 2023). Em outras palavras, compreender a prescrição não significa necessariamente conseguir incorporá-la adequadamente à rotina, especialmente quando o tratamento envolve múltiplos medicamentos, diferentes horários e orientações simultâneas (Carneiro & Ayres, 2021).

Tabela 2 – Condições de saúde, estilo de vida e acompanhamento dos participantes (n=40)

Variáveis	nº	%
Tempo de diagnóstico da HAS		
1 a 5 anos	10	25,0
6 a 10 anos	8	20,0
Mais de 10 anos	22	55,0
Outras doenças crônicas		
Não	9	22,5
Sim	31	77,5
Diabetes mellitus		
Não	26	65,0
Sim	14	35,0
Dislipidemia		
Não	18	45,0
Sim	22	55,0
Doença cardiovascular		
Não	38	95,0
Sim	2	5,0
Doença renal		
Não	40	100,0
Sim	0	0,0
Medicamentos de uso contínuo		
1-2 medicamentos	10	25,0
3-4 medicamentos	19	47,5
≥5 medicamentos	11	27,5
Acompanhamento regular da Unidade de Saúde		
Não	12	30,0
Sim	28	70,0
Orientação sobre uso correto dos medicamentos		
Não	19	47,5
Sim	21	52,5
Prática regular de atividade física		
Não	28	70,0
Sim	12	30,0
Consumo de álcool		
Não consome	36	90,0
Ocasional	3	7,5
Frequente	1	2,5
Tabagismo		
Nunca fumou	37	92,5
Ex-fumante	1	2,5
Fumante atual	2	5,0

Fonte: Elaborada pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026). Dados autorreferidos.

Essa complexidade torna-se ainda mais evidente quando analisadas as condições de saúde dos participantes, como demonstrado na Tabela 2. A hipertensão apresentava duração superior a dez anos em 55,0% da amostra, e 77,5% relataram pelo menos uma outra doença crônica. Entre essas condições, destacaram-se a dislipidemia (55,0%) e o diabetes mellitus (35,0%). Embora apenas 5,0% tenham referido doença cardiovascular e nenhum participante tenha informado doença renal, dado que pode estar subestimado por se tratar de informação autorreferida, a coexistência de hipertensão com outros agravos demonstra que grande parte dos participantes não vivencia a hipertensão como uma condição isolada

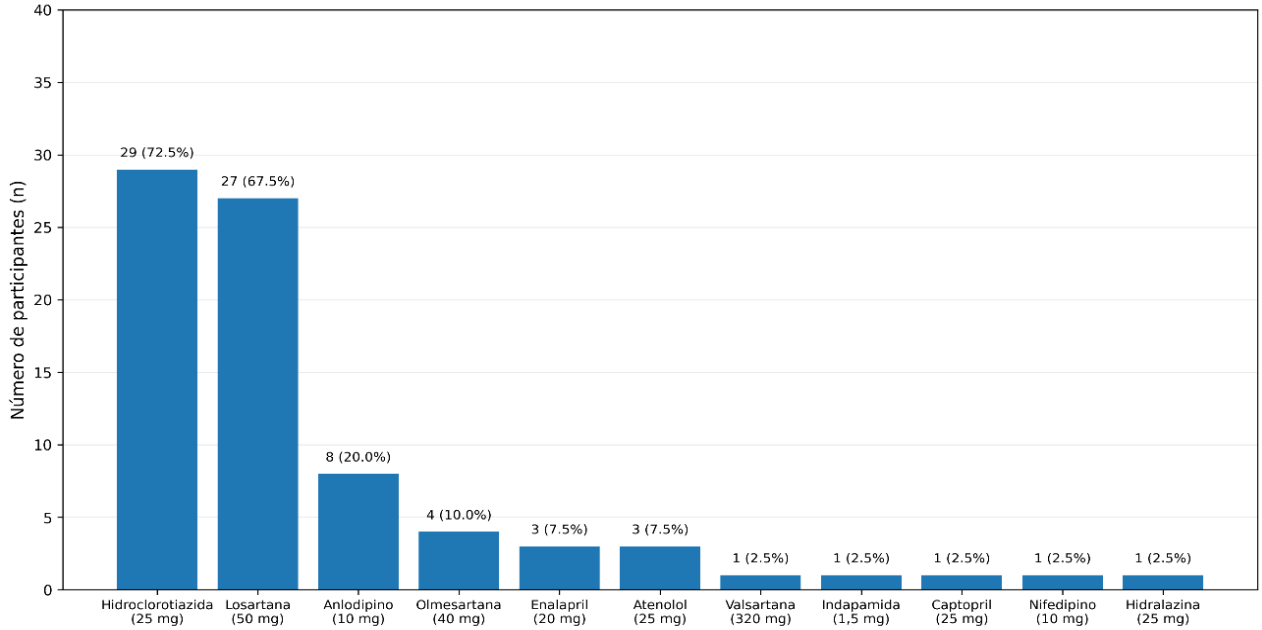
(Barreto *et al*., 2024). A hipertensão, nesse cenário, integra um processo de cuidado contínuo no qual diferentes doenças, medicamentos, consultas e recomendações precisam ser conciliados (Ferro *et al*., 2023).

