CARDIOLOGIA
TEORIA E PRÁTICA
EDIÇÃO XXVIII

Capítulo 6

# ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: FATORES ASSOCIADOS E ESTRATÉGIAS – REVISÃO INTEGRATIVA

**ARTUR HENRIQUE MORAIS VIANA**[1]
**CLESIMARY EVANGELISTA MOLINA MARTINS**[2]
**CAMILA GOMES DANTAS**[3]
**CARLA PEREIRA SANTOS PORTO**[4]
**LICIA SANTOS SANTANA**[5]
**FERNANDA DANTAS BARROS**[6]
**NARA MICHELLE MOURA SOARES**[7]

1. Discente – Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT), Campus Estância.
2. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe, Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UNB).
3. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT). Doutora em Biotecnologia Industrial pela Universidade Tiradentes.
4. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT). Doutora em Ciência e Engenharia de Materiais pela UFRGS.
5. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT). Doutora pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto.
6. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT). Enfermeira, Mestre em Biotecnologia Industrial.
7. Docente – Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe, Brasil. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), com Pós-doutorado em Educação Física.

***Palavras-chave:*** *Hipertensão; Adesão à Medicação; Atenção Primária.*

DOI 10.59290/6193020620

EDITORA PASTEUR

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública e um importante fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Por ser frequentemente assintomática, seu controle permanece um desafio para os sistemas de saúde. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, o diagnóstico em adultos, no consultório, considera pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou diastólica igual ou superior a 90 mmHg, e o tratamento envolve medidas não farmacológicas e, quando indicado, medicamentos, com metas que consideram as condições clínicas e a tolerância individual. Nesse contexto, o acompanhamento contínuo e a participação ativa da pessoa são fundamentais (BRANDÃO *et al*., 2025).

No Brasil, o Vigitel 2006–2024 mostrou que a proporção de adultos das capitais e do Distrito Federal que referiram diagnóstico médico de hipertensão aumentou de 22,6% para 29,7%, um acréscimo de 7,1 pontos percentuais; os dados são autorreferidos e não representam toda a população brasileira (BRASIL, 2025).

Nesse cenário, a adesão ao tratamento é um componente fundamental do cuidado. Ela pode ser entendida como o grau em que o comportamento da pessoa, incluindo o uso de medicamentos, a alimentação e as mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com os profissionais de saúde, e é um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores socioeconômicos, da equipe e do sistema de saúde, da doença, do tratamento e da própria pessoa (SABATÉ, 2003). No tratamento farmacológico, distinguem-se a iniciação, a implementação e a persistência, de modo que não iniciar o medicamento, usá-lo de forma diferente da prescrita, esquecer doses e interromper o tratamento são situações distintas (VRIJENS *et al*., 2012).

No Brasil, uma revisão sistemática com meta-análise reuniu 104 estudos (38.299 participantes) e estimou adesão de 44,4% (IC95%: 39,12–49,94), com elevada heterogeneidade ($I^2$ = 91,17%), instrumentos distintos e busca até novembro de 2021; o valor deve ser lido como estimativa das populações estudadas, e não como medida atual da adesão no país (COELHO *et al*., 2024).

A literatura aponta fatores sociodemográficos, clínicos, terapêuticos e relacionados ao acesso e ao vínculo com a equipe. Condições de saúde mental, como depressão e uso problemático de álcool e outras drogas, podem dificultar o uso dos medicamentos, e regimes com múltiplas tomadas, medicamentos concomitantes e efeitos adversos funcionam como barreiras (CHOUDHRY *et al*., 2022). A simplificação por combinações em comprimido único tem sido investigada, com resultados predominantemente favoráveis à adesão e à persistência (PARATI *et al*., 2021). Entre as estratégias, a educação em saúde apresentou efeito favorável sobre a adesão em revisão com meta-análise de ensaios clínicos, cujos resultados dependem das características, da duração e do contexto das intervenções (MUSTARA *et al*., 2025).

É importante distinguir adesão e controle pressórico: níveis acima da meta não significam necessariamente má adesão, pois é preciso avaliar a adequação do esquema, a inércia clínica (ausência de intensificação do tratamento quando indicada) e as barreiras de acesso (CHOUDHRY *et al*., 2022). A diversidade de fatores, de instrumentos de medida e de estratégias propostas exige uma análise integrada das evidências, e a revisão integrativa permite reunir estudos de diferentes delineamentos quando adotados procedimentos sistemáticos de busca,

seleção, avaliação crítica e síntese (MENDES *et al*., 2008).

