

Adesão ao tratamento farmacológico e qualidade de vida em hipertensos*

Adherence to pharmacological treatment and quality of life in hypertensive patients

Como citar este artigo:

Santos FAV, Oliveira CJ, Macêdo SF, Melo MM, Silva ARV. Adherence to pharmacological treatment and quality of life in hypertensive patients. Rev Rene. 2026;27:e96169. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796169>

 Francisco de Assis Viana dos Santos¹
 Célida Juliana de Oliveira²
 Suyanne Freire de Macêdo¹
 Mayara Macêdo Melo¹
 Ana Roberta Vilarouca da Silva¹

*Extraído da dissertação intitulada “Associação da adesão ao tratamento farmacológico e qualidade de vida em pessoas com hipertensão”, Universidade Federal do Piauí, 2025.

¹Universidade Federal do Piauí.
Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Regional do Cariri.
Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente:

Mayara Macêdo Melo
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Ininga, CEP:64049-550. Teresina, PI, Brasil.
E-mail: mayaratep@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 
EDITOR ASSOCIADO: Adriana Cristina Nicolussi 

RESUMO

Objetivo: avaliar e associar a adesão ao tratamento medicamentoso com a qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial acompanhados pela atenção primária. **Métodos:** estudo transversal analítico realizado com 378 pessoas com hipertensão. Os dados foram coletados por meio da Escala de Adesão ao Tratamento Medicamentoso de Morisky e o questionário *World Health Organization Quality of Life*. Para análise inferencial, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, assim como os testes Teste t de Student, U de Mann-Whitney para variáveis binárias e ANOVA ou Kruskal-Wallis para múltiplas categorias. **Resultados:** quanto à adesão terapêutica, predominou a moderada. Em relação à qualidade de vida, observaram-se valores elevados nos quatro domínios avaliados. Na análise da associação entre a adesão e a qualidade de vida, revelou-se uma correlação significativa com os domínios “meio ambiente” e “psicológico”. **Conclusão:** a adesão ao tratamento desempenha um papel fundamental na qualidade de vida de indivíduos com hipertensão, sobretudo nos aspectos psicológico e ambiental. **Contribuições para a prática:** os dados são essenciais para intervenções na adesão terapêutica e qualidade de vida de pessoas com hipertensão, logo, recomenda-se que os profissionais da Atenção Primária à Saúde centrem os esforços em ampliar a adesão terapêutica desse público. **Descritores:** Hipertensão; Adesão à Medicação; Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess and associate drug treatment adherence with quality of life in users with arterial hypertension monitored by primary care. **Methods:** a cross-sectional analytical study with 378 hypertensive individuals. The data were collected using the Morisky Medication Adherence Scale and the World Health Organization Quality of Life questionnaire. For inferential analysis, the Kolmogorov-Smirnov test was used, as well as Student's t, Mann-Whitney U for binary variables and ANOVA or Kruskal-Wallis for multiple categories. **Results:** regarding therapeutic adherence, moderate adherence predominated. As for quality of life, high values were observed in all four domains assessed. The analysis of the association between adherence and quality of life revealed a significant correlation with the “environment” and “psychological” domains. **Conclusion:** adherence to treatment plays a fundamental role in hypertensive individuals' quality of life, especially in psychological and environmental aspects. **Contributions to practice:** the data are essential for interventions in therapeutic adherence and quality of life for hypertensive people; therefore, we recommend that Primary Care professionals focus their efforts on increasing therapeutic adherence among this population. **Descriptors:** Hypertension; Medication Adherence; Quality of Life; Primary Health Care.

Introdução

A hipertensão arterial, de natureza multifatorial, configura-se como um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde pública, por estar fortemente associada à ocorrência de doenças cardiovasculares e à mortalidade prematura, apesar de ser uma condição amplamente prevenível⁽¹⁻²⁾. Está é responsável por aproximadamente 10,8 milhões de mortes anuais e 235 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade globalmente. No Brasil, doenças cardiovasculares associadas à hipertensão arterial são as principais causas de mortalidade e incapacidade, reforçando a necessidade de controle eficaz da hipertensão arterial para reduzir sua prevalência na saúde pública⁽³⁻⁴⁾.