Esse achado alinha-se a pesquisas conduzidas na Atenção Primária à Saúde, nas quais a multimorbidade figura como traço marcante em pessoas idosas hipertensas (Lima *et al*., 2025). Estudo realizado na Atenção Primária à Saúde com 189 pessoas idosas hipertensas encontrou 85,18% dos participantes com pelo menos uma doença crônica adicional à hipertensão, sendo o diabetes a condição mais frequente (Sangaleti *et al*., 2023). Se, por um lado, a coexistência de patologias amplia a necessidade de intervenções clínicas, por outro, eleva significativamente a complexidade do regime medicamentoso e o risco de interações e não adesão (Canguçu *et al*., 2025). Por conseguinte, quanto maior a carga de morbidades, mais imperativo torna-se estruturar o cuidado de forma integrada e multiprofissional, superando abordagens fragmentadas que tratam as enfermidades de modo isolado (Carneiro; Ayres, 2021).

Essa questão assume especial relevância diante do número de medicamentos utilizados pelos participantes. No presente estudo, 25,0% utilizavam de um a dois medicamentos contínuos, 47,5% usavam de três a quatro e 27,5% faziam uso de cinco ou mais fármacos. Sob os critérios da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, essa parcela de 27,5% enquadra-se no quadro de polifarmácia (Brandão *et al*., 2025). O acúmulo de prescrições demanda atenção redobrada no manejo da hipertensão, sobretudo em idosos e indivíduos com multimorbidade, visto que o aumento da complexidade farmacoterapêutica eleva o risco de interações medicamentosas, reações adversas e prejuízos diretos à adesão ao tratamento (Barreto *et al*., 2024).

Reforçando essa vulnerabilidade, o estudo *ESSENCE,* conduzido na APS, identificou o número total de medicamentos ($p \leq 0{,}001$) e a frequência de doses diárias ($p = 0{,}029$) como fatores associados à não adesão (Canguçu *et al*., 2025). Por essa razão, orienta-se a revisão periódica da farmacoterapia e, quando clinicamente viável, a simplificação do esquema terapêutico, mediante a redução do número de comprimidos e de tomadas diárias, preferencialmente por meio de combinações em dose fixa, quando disponíveis (Parati *et al*., 2021; Silva *et al.,* 2023).

Figura 1 – Medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos participantes (n=40)



Fonte: Elaborada pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

Entre os anti-hipertensivos utilizados, destacaram-se a hidroclorotiazida (72,5%) e a losartana (67,5%), seguidas pelo anlodipino (20,0%) e pela olmesartana (10,0%). A predominância desses medicamentos reflete o alinhamento com as diretrizes nacionais, que preconizam os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) e os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) entre as classes preferenciais para o tratamento da hipertensão (Brandão *et al.,* 2025). Além disso, essa distribuição também pode refletir a disponibilidade de medicamentos no SUS, uma vez que hidroclorotiazida, losartana e anlodipino integram a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o Programa Farmácia Popular do Brasil (Marques *et al*., 2021). A prevalência de esquemas terapêuticos combinados e polimedicados reforça a necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico contínuo e multiprofissional, criando o cenário de complexidade posológica que permite compreender diretamente as barreiras de adesão mensuradas a seguir pelo *Brief Medication Questionnaire* (Barreto *et al*., 2024).