Este capítulo teve como objetivo analisar os fatores associados à adesão ao tratamento da HAS e as estratégias descritas na literatura para sua melhoria, com ênfase na atenção primária à saúde e no contexto brasileiro, a partir da questão norteadora: quais fatores estão associados à adesão ao tratamento da HAS e quais estratégias apresentam evidências de contribuição para sua melhoria?

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida segundo as seis etapas de Mendes *et al*. (2008): identificação do tema e da questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a extrair e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese. A questão norteadora foi elaborada pela estratégia PICo (população, fenômeno de interesse e contexto): população, adultos com hipertensão arterial sistêmica em tratamento; fenômeno de interesse, adesão ao tratamento, incluindo fatores associados e estratégias de melhoria; contexto, serviços de saúde, com ênfase na atenção primária.

Foram incluídos estudos primários e revisões (sistemáticas, com ou sem meta-análise, e integrativas) publicados em periódicos científicos entre 2021 e 2025, em português, inglês ou espanhol, com texto completo em acesso gratuito, realizados com adultos com HAS e que abordassem fatores associados à adesão ao tratamento e/ou estratégias para sua melhoria. Foram excluídos estudos duplicados entre as bases; editoriais, comentários, cartas e resumos de eventos; capítulos de livros, teses, dissertações e demais literatura cinzenta; estudos em animais ou modelos não clínicos; estudos que não tratassem diretamente da adesão ao tratamento da HAS; e diretrizes, declarações de consenso e documentos normativos, utilizados apenas como referencial teórico.

A busca foi realizada entre setembro e outubro de 2026 nas bases MEDLINE (via PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e SciELO, selecionadas pela abrangência na indexação da produção científica internacional e latino-americana em saúde, sem restrição de país de origem. Utilizaram-se descritores controlados (DeCS e MeSH) e termos livres no título, combinados pelos operadores booleanos *OR* (entre termos equivalentes) e *AND* (entre os conceitos do PICo). No PubMed, o descritor de hipertensão foi restrito ao tópico principal (*Major Topic*) e a busca foi complementada por termos no título, para recuperar registros recentes ainda não indexados. O contexto não foi incluído nas *strings*, para preservar a sensibilidade da busca, e foi aplicado como critério na seleção. As *strings*, os filtros (período de 2021 a 2026, idiomas e texto completo) e o número de registros por base estão na tabela **(Tabela 6.1)**.

Os 1.103 registros recuperados (720 na MEDLINE/PubMed, 62 na BVS, 103 na LILACS e 218 na SciELO) foram importados para o *software Rayyan*®, utilizado para sinalizar e remover duplicatas, restando 971 estudos únicos. A leitura de títulos e resumos foi conduzida por um único revisor (o autor), sem segundo revisor, selecionando-se para leitura na íntegra os estudos que abordavam fatores associados à adesão e/ou estratégias para sua melhoria. Na leitura na íntegra, reaplicaram-se os critérios e verificou-se o acesso gratuito ao texto completo, por meio da ferramenta *Unpaywall* e da página do periódico. Por viabilidade editorial, a amostra foi delimitada em 20 estudos, ordenados segundo a hierarquia de evidência (revisões sistemáticas e meta-análises, ensaios clínicos randomizados e, por fim, estudos observacionais e revisões não sistemáticas) e, em si-

tuação de equivalência, priorizando-se os conduzidos no Brasil ou publicados em português. Em etapa posterior, dois estudos qualitativos brasileiros recuperados na mesma busca (LILACS) foram incorporados para ampliar a base nacional, totalizando 22 estudos. A amostra é, portanto, seletiva dentre os estudos recuperados, e a síntese não pretende ser exaustiva. Todos os 22 estudos procedem da busca realizada nas bases de dados. A descrição das etapas baseou-se no PRISMA 2020 (PAGE *et al*., 2021).

Para cada estudo, extraíram-se em planilha eletrônica: autoria e ano, país ou região, delineamento, amostra, instrumento de adesão (quando informado), fatores associados, estratégias avaliadas, principais resultados e limitações apontadas. Cada estudo foi classificado segundo o delineamento e a hierarquia de evidência, e registraram-se as ressalvas metodológicas (como risco de viés, ausência de registro de protocolo, conflitos de interesse e inconsistências numéricas), consideradas na interpretação e não como critério de exclusão; não se aplicou escore quantitativo de qualidade. Dada a diversidade de delineamentos, instrumentos e desfechos, os dados foram analisados por síntese narrativa e organizados em dois eixos: fatores associados à adesão e estratégias para sua melhoria (Quadro 2). Documentos de referencial teórico e estudos citados apenas para contextualização (SABATÉ, 2003; VRIJENS *et al*., 2012; CHOUDHRY *et al*., 2022; PARATI *et al*., 2021; BRANDÃO *et al*., 2025; BRASIL, 2025) não integram a amostra e não passaram por extração nem síntese. Por utilizar apenas dados secundários, publicados e de domínio público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