Nesse interim, a adesão insuficiente ao tratamento farmacológico permanece como um dos principais entraves para o controle efetivo da hipertensão, sobretudo em contextos de menor desenvolvimento econômico⁽⁵⁾. Essa adesão, definida como o alinhamento do comportamento do paciente às recomendações médicas quanto à dose, frequência e duração dos medicamentos, é essencial para o sucesso terapêutico em condições crônicas como da hipertensão. Fatores como idade, sexo, escolaridade e apoio social têm um impacto significativo nessa adesão, ressaltando-se a necessidade de estratégias que considerem essas variáveis para melhorar o controle da doença e a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, haja vista que, segundo a Organização Mundial da Saúde⁽⁶⁾, a falta de adesão ao tratamento adequado da hipertensão, prejudica diretamente o controle da pressão arterial e compromete diretamente a qualidade de vida desses pacientes.

Em nível individual, pressões arteriais persistentemente elevadas aumentam de forma consistente a probabilidade de evento cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e lesão renal crônica, além de reduzir a qualidade de vida por meio de complicações agudas e crônicas. Diretrizes recentes reforçam que a detecção precoce (incluindo monitorização fora do consultório), combinação de intervenções não farmacológicas e terapias farmacológicas

adequadas e o controle contínuo da pressão arterial são estratégias comprovadas para reduzir a incidência dessas complicações e a mortalidade associada⁽⁷⁻⁸⁾.

No que se refere à qualidade de vida, a hipertensão arterial impacta significativamente a percepção de bem-estar e funcionalidade dos indivíduos. Pesquisa realizada na Bulgária revelou que não só as comorbidades, mas também fatores psicoemocionais e dor, agravam a experiência das pessoas que convivem com a doença. Essas evidências reforçam que, além do controle hemodinâmico, as intervenções devem contemplar o suporte ao estado psicossocial e físico dos pacientes para preservar ou melhorar a qualidade de vida⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva da hipertensão arterial, representa um dos desafios centrais para os sistemas de saúde, sendo fundamental que o atendimento primário esteja fortalecido para detecção, monitoramento e acompanhamento adequado⁽¹⁰⁾.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo avaliar e associar a adesão ao tratamento medicamentoso com a qualidade de vida de usuários com hipertensão arterial acompanhados pela atenção primária.

Métodos

Tipo de estudo

Este é um estudo transversal analítico conduzido conforme o protocolo internacional *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Local do estudo

Pesquisa realizada no município de Caxias, MA, Brasil envolvendo pessoas com hipertensão atendidas em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana.

População e amostra

A população do estudo foi composta por usuários com hipertensão cadastrados no programa de

acompanhamento de pessoas com hipertensão que residiam e faziam acompanhamento nas ESFs da zona urbana do município de Caxias, Maranhão. De acordo com os dados atualizados da Coordenação da Atenção Básica, a população de hipertensos no ano de 2023, a qual era composta por 28.484 hipertensos, sendo 23.766 na zona urbana e 4.718 na zona rural do município.

Para a determinação da amostra, foi utilizado o cálculo amostral para populações finitas, com erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, chegando à amostra de 378 indivíduos com hipertensão, sendo estes estratificados proporcionalmente nas 43 equipes da ESF do município.

Os critérios de inclusão foram pessoas com hipertensão de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, diagnosticadas há pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles que não foram encontrados após três tentativas.

Variáveis do estudo

Para este estudo, foram consideradas como variáveis dependentes a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a qualidade de vida e os domínios do *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) como variáveis explicativas, evidenciando que essas dimensões se associam de forma independente à adesão, mesmo quando controladas as demais variáveis do modelo.