Tabela 3 – Rastreamento de barreiras à adesão segundo os domínios do *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* (n=40)

Domínio	**Sem resultado positivo**	**Com resultado positivo**
Regime	17 (42,5%)	23 (57,5%)
Crenças	34 (85,0%)	6 (15,0%)
Recordação	11 (27,5%)	29 (72,5%)

Fonte: Elaborada pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

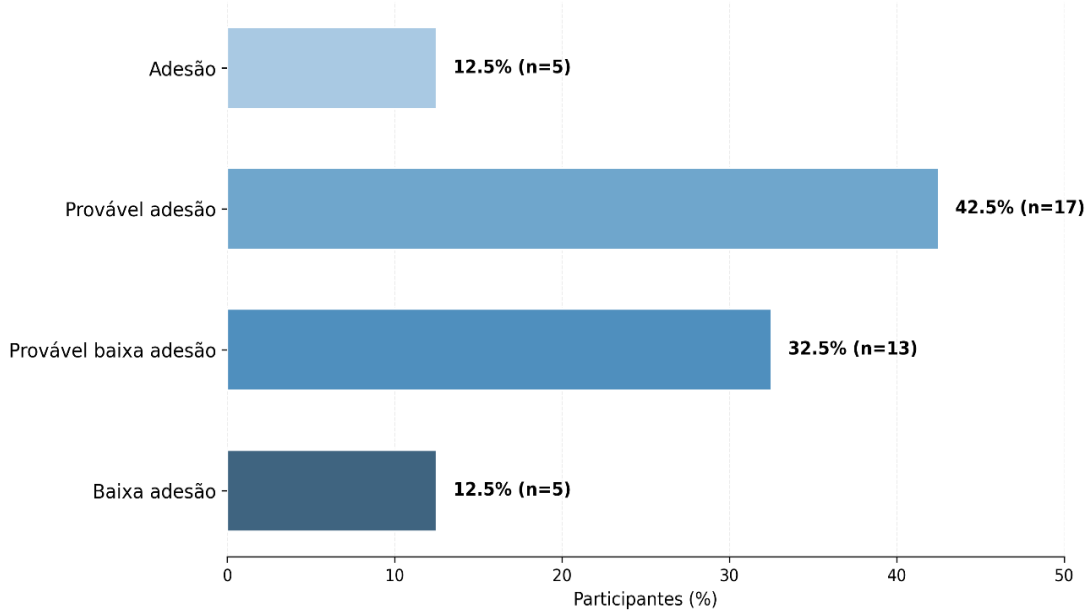
No domínio “regime”, 57,5% dos participantes apresentaram rastreamento positivo, indicando dificuldades diretamente relacionadas à organização e ao cumprimento do esquema medicamentoso. Esse

resultado é relevante diante da quantidade de medicamentos utilizados pela amostra, mas também evidencia que a complexidade do tratamento não deve ser mensurada exclusivamente pelo número de medicamentos (Canguçu *et al.,* 2025). Diferentes horários de tomada, fracionamento de doses e orientações simultâneas impõem demandas elevadas à rotina diária, constituindo entraves operacionais para o seguimento correto da prescrição (Ferro *et al.,* 2023).

O achado mais expressivo do *BMQ*, contudo, foi observado no domínio Recordação, que apresentou resultado positivo em 72,5% dos participantes. Esse percentual superou os domínios "regime" (57,5%) e "crenças" (15,0%), indicando que dificuldades relacionadas à lembrança e à organização cotidiana do tratamento constituíram uma barreira mais frequente nessa população do que aquelas relacionadas às percepções sobre os medicamentos (Barreto *et al.,* 2024). Ressalta-se que essa elevada taxa no domínio "recordação" não deve ser interpretada como evidência de déficit cognitivo, visto que o *BMQ* atua estritamente como um instrumento indireto de rastreamento de barreiras operacionais e do manejo da farmacoterapia, e não como um teste neuropsicológico (Canguçu *et al*., 2025).