**Tabela 6.1** Estratégias de busca por base de dados

| Base | String de busca | Registros |
|---|---|---|
| MEDLINE (via PubMed) | *("Hypertension"[Majr] OR hypertens*[ti]) AND ("Treatment Adherence and Compliance"[Majr] OR "Medication Adherence"[Majr] OR "Patient Compliance"[Majr] OR adheren*[ti] OR complian*[ti]) AND ("2021/01/01"[dp]: "2026/12/31"[dp]) AND "free full text"[sb] AND (english[la] OR portuguese[la] OR spanish[la])* | 720 |
| BVS (exceto MEDLINE e LILACS) | (mh:"Hipertensão" *OR mh:"Hypertension" OR mh:"Hipertensión" OR ti:hipertens* OR ti:hypertens*) AND (mh:"Cooperação e Adesão ao Tratamento" OR mh:"*Adesão à Medicação" OR mh:"Cooperação do Paciente" OR ti:adesão *OR ti:adherence OR ti:adhesión*) | 62 |
| LILACS | Mesma string da BVS, restrita à base LILACS | 103 |
| SciELO | (hipertensão *OR hypertension OR hipertensión*) *AND* (adesão OR *adherence OR adhesión OR* "cooperação do paciente") | 218 |

**Fonte:** Elaborado pelo autor. Filtros em todas as bases: 2021–2026; inglês, português e espanhol; texto completo (na SciELO, todas as coleções).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos estudos incluídos

A amostra final reuniu 22 estudos publicados entre 2021 e 2025 **(Tabela 6.2)**: 13 revisões (cinco revisões sistemáticas com meta-análise, seis revisões sistemáticas sem meta-análise, uma metassíntese qualitativa e uma revisão rápida), três ensaios clínicos randomizados, quatro estudos transversais e dois estudos qualitativos. Dez foram conduzidos ou tiveram autoria no Brasil. Doze abordaram prioritariamente fatores associados à adesão, nove estratégias para sua melhoria, e a revisão rápida de Silva *et al*. (2023) contemplou os dois eixos. As ressalvas metodológicas registradas na leitura integral estão resumidas no quadro e foram consideradas na interpretação dos achados.