Instrumentos de coleta de dados

Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, foi utilizada a *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), instrumento amplamente empregado em estudos sobre comportamento terapêutico. Referida escala é constituída por oito questões, das quais sete são dicotômicas, com respostas “sim” ou “não”, e a última em escala do tipo Likert de cinco pontos, para avaliar a frequência de esquecimento do uso da medicação. A soma das respostas gera um escore de 0 a 8, cuja pontuação permite classificar a adesão em baixa (<6 pontos), moderada (6 a <8 pontos) ou alta (8 pontos). Trata-se de um instrumento validado e de

fácil aplicação, que permite identificar barreiras comportamentais relacionadas à adesão terapêutica⁽¹¹⁻¹²⁾.

A MMAS-8 avalia comportamentos e atitudes relacionadas ao uso de medicamentos, contemplando aspectos de esquecimento, interrupção intencional e percepção do tratamento. Seus oito itens investigam desde o esquecimento ocasional, a interrupção por sentir-se bem ou mal, até dificuldades logísticas, como esquecer o medicamento ao sair de casa.

Para mensurar a qualidade de vida, foi aplicado o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF), versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. O WHOQOL-BREF é composto por 26 itens organizados em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e inclui duas questões gerais que abordam a percepção global de qualidade de vida e de satisfação com a própria saúde. Cada item é avaliado por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, que expressa intensidade, capacidade, frequência ou avaliação, conforme a natureza da questão. Os escores são transformados em uma escala de 0 a 100, em que valores mais altos indicam melhor percepção de qualidade de vida⁽¹¹⁻¹²⁾.

Foi aplicado um questionário para coleta de dados sociodemográficos e relativos ao consumo de medicamentos, contendo questões sociodemográficas, clínicas e referentes ao uso de medicamentos. As variáveis sociodemográficas abrangeram idade (em anos), sexo (masculino ou feminino), cor (branca, preta, parda, amarela ou indígena), religião (católica, protestante, umbanda/candomblé, outra ou nenhuma), escolaridade (sabe ler e escrever ou não sabe ler e escrever), situação conjugal (solteiro, separado, divorciado, viúvo ou casado/união estável), composição familiar — se reside com algum familiar ou amigo e, em caso afirmativo, com quem (irmãos, pais, filhos, amigos ou cônjuge) —, ocupação atual e renda mensal em reais.

As questões referentes ao uso de medicamentos e características clínicas incluíram o tempo de diagnóstico de hipertensão (em anos), o número de medicamentos utilizados nos últimos seis meses, o tempo de tratamento para a hipertensão (em anos), o

número de comprimidos ingeridos por dia (um, dois, três ou mais de quatro comprimidos) e a frequência diária de uso dos medicamentos (uma, duas, três ou mais de quatro vezes ao dia). Essas variáveis possibilitaram a caracterização do perfil dos participantes e a análise das relações entre os fatores sociodemográficos, o uso de medicamentos e a adesão terapêutica.

Período e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2024, nos dias das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos domicílios de usuários com hipertensão. Durante a aplicação dos instrumentos, que foram preenchidos pelos pesquisadores, além do preenchimento do formulário e dos questionários, foram realizadas três aferições da pressão arterial em cada indivíduo. A primeira medida foi descartada como forma de prevenir a hipertensão do jaleco branco.

Inicialmente, foi proposto que a coleta de dados fosse realizada em uma sala ou cômodo da unidade de saúde. Entretanto, essa técnica foi modificada em virtude da baixa demanda de usuários nas unidades de saúde. Com isso, optou-se pela realização das entrevistas durante visitas domiciliares junto aos ACS. Contudo, manteve-se a privacidade, o conforto e o anonimato dos participantes, sendo abordados em seus domicílios e devidamente informados acerca da pesquisa.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados no *Microsoft Excel®* 365 e analisados no *software* SPSS versão 26. A análise descritiva incluiu frequência absoluta e percentual para variáveis qualitativas, além de medidas de posição (média) e dispersão (desvio padrão) para variáveis quantitativas. Para análise inferencial, a normalidade dos dados foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. A comparação dos escores do WHOQOL-BREF com as variáveis da ficha de coleta de dados utilizou os testes t de Student, U de *Mann-Whitney* para variáveis binárias e Análise de Variância (ANOVA) ou Kruskal-Wallis para múltiplas categorias. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer nº 6.626.736/2024, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 76276523.3.0000.8057.