A predominância desse domínio constitui um achado relevante, pois desloca a discussão da ideia de que a baixa adesão decorre principalmente de uma "recusa" ao tratamento. Se apenas 15,0% apresentaram resultado positivo no domínio crenças, mas 72,5% apresentaram positividade em recordação, os resultados sugerem que, para uma parcela expressiva dos participantes, o desafio pode estar menos relacionado à rejeição dos medicamentos e mais à capacidade de incorporar uma rotina terapêutica contínua ao cotidiano (Zhang *et al*., 2023). Essa constatação traz implicações pragmáticas decisivas para a APS: estratégias exclusivamente educativas e genéricas, centradas em explicar que o medicamento é importante, podem ser insuficientes quando a principal barreira é de natureza operacional e organizacional (Carvalho & Ribeiro, 2020).

Figura 2 - Classificação da adesão ao tratamento medicamentoso segundo o *Brief Medication Questionnaire (BMQ)*, entre os participantes do estudo (n=40)



Fonte: Elaborada pelos autores, com base nos dados da pesquisa (2026).

Na classificação geral do *BMQ*, 12,5% dos participantes foram classificados com adesão, 42,5% com provável adesão, 32,5% com provável baixa adesão e 12,5% com baixa adesão. Embora 55,0% estejam concentrados nas duas primeiras categorias, é importante destacar que apenas 12,5% não apresentaram nenhum domínio positivo. Assim, a classificação como provável adesão não equivale à ausência de barreiras, mas indica a presença de positividade em um dos domínios avaliados. O *BMQ* estabelece sua classificação a partir do número de domínios positivos, considerando zero domínios positivos como adesão; um como provável adesão; dois como provável baixa adesão; e três como baixa adesão (Canguçu *et al.***,** 2025).

Por outro lado, 45,0% dos participantes situaram-se nas categorias de provável baixa adesão (32,5%) e baixa adesão (12,5%). Como o *BMQ* rastreia barreiras e não mede diretamente o consumo dos medicamentos, essa prevalência sinaliza vulnerabilidades operacionais que demandam acompanhamento individualizado, sem rotular o paciente como sumariamente "não aderente" (Silva *et al*., 2023). Esse panorama alinha-se a achados nacionais, a exemplo de meta-análise brasileira que estimou a adesão anti-hipertensiva em 44,4%, ressaltando a heterogeneidade metodológica observada entre diferentes estudos (Coelho *et al.,* 2024).

A própria configuração dos resultados demonstra por que a adesão não deve ser compreendida como uma característica binária, "aderente" ou "não aderente". Um participante pode compreender a importância do tratamento, acreditar nos medicamentos e, ainda assim, esquecer doses; outro pode apresentar dificuldades com o regime terapêutico, mas manter crenças favoráveis ao tratamento (Barreto *et al*., 2024). Essa heterogeneidade ajuda a explicar por que estratégias universais e padronizadas podem apresentar

efeito limitado, reforçando que a intervenção em saúde precisa ser direcionada à barreira predominante de cada indivíduo (Ferro *et al*., 2023).

Outro resultado que merece ser relacionado à discussão da adesão é o acompanhamento pela unidade de saúde. Embora 70,0% dos participantes tenham informado acompanhamento regular na unidade, apenas 52,5% relataram ter recebido orientação profissional sobre o uso correto dos medicamentos. Ainda que se trate de variáveis autorreferidas e analisadas separadamente, essa diferença sugere que estar vinculado ao serviço não significa, necessariamente, receber acompanhamento farmacoterapêutico sistemático (Marques *et al*., 2021). A consulta ou contato com a equipe pode ocorrer regularmente, mas a avaliação detalhada de como o paciente utiliza seus medicamentos, quais dificuldades enfrenta e quais estratégias adota para organizar o tratamento pode não ocorrer com a mesma frequência (Carvalho; Ribeiro, 2020).