**Tabela 6.2** Estudos incluídos na revisão integrativa (n = 22)

| # | Autoria (ano) | Delineamento | País / contexto | Foco e principal achado | Ressalvas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Albuquerque *et al.* (2024) | Transversal (n = 682) | Brasil, Estratégia Saúde da Família | Não adesão de 64,5% e fatores associados | Observacional |
| 2 | Coelho *et al.* (2024) | RS com MA (104 estudos) | Brasil | Adesão de 44,4% (IC95%: 39,12–49,94) | $I^2$ = 91,17%; busca até nov/2021 |
| 3 | Silva *et al.* (2023) | Revisão rápida (14 RS + 3 RS) | Brasil (OPAS); atenção primária | Estratégias, barreiras e facilitadores | RS incluídas: 1 moderada, 4 baixa, demais criticamente baixa |
| 4 | Silva *et al.* (2022) | Transversal (n = 234) | Brasil | Letramento em saúde e adesão | Correlação fraca (rs = 0,189) |
| 5 | Nascimento *et al.* (2021) | Transversal (n = 421) | Brasil, atenção primária | Adesão ao tratamento não farmacológico | Análise bivariada |
| 6 | Miranda *et al.* (2021) | Qualitativo descritivo (n = 16) | Brasil, programa universitário de prevenção de risco cardiovascular | Percepção de facilitadores e barreiras à adesão | Amostra pequena; serviço único; pacientes em acompanhamento regular |
| 7 | Oliveira *et al.* (2021) | Qualitativo exploratório (n = 10) | Brasil, Unidade de Saúde da Família (João Pessoa, PB) | Percepção de barreiras e do vínculo com o enfermeiro | Amostra pequena; serviço único |
| 8 | Canguçu *et al.* (2024) | ECR cruzado (n = 157) | Brasil, farmácia comunitária | Mensagens de texto; sem diferença entre grupos | Adesão autorreferida |
| 9 | Mustara *et al.* (2025) | RS com MA de 12 ECR | Indonésia / internacional | Educação em saúde: RR = 1,33 | Sobreposição com Yulianti *et al.* |
| 10 | Yulianti *et al.* (2025) | RS de 10 ECR | Internacional | Intervenções baseadas em teorias comportamentais | 5 de 10 ECR com alto risco de viés |
| 11 | Keller *et al.* (2025) | ECR (n = 64.290) | EUA, Medicare Advantage | Comunicação postal; sem melhora da adesão | Baixa intensidade |
| 12 | Shahin *et al.* (2021) | RS de 14 estudos | Internacional | Apoio social e adesão | Contagem interna inconsistente |
| 13 | Luz *et al.* (2021) | RS de 5 estudos | Autoria brasileira; idosos | Comprometimento cognitivo e adesão | Poucos estudos; qualidade não apresentada |
| 14 | Ruksakulpiwat *et al.* (2024) | RS de 13 estudos | Internacional; idosos | Fatores associados à adesão | Sem avaliação de qualidade nem protocolo |
| 15 | Zhou *et al.* (2024) | Metassíntese Qualitativa (27 estudos) | Internacional | Barreiras e facilitadores | Qualidade JBI: 2 A e 25 B |
| 16 | Aminde *et al.* (2025) | RS com MA (95 estudos) | África Subsaariana | Não adesão de 43,9% (IC95%: 39,2–48,6) | $I^2$ = 99%; 94% hospitalares |
| 17 | Boima *et al.* (2024) | RS com MA de 22 ECR | Países de baixa e média renda | Intervenções digitais e adesão | Adesão como desfecho secundário; $I^2$ = 97% |
| 18 | Rosendo-Silva *et al.* (2023) | RS com MA de 10 ECR | Internacional | Intervenções motivacionais e adesão | Busca até 2019; risco de viés incerto |
| 19 | Kengne *et al.* (2024) | RS de 64 ECR | Internacional | Educação, lembretes e aplicativos | Financiada pela indústria; sem MA |
| 20 | Zeng *et al.* (2024) | RS de 25 estudos (18 observacionais e 7 ECR) | Internacional | Comunicação médico-paciente | ECR com alto risco de viés |
| 21 | Blecker *et al.* (2025) | ECR em *cluster* (n = 1.726) | EUA, atenção primária | Cuidado em equipe com identificação automatizada; sem efeito | Apenas 10 *clusters*; baixa adoção |
| 22 | Moreira *et al.* (2023) | Transversal (n = 52.443) | Brasil (capitais) | Não adesão de 10,1% (VIGITEL 2019) | Pergunta única; inquérito telefônico |

**Legenda:** RS = revisão sistemática; MA = meta-análise; ECR = ensaio clínico randomizado; IC95% = intervalo de confiança de 95%; RR = risco relativo

### Magnitude e mensuração da não adesão

As estimativas variam conforme o construto avaliado. No Brasil, a meta-análise de Coelho *et al*. (2024) estimou adesão de 44,4%, e o instrumento mais usado foi o teste de Morisky-Green de quatro itens. Em Teresina, Albuquerque *et al*. (2024) encontraram não adesão de 64,5% entre 682 hipertensos da Estratégia Saúde da Família, avaliada pelo mesmo teste. Na África Subsaariana, Aminde *et al*. (2025) estimaram não adesão de 43,9% (IC95%: 39,2–48,6), sem mudança ao longo do tempo e com variação segundo o método de mensuração, heterogeneidade muito elevada ($I^2 = 99\%$) e quase totalidade dos estudos em serviços hospitalares. No VIGITEL 2019, Moreira *et al*. (2023) encontraram "não adesão" de 10,1%, mas definida como não estar tomando o anti-hipertensivo, o que mede o uso e não a regularidade da tomada. A diferença é, em grande parte, conceitual: perguntar se a pessoa toma o medicamento não equivale a medir a regularidade das tomadas, e a iniciação, a implementação e a persistência podem ser afetadas de formas diferentes (VRIJENS *et al*., 2012). Por isso, as prevalências não devem ser comparadas diretamente, e o método de mensuração precisa ser explicitado em qualquer estimativa de adesão.