Resultados

Dentre as 378 pessoas que compuseram a amostra, a maioria era representada por pessoas do sexo feminino, idosas com mais de 60 anos, pardas, católicas, que sabiam ler e escrever, casadas ou em união estável, convivendo com algum familiar/amigo, e que residiam principalmente com os filhos, sendo que a maioria eram aposentados, com renda média de um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico (n=378). Caxias, MA, Brasil, 2024

Variáveis	n (%)	IC95%*
Sexo		
Masculino	115 (30,4)	25,9-35,2
Feminino	263 (69,6)	64,8-74,1
Faixa etária (anos) [†]		
20-59	101 (26,7)	22,4-31,3
≥60	277 (73,3)	68,7-77,6
Cor autodeclarada		
Branca	75 (19,8)	(16,1-24,1)
Preta	85 (22,5)	(18,5-26,9)
Parda	216 (57,1)	(52,1-62,1)
Amarela	2 (0,5)	(0,1-1,7)
Religião		
Católica	281 (74,3)	(69,8-78,5)
Protestante	83 (22,0)	(18,0-26,3)
Umbanda/Candomblé, outra	9 (2,4)	(1,2-4,3)
Sem religião	5 (1,3)	(0,5-2,9)
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	227 (60,1)	(55,1-64,9)
Não sabe ler e escrever	151 (39,9)	(35,1-44,9)
Situação conjugal		
Solteiro/separado/divorciado/viúvo	184 (48,9)	(43,9-54,0)
Casado/união estável	192 (51,1)	(46,0-56,1)
Reside com Familiar/amigo		
Sim	347 (91,8)	(88,7-94,2)
Com quem reside		
Irmãos	16 (4,6)	(2,8-7,2)
Pai e mãe	26 (7,5)	(5,1-10,6)
Filho	207 (59,7)	(54,4-64,7)
Amigo	4 (1,2)	(0,4-2,7)
Cônjuge	189 (54,5)	(49,2-59,7)
Neto	78 (22,5)	(18,3-27,1)
Ocupação		
Aposentado	236 (62,4)	(57,5-67,2)
Benefício de Prestação Continuada/ pensionista	11 (2,9)	(1,6-5,0)
Doméstica	10 (2,6)	(1,4-4,6)
Dona-de-casa	52 (13,8)	(10,6-17,5)
Outros	69 (18,3)	(14,6-22,4)
Renda [‡]		

*IC: Intervalo de Confiança para média, ao nível de 5%; [†]Média: 66,95, Mediana: 68,00, Desvio Padrão: 13,38; [‡]Média: 1603,30, Mediana: 1412,00, Desvio Padrão: 831,34

A média do escore na Escala MMAS-8 foi de 5,59, com 229 indivíduos (60,6%) apresentando adesão moderada ao tratamento e apenas um (0,3%) alcançando alta adesão. A qualidade de vida foi avaliada em quatro domínios e todos alcançaram bons desempenhos (médias acima de 80,00), com destaque para o domínio “relações sociais”, seguido do “psicológico”, “físico” e “meio ambiente”. A média geral dos escores WHOQOL-BREF foi de 3,63, e desvio padrão de 0,38, Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização do escore da escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens e de qualidade de vida-WHOQOL-BREF (n=378). Caxias, MA, Brasil, 2024