Esse achado suscita uma reflexão crítica sobre a qualidade do cuidado prestado na APS. O acompanhamento da hipertensão não deve se limitar a procedimentos burocráticos ou pontuais, como a mera aferição da pressão arterial e à renovação automática de prescrições (Ferro *et al*., 2023). A Diretriz Brasileira de 2025 enfatiza a centralidade da atuação multiprofissional e reconhece intervenções de atenção farmacêutica, automonitoramento da pressão arterial, recursos de comunicação e tecnologias digitais como estratégias fundamentais para promover a adesão (Brandão *et al.,* 2025). Em convergência, o relatório global de hipertensão da OMS reforça que o fortalecimento do diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão deve dar-se prioritariamente no nível da atenção primária, aliado ao acesso contínuo e confiável a medicamentos de qualidade (OMS, 2025).

Nesse cenário, a atuação do farmacêutico assume relevância estratégica. A elevada positividade nos domínios Recordação e Regime indica necessidades clínicas que podem ser abordadas por intervenções de cuidado farmacêutico, tais como revisão da farmacoterapia, identificação de duplicidades ou problemas relacionados aos medicamentos (PRM), avaliação dos horários de administração, conciliação medicamentosa, orientação individualizada, estratégias de organização e acompanhamento da resposta ao tratamento (Barreto *et al*., 2024). Ademais, a síntese de evidências desenvolvida por Silva *et al*. (2023) comprova que intervenções conduzidas por farmacêuticos na APS, isoladas ou integradas a equipes multiprofissionais, promovem aumentos estatisticamente significativos nas taxas de adesão e no efetivo controle dos níveis pressóricos.

Essa perspectiva é especialmente pertinente diante da realidade encontrada no estudo, na qual coexistem envelhecimento, multimorbidade, uso de múltiplos medicamentos e dificuldades relacionadas à recordação (Sangaleti *et al*., 2023). Em vez de interpretar a baixa adesão exclusivamente como um comportamento individual ou falha do paciente, os resultados apontam para a necessidade de qualificar o processo de cuidado na APS (Carneiro & Ayres, 2021). Isso envolve simplificar, quando clinicamente possível, o esquema terapêutico; verificar se o paciente compreende para que serve cada medicamento;

identificar quais medicamentos são realmente utilizados; avaliar dificuldades de acesso; conferir se há interrupções por falta do produto; e estabelecer mecanismos de acompanhamento compatíveis com a realidade do usuário (Carvalho & Ribeiro, 2020; Silva *et al*., 2023).

Também merece destaque o fato de apenas 30,0% dos participantes relatarem a prática regular de atividade física (Tabela 2). Embora esse indicador não mensure diretamente a adesão farmacológica, ele evidencia que o controle efetivo da hipertensão requer um conjunto integrado de comportamentos de autocuidado que ultrapassam a simples tomada de comprimidos (Ferro *et al*., 2023). A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial reforça que a terapêutica deve combinar, de forma sinérgica, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, incluindo a prática regular de exercícios físicos aeróbicos e resistidos, padrão alimentar saudável (dieta *DASH*), redução do consumo de sódio e álcool, cessação do tabagismo e controle do peso corporal (Brandão *et al*., 2025). Desse modo, o acompanhamento da pessoa hipertensa deve buscar compreender sua capacidade global de incorporar tais recomendações ao estilo de vida, evitando abordagens fragmentadas que analisem cada conduta isoladamente (Carneiro & Ayres, 2021).