### Fatores associados à adesão

Os fatores sociodemográficos apresentaram resultados heterogêneos, mas com direção consistente para a idade. No VIGITEL, a não adesão foi menos frequente entre mulheres (RP = 0,67; IC95%: 0,53–0,85) e diminuiu com o aumento da idade (MOREIRA *et al*., 2023). Idosos e pessoas aposentadas ou beneficiárias de auxílios governamentais aderiram melhor ao tratamento medicamentoso (SILVA *et al*., 2022), e, na África Subsaariana, os estudos com mediana de idade de 57 anos ou mais tiveram não adesão menor (39,4%) do que os com mediana inferior (47,9%) (AMINDE *et al*., 2025). Em Teresina, porém, a maior chance de não adesão ocorreu entre mulheres e em faixas etárias mais jovens (ALBUQUERQUE *et al*., 2024). O sexo teve, portanto, direção divergente, o que sugere que os determinantes sociodemográficos variam com o contexto e com a forma de mensurar a adesão, limitando seu uso isolado para identificar quem precisa de mais apoio. Entre idosos, sexo e situação financeira foram identificados em cinco de 13 estudos, e a idade em quatro (RUKSAKULPIWAT *et al*., 2024). Quanto ao tratamento não farmacológico, a adesão a cada componente (controle do peso e da circunferência abdominal, atividade física e consumo de álcool) associou-se a características distintas, como tabagismo, sexo, idade, profissão, renda e comorbidades (NASCIMENTO *et al*., 2021). Em estudo qualitativo, a infraestrutura urbana e a companhia de familiares e amigos facilitaram a prática de atividade física, enquanto a falta de tempo, o clima desfavorável, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e o tabagismo foram dificuldades relatadas (MIRANDA *et al*., 2021).

Carga de medicamentos, custo, efeitos adversos e comorbidades foram associados à pior adesão (AMINDE *et al*., 2025). Entre idosos, o número de medicamentos foi o fator mais frequente, em sete dos 13 estudos (RUKSAKULPIWAT *et al*., 2024), e o comprometimento cognitivo mostrou relação negativa com a adesão em quatro dos cinco estudos revisados, com pior controle pressórico (LUZ *et al*., 2021), o que sugere que parte das dificuldades pode estar relacionada a limitações que exigem apoio ativo, e não apenas à falta de motivação. Em Teresina, a não adesão associou-se também ao consumo de álcool, às reações adversas, à pressão arterial não controlada e ao não comparecimento às consultas (ALBUQUERQUE *et al*.,

2024). Coelho *et al*. (2024) relacionam a polifarmácia ao fato de o Programa Farmácia Popular não incluir combinações fixas de anti-hipertensivos, cujo uso, segundo os autores, traria benefícios diretos à adesão, em linha com os achados favoráveis das combinações em comprimido único (PARATI *et al*., 2021), embora nenhum estudo da amostra as tenha avaliado diretamente. Em estudos qualitativos brasileiros, participantes relataram esquecimento, custo dos medicamentos, déficit visual e efeitos indesejados como dificuldades para o uso dos anti-hipertensivos (MIRANDA *et al*., 2021), além da falta do medicamento na unidade de saúde, com necessidade de comprá-lo, e da dificuldade de organizar os horários com vários medicamentos (OLIVEIRA *et al*., 2021).

Na metassíntese de Zhou *et al*. (2024), conhecimento, crenças e comportamento adequados e apoio social foram facilitadores, e a falta de letramento em medicamentos, a dificuldade de adaptação aos papéis, a percepção reduzida de benefício do tratamento, o acesso limitado aos serviços e o esquecimento não intencional foram barreiras. Aminde *et al*. (2025) relatam que participação ativa, percepções corretas e conhecimento sobre a HAS e seu tratamento associaram-se a melhor adesão. O letramento em saúde mostrou correlação positiva, porém fraca, entre a dimensão numérica e a adesão (rs = 0,189; p = 0,004) (SILVA *et al*., 2022). Em 14 estudos, o apoio social associou-se positivamente e de forma significativa à adesão em nove, o que sugere que o apoio de familiares e de pares pode favorecê-la em alguns grupos (SHAHIN *et al*., 2021). Na revisão rápida de Silva *et al*. (2023), escolaridade e letramento em saúde dos usuários, acessibilidade aos serviços e boa relação com os profissionais foram facilitadores da implementação das estratégias, ao passo que baixo letramento digital, acesso limitado à internet, processo de trabalho e formação incipiente foram barreiras relatadas para os profissionais. Em conjunto, esses achados convergem com a ideia de que a adesão envolve compreensão, percepção de benefício e suporte, e não apenas a decisão individual. Em estudos qualitativos brasileiros, o apoio familiar e multiprofissional, o conhecimento sobre a doença e o medo da morte foram percebidos como facilitadores, e o pouco conhecimento, como barreira (MIRANDA *et al*., 2021); a relação com o enfermeiro foi percebida como favorável ao tratamento, e o desconhecimento sobre a doença foi apontado como dificuldade (OLIVEIRA *et al*., 2021).

### Estratégias para a melhoria da adesão

As estratégias foram agrupadas segundo a força e a consistência da evidência. Educação em saúde e abordagens motivacionais e comportamentais apresentaram sinal favorável, com ressalvas; tecnologias digitais e lembretes, evidência inconsistente; ações de profissionais e comunicação médico-paciente, evidência indireta ou de qualidade limitada; e comunicações postais padronizadas e cuidado em equipe com identificação automatizada, ausência de benefício em ensaios pragmáticos.

Na meta-análise de Mustara *et al*. (2025), com 12 ensaios (n = 1.827), a educação em saúde associou-se a adesão 33% maior (RR = 1,33; IC95%: 1,08–1,64), com melhores resultados quando individualizada e presencial, por um a três meses, em comparação com a educação em grupo, por mais de três meses ou digital. Yulianti *et al*. (2025) relataram melhora da adesão em seis de dez ensaios de intervenções baseadas em teorias comportamentais, mas metade tinha alto risco de viés, a adesão foi predominantemente autorreferida e a justificativa da escolha da teoria não foi explicitada em sete dos

dez estudos. Rosendo-Silva *et al*. (2023) observaram que as intervenções motivacionais melhoraram a adesão em cinco de dez ensaios, sem análise agrupada, e não alteraram de forma significativa a pressão arterial sistólica na análise conjunta (o intervalo de confiança publicado é numericamente inconsistente e, por isso, não é reproduzido aqui), com poucos estudos e risco de viés incerto. Em 64 ensaios sobre intervenções não farmacológicas, a maioria dos estudos de educação apontou melhora da adesão, mas a revisão não realizou meta-análise e foi financiada pela indústria farmacêutica (KENGNE *et al*., 2024).

Em ensaios de países de baixa e média renda, as intervenções digitais apresentaram resultado favorável sobre a adesão (diferença média padronizada de 1,59; IC95%: 0,51–2,67), porém com heterogeneidade muito elevada ($I^2$ = 97%), o que limita a confiança na estimativa, e adesão como desfecho secundário (BOIMA *et al*., 2024). Lembretes telefônicos melhoraram a adesão em 12 de 16 estudos (75%), e aplicativos combinados a outras estratégias, em oito de dez (80%) (KENGNE *et al*., 2024); a revisão rápida relatou resultados positivos de automonitoramento, aplicativos e mensagens de texto na atenção primária (SILVA *et al*., 2023). Em contraste, o único ensaio brasileiro dessa categoria não encontrou diferença de adesão autorreferida entre mensagens informativas isoladas e mensagens com lembretes de horário (CANGUÇU *et al*., 2024). Em conjunto, o sinal favorável das revisões e o resultado nulo do único ensaio brasileiro caracterizam evidência ainda inconsistente para tecnologias digitais.

A revisão rápida identificou, como opções para políticas de saúde, ações de farmacêuticos e de outros profissionais não farmacêuticos, automonitoramento, aplicativos e mensagens, e subsídios para a compra de medicamentos, mas as revisões que a compõem tinham qualidade metodológica majoritariamente baixa (SILVA *et al*., 2023). A comunicação efetiva médico-paciente associou-se a maior adesão e melhor controle pressórico em 18 estudos observacionais (n = 21.542) e sete ensaios (n = 2.804), com variações entre os estudos, alto risco de viés de cegamento nos ensaios e conclusões acima dos dados (ZENG *et al*., 2024), o que é coerente com a ênfase em decisão compartilhada e equipe multiprofissional (CHOUDHRY *et al*., 2022).

Dois ensaios pragmáticos não mostraram melhora da adesão. Em 64.290 beneficiários do *Medicare Advantage*, comunicações postais com princípios de ciência comportamental não diferiram do grupo controle (diferença absoluta média de 0,00; IC95%: −0,01 a 0,01) (KELLER *et al*., 2025). No estudo TEAMLET, em 10 unidades de atenção primária (n = 1.726), uma intervenção que combinou cuidado em equipe e identificação automatizada de pacientes não aderentes teve diferença ajustada de −0,15 ponto percentual na proporção de dias cobertos (IC95%: −4,06 a 3,76), com pressão arterial sistólica semelhante entre os grupos; em apenas 11,9% dos pacientes do grupo intervenção o clínico abriu o conjunto de ordens da intervenção, o que limita a conclusão sobre seu potencial se amplamente adotada (BLECKER *et al*., 2025). Em conjunto com o resultado nulo de Canguçu *et al*. (2024), esses achados podem indicar que intervenções de baixa intensidade, padronizadas e pouco personalizadas têm menor chance de produzir efeito detectável, ao contrário das intervenções educativas e motivacionais mais estruturadas e individualizadas.