De maneira geral, os resultados deste estudo permitem compreender a adesão medicamentosa como um fenômeno dinâmico e multidimensional, que emerge da interação contínua entre características individuais, envelhecimento, multimorbidade, complexidade terapêutica, organização da farmacoterapia e relação com os serviços de saúde (Barreto *et al*., 2024). A predominância do domínio recordação (72,5%), associada à elevada utilização de medicamentos e à parcela substancial de participantes classificados em vulnerabilidade terapêutica (45,0% em provável baixa adesão e baixa adesão), sugere que estratégias de cuidado centradas na organização e simplificação do tratamento assumem papel prioritário nessa população (Canguçu *et al*., 2025; Parati *et al.,* 2021). Ao mesmo tempo, a baixa frequência de barreiras relacionadas às crenças indica que o problema não deve ser reduzido à falta de aceitação, resistência ou desinteresse do paciente frente ao tratamento (Carvalho & Ribeiro, 2020).

Assim, o principal achado deste estudo não reside meramente na proporção estatística de participantes em cada categoria do *BMQ*, mas na natureza intrínseca das barreiras identificadas. O fato de as dificuldades de recordação e manejo diário terem prevalecido sobre as restrições ideológicas aponta para a necessidade imperativa de uma abordagem menos culpabilizadora e mais orientada à resolução de problemas operacionais concretos da farmacoterapia (Carneiro & Ayres, 2021; Silva *et al.,* 2023). Nesse sentido, a adesão deve ser consolidada como um processo dinâmico, que pode ser favorecido ou comprometido pelas características do regime terapêutico, pelas condições sociais, pela capacidade de organização cotidiana e pela qualidade do acompanhamento prestado pela equipe de saúde (Ferro *et al*., 2023; OMS, 2025).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, os resultados reforçam, portanto, a importância de transformar o acompanhamento da hipertensão em um processo ativo de gestão da farmacoterapia e cuidado

compartilhado (Marques *et al*., 2021). Para a população estudada, medidas relativamente simples, tais como revisar periodicamente todos os medicamentos em uso, reduzir a complexidade posológica quando clinicamente viável, utilizar linguagem acessível, confirmar a compreensão por meio de estratégias como o *teach-back*, organizar os horários das tomadas e realizar acompanhamento farmacêutico contínuo, mostram-se substancialmente mais pertinentes e efetivas do que ações educativas genéricas e descontextualizadas (Barreto *et al*., 2024). A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, inclusive, reconhece que a atuação multiprofissional integrada, o emprego de recursos acessíveis de comunicação e educação e a adoção de estratégias de simplificação do esquema terapêutico constituem pilares recomendados para promover a melhoria sustentada da adesão ao tratamento (Brandão *et al*., 2025)

Algumas limitações devem ser consideradas. Trata-se de estudo descritivo e transversal, conduzido em uma única unidade de saúde, com amostra por conveniência e de tamanho reduzido (n=40), o que impede inferências causais e a generalização dos resultados. A amostragem na própria unidade pode ter favorecido a inclusão de usuários mais vinculados ao serviço e com maior disponibilidade de tempo, como mulheres e aposentados. As informações clínicas foram autorreferidas, o que pode ter subestimado condições como a doença renal crônica, e não houve aferição da pressão arterial, o que impossibilitou relacionar as barreiras identificadas ao controle pressórico. A adesão foi mensurada por autorrelato, sujeito a viés de memória e de desejabilidade social, especialmente em entrevistas realizadas no próprio serviço. Além disso, o domínio Recordação do BMQ incorpora a frequência de doses diárias, o que limita sua interpretação exclusiva como esquecimento. Não obstante, o estudo mapeia as barreiras enfrentadas por usuários da APS em um município do sertão paraibano e oferece subsídios para o planejamento do cuidado farmacêutico e para a reorganização da atenção à hipertensão no nível local.

4 CONCLUSÃO

A amostra estudada foi predominantemente feminina e idosa, com elevada frequência de multimorbidade (77,5%) e de polifarmácia (27,5%), e a hidroclorotiazida (72,5%) e a losartana (67,5%) foram os anti-hipertensivos mais utilizados.

Segundo o BMQ, 45,0% dos participantes apresentaram provável baixa adesão ou baixa adesão, e apenas 12,5% não apresentaram barreira em nenhum domínio. As barreiras concentraram-se nos domínios Recordação (72,5%) e Regime (57,5%), enquanto o domínio Crenças foi pouco frequente (15,0%), o que sugere que as principais dificuldades estão relacionadas à organização cotidiana e à complexidade das tomadas, e não à rejeição do tratamento.