### Força da evidência, lacunas e limitações

As conclusões sobre fatores associados apoiam-se sobretudo em estudos transversais, em sínteses de estudos observacionais ou qualitativos e em dois estudos qualitativos brasileiros (16 e 10 participantes, em serviços únicos),

que permitem identificar associações e percepções, mas não estabelecer causalidade nem generalizar os achados. As conclusões sobre estratégias provêm sobretudo de revisões de ensaios clínicos randomizados e de três ensaios primários, com as limitações descritas: sobreposição de estudos primários entre revisões (como Mustara *et al*. e Yulianti *et al*., registrada e não quantificada), adesão autorreferida e heterogeneidade elevada. Assim, mesmo as estratégias com sinal favorável devem ser vistas como promissoras, e não como comprovadas.

Outra lacuna diz respeito ao que é medido. A persistência, isto é, o tempo em que o tratamento é mantido, foi pouco estudada: apenas dois dos 64 estudos de Kengne *et al*. (2024) a avaliaram. Medir somente o relato de tomada não captura a descontinuação nem falhas na continuidade do acesso aos medicamentos, e medidas objetivas, como a proporção de dias cobertos usada por Blecker *et al*. (2025), são desejáveis em estudos futuros. No contexto brasileiro, seis dos dez estudos incluídos são transversais ou qualitativos e o único ensaio clínico (Canguçu *et al*., 2024) não demonstrou diferença de adesão entre as mensagens avaliadas; assim, as recomendações para a atenção primária do país apoiam-se sobretudo em evidências de outros contextos, e sua transferibilidade à rede pública precisa ser avaliada.

A principal fragilidade metodológica deste capítulo é a combinação de triagem por revisor único, amostra delimitada por viabilidade editorial (20 estudos pela hierarquia de evidência, acrescidos de dois estudos qualitativos brasileiros) e ausência de escore formal de qualidade, o que aumenta o risco de viés de seleção e torna a síntese mais seletiva do que exaustiva. A busca restringiu-se a quatro bases, e o filtro de texto completo gratuito do PubMed pode ter excluído registros de acesso livre não indexados com essa marcação. O recorte de 2021 a 2026 pode ter excluído estudos relevantes anteriores. Várias revisões incluídas têm limitações próprias, e parte das evidências provém de contextos distintos do brasileiro, como serviços hospitalares na África Subsaariana e planos de saúde nos Estados Unidos.

## CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa reuniu uma amostra seletiva de 22 estudos publicados entre 2021 e 2025 e indicou que a adesão ao tratamento da HAS é multifatorial e que as estimativas de não adesão não são diretamente comparáveis, por diferenças na forma de mensuração. A idade foi o fator com direção mais consistente, e carga de medicamentos, custo, efeitos adversos, comprometimento cognitivo, conhecimento e crenças sobre o tratamento, letramento em saúde e apoio social aparecem como fatores relevantes e, em boa parte, potencialmente modificáveis pela organização do cuidado. Educação em saúde individualizada e presencial e intervenções motivacionais mostraram sinal mais favorável, ainda com limitações metodológicas, enquanto comunicações postais padronizadas, mensagens com lembretes e uma estratégia de cuidado em equipe com identificação automatizada não melhoraram a adesão nos ensaios que as avaliaram.

Para a atenção primária brasileira, o cuidado deve partir da identificação das barreiras de cada pessoa, sem atribuir o mau controle pressórico unicamente à falta de adesão, privilegiando ações contínuas e individualizadas, com a equipe multiprofissional, e atentando para o custo e a complexidade do esquema. Como há apenas um ensaio clínico brasileiro entre os estudos incluídos, são necessários ensaios na rede pública, com medidas objetivas de adesão e de persistência e acompanhamento prolongado.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, K. R.; BORGES, J. W. P.; RODRIGUES, M. T. P. Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde. Cadernos Saúde Coletiva, v. 32, n. 1, p. e32010393, 2024. DOI: 10.1590/1414-462X202432010393.

AMINDE, L. N.; AGBOR, V. N.; FONGWEN, N. T. *et al*. High Burden and Trend in Nonadherence to Blood Pressure-Lowering Medications: Meta-Analysis of Data From Over 34 000 Adults With Hypertension in Sub-Saharan Africa. Journal of the American Heart Association, v. 14, n. 9, p. e037555, 2025. DOI: 10.1161/JAHA.124.037555.

BLECKER, S.; MANN, D. M.; MARTINEZ, T. R. *et al*. Medication Adherence in Hypertension: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiology, v. 10, n. 9, p. 914-921, 2025. DOI: 10.1001/jamacardio.2025.2155.