A diferença entre a proporção de usuários com acompanhamento regular (70,0%) e a dos que relataram ter recebido orientação sobre o uso dos medicamentos (52,5%) sugere oportunidades de

qualificação do cuidado, e a baixa prática de atividade física (30,0%) reforça que a adesão farmacológica se insere em um conjunto mais amplo de comportamentos de autocuidado.

Diante desses achados, a melhoria da adesão na APS parece depender menos de abordagens culpabilizadoras e de práticas restritas à renovação de receitas e mais da consolidação do Cuidado Farmacêutico e da atuação multiprofissional voltados à gestão ativa da farmacoterapia, com simplificação dos esquemas posológicos, organização dos horários de tomada e comunicação acessível. Recomenda-se que estudos futuros, com amostras maiores e probabilísticas, avaliem a associação entre as barreiras identificadas e o controle pressórico, bem como o efeito de intervenções farmacêuticas sobre a adesão nesse contexto.

REFERÊNCIAS

AMORIM, J. S. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão da literatura atual. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, e. 7, p. 2549-2563, 2024.

BARRETO, E. S. *et al*. Adesão de pacientes idosos polimedicados: como eles se comportam frente à tomada de medicamentos?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, e230211, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230211.pt.

BEN A. J.; NEUMANN C. R.; MENGUE S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.

BRANDÃO A. A. *et al*. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia – ABC Cardiol**, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

CANGUÇU, E. *et al*. Fatores associados à não adesão medicamentosa de pacientes hipertensos: avaliação da linha de base do estudo ESSENCE. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, v. 10, n. 2, e00169, 2025. DOI: https://doi.org/10.22563/2525-7323.2025.v10.e00169

CARNEIRO, J. L. S.; AYRES, J. R. C. M. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 29, 2021. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856.

CARVALHO, T. R.; RIBEIRO, L. C. Associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 23, n. 4, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16894. Acesso em: 29 set. 2026.

CHOUDHRY N. K. *et al*. Adesão à medicação e controle da pressão arterial: uma declaração cientifica da Associação Americana do Coração. **Hypertension**, v. 79, n. 1, p. e1-e14, 2022.

COELHO, J. C. *et al*. Adesão ao tratamento com medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: uma revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 8, e19282022, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research Design**: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 5. ed. Thousand Oaks: Sage, 2018.

FERRO, G. B. *et al*. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 13, n. 2, e7615, 2023. DOI: https://doi.org/10.13102/rsc.v13i2.7615.

GEWEHR D. M. *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.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LIMA, J. M. P. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica em idosos e fatores associados: estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 33, n. 2, e33020142, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202533020142.

MARQUES, V. G. P. S. et al. Assistência ao paciente com hipertensão na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e36010414523, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14523.

MONTEIRO A. A. F. *et al*. Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1289-1305, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório global sobre hipertensão 2025: altos riscos: transformando evidências em ação. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**, 2025. 342 p. ISBN 978-92-4-011556-9. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569. Acesso em: 20 out. 2026.

PARATI, G. *et al*. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Hypertension**, v. 77, n. 2, p. 692-705, 2021. DOI: https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781.

RAIMUNDO J. Z.; ECHEIMBERG J. O.; LEONE C. Tópicos de metodologia de pesquisa: estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

SANGALETI, C. T. *et al.* Polifarmácia, medicamentos potencialmente inadequados e fatores associados entre idosos com hipertensão na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 2, e20220785, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0785.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SILVA I. C. *et al*. Alfabetização em saúde e adesão ao tratamento farmacológico por pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, e20220008, 2022.

SILVA L. A. L. B. *et al*. Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.47, e28, 2023.

ZHANG, Huijun *et al*. Influencing factors of medication literacy among community-dwelling older adult patients with hypertension: a study based on social learning theory. **Frontiers in Pharmacology**, v. 14, p. 1184701, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1184701.