BOIMA, V.; DOKU, A.; AGYEKUM, F. *et al*. Effectiveness of Digital Health Interventions on Blood Pressure Control, Lifestyle Behaviours and Adherence to Medication in Patients With Hypertension in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. EClinicalMedicine, v. 69, p. 102432, 2024. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102432.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2024: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf/@@download/file. Acesso em: 18 out. 2026.

CANGUÇU, E.; CASTRO, P. R.; MOREIRA, P. M. *et al*. Use of Text Messages to Promote Medication Adherence and Reduce Blood Pressure in Patients With Hypertension: The ESSENCE Study. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 11, p. e00050023, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XEN050023.

CHOUDHRY, N. K.; KRONISH, I. M.; VONGPATANASIN, W. *et al*. Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension, v. 79, n. 1, p. e1-e14, 2022. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000203.

COELHO, J. C. *et al*. Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 8, p. e19282022, 2024.

KELLER, P.; ROBERTSON, T.; KAO, L.-S. *et al*. Incorporating Behavioral Science in Medication Adherence Communication: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open, v. 8, n. 5, p. e2510162, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.10162.

KENGNE, A. P.; BRIÈRE, J.-B.; ASENSIO GUDIÑA, I. *et al*. The Impact of Non-Pharmacological Interventions on Adherence to Medication and Persistence in Dyslipidaemia and Hypertension: A Systematic Review. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, v. 24, n. 7, p. 807-816, 2024. DOI: 10.1080/14737167.2024.2319598.

LUZ, A. L. A. *et al*. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos com comprometimento cognitivo: revisão sistemática. Cogitare Enfermagem, v. 26, p. e70402, 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIRANDA, P. R. O. *et al*. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 11, p. e6, 2021.

MOREIRA, I. T. *et al*. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos brasileiros: resultados do VIGITEL 2019. Revista de APS, v. 26, p. e262338430, 2023.

MUSTARA, M.; HARTONO, H.; PAMUNGKASARI, E. P. Key Contents of Health Education and Their Impact on Improving Medication Adherence Among Hypertensive Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Narra J, v. 5, n. 2, p. e2080, 2025. DOI: 10.52225/narra.v5i2.2080.

NASCIMENTO, M. O. *et al*. Factors Associated to the Adherence to the Non-Pharmacological Treatment of Hypertension in Primary Health Care. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, supl. 6, p. e20200173, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0173.

OLIVEIRA, D. S. *et al*. Fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo: fundamentação a partir da teoria de Imogene King. Revista Nursing, v. 24, n. 276, p. 5622-5631, 2021.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M. *et al*. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. BMJ, v. 372, p. n71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

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: 10.1161/HIPERTENSÃOAHA.120.15781.

ROSENDO-SILVA, B. *et al*. Systematic Review of Motivational Interventions to Improve Adherence to Medication in Patients With Hypertension and Meta-Analysis. Hipertensión y Riesgo Vascular, v. 40, p. 174-196, 2023. DOI: 10.1016/j.hipert.2023.04.003.

RUKSAKULPIWAT, S. *et al*. Medication Adherence of Older Adults With Hypertension: A Systematic Review. Patient Preference and Adherence, v. 18, p. 957-975, 2024. DOI: 10.2147/PPA.S459678.

SABATÉ, E. (ed.). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization, 2003.

SHAHIN, W. *et al*. The Association Between Social Support and Medication Adherence in Patients With Hypertension: A Systematic Review. Pharmacy Practice, v. 19, n. 2, p. 2300, 2021. DOI: 10.18549/PharmPract.2021.2.2300.

SILVA, I. C. *et al*. Health Literacy and Adherence to the Pharmacological Treatment by People With Arterial Hypertension. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 6, p. e20220008, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0008.

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, p. e67, 2023.

VRIJENS, B.; DE GEEST, S.; HUGHES, D. A. *et al*. A New Taxonomy for Describing and Defining Adherence to Medications. British Journal of Clinical Pharmacology, v. 73, n. 5, p. 691-705, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.

YULIANTI, T. *et al*. Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence Among Patients With Hypertension in Primary Healthcare and the Community: A Systematic Review. Journal of Preventive Medicine and Public Health, v. 58, n. 4, p. 348-359, 2025. DOI: 10.3961/jpmph.24.651.

ZENG, J. *et al*. The Impact of Doctor-Patient Communication on Medication Adherence and Blood Pressure Control in Patients With Hypertension: A Systematic Review. PeerJ, v. 12, p. e18527, 2024. DOI: 10.7717/peerj.18527.

ZHOU, X. *et al*. Barriers and Facilitators of Medication Adherence in Hypertension Patients: A Meta-Integration of Qualitative Research. Journal of Patient Experience, v. 11, p. 23743735241241176, 2024. DOI: 10.1177/23743735241241176