Variáveis	n (%)	IC-95%*	Média	Mediana	Desvio Padrão
MMAS-8			5,59	6,00	1,48
Baixa	148 (39,2)	(34,3-44,1)	-	-	-
Moderada	229 (60,6)	(55,6-65,4)	-	-	-
Alta	1 (0,3)	(0,0-1,2)	-	-	-
WHOQOL-BREF					
Físico	-	-	89,37	92,86	13,75
Psicológico	-	-	93,35	95,83	12,35
Relações sociais	-	-	94,64	100,00	13,30
Meio ambiente	-	-	86,05	87,50	10,88
WHOQOL-Média	-	-	3,63	3,71	0,38

*IC: Intervalo de Confiança para média, ao nível de 5%; WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life – Bref*; MMAS-8: Morisky Medication Adherence Scale

Ao analisar a associação entre adesão terapêutica e qualidade de vida das pessoas com hipertensão, observou-se uma associação significativa entre a adesão e os domínios “psicológico” e “meio ambiente”. No entanto, os domínios “físico” e de “relações sociais” não apresentaram diferenças significativas entre os grupos com diferentes níveis de adesão (Tabela 3).

Observou-se, por meio da análise de regressão logística, que os domínios do WHOQOL-BREF apresentaram associação significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso, indicando que níveis mais elevados de qualidade de vida estiveram relacionados a maior adesão, independentemente das demais variáveis incluídas no modelo.

Os valores do teste Qui-quadrado resultam da análise de comparação simples entre os grupos de baixa e moderada/alta adesão (teste de hipóteses para diferença de médias/medianas). Já o segundo p-valor refere-se ao Teste de Wald aplicado na regressão logística, no qual a adesão foi considerada variável dependente e os domínios da qualidade de vida foram incluídos como variáveis explicativas. Assim, o primeiro p-valor indica se há diferença entre os grupos, enquanto o segundo confirma, no modelo de regressão, se o domínio avaliado se associa de forma independente com a adesão (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre a classificação da adesão terapêutica de Morisky de 8 itens - MMAS-8, e qualidade de vida - WHOQOL-BREF (n=378). Caxias, MA, Brasil, 2024

Domínios	Baixa adesão		Adesão moderada/alta		p-valor*	p-valor†	OR-95%
	Média ± DP	Mediana	Média ± DP	Mediana			
Físico	87,81±14,02	92,86	90,37±13,51	92,86	0,117		1,024 (1,007-1,041)
Psicológico	91,16±13,40	95,83	94,77±11,43	100,00	0,011	0,006	1,024 (1,007-1,041)
Relações sociais	94,14±10,97	100,00	94,96±14,62	100,00	0,674		1,041 (1,021-1,62)
Meio ambiente	83,22±11,99	84,38	87,87±9,69	87,50	0,001	<0,001	1,041 (1,021-1,62)

*Teste Qui-quadrado, com correção de Yates, ao nível de 5%; †Teste de Wald, ao Nível de 5%; DP: Desvio Padrão; OR: Odds ratio

Discussão

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial destacam o aumento expressivo da prevalência da doença após os 60 anos, particularmente entre mulheres, que frequentemente apresentam níveis pressóricos mais elevados. Adicionalmente, houve crescimento de 5% na proporção de idosos na população brasileira, reforçando o contexto de transição demográfica e epidemiológica no país. Esse cenário evidencia o impacto do envelhecimento populacional no aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, particularmente na população idosa⁽¹³⁾.

A prevalência da cor parda entre os participantes pode ser justificada pois dados indicam que 45,3% da população brasileira se declarou parda, com maior concentração no Norte e no Nordeste⁽¹¹⁾. Essa distribuição regional influencia os achados, assim como estudos apontam que a hipertensão afeta desproporcionalmente a população preta e parda, estando associada a maior prevalência, gravidade e dificuldades no controle da pressão arterial, mesmo com tratamento. Essa disparidade resulta de fatores genéticos, socioeconômicos, acesso desigual à saúde, estresse crônico e hábitos de vida menos saudáveis^(3,14-15). Portanto, é essencial a implementação de políticas públicas e estratégias direcionadas para a prevenção e o manejo da hipertensão arterial, reduzindo desigualdades e melhorando os desfechos cardiovasculares.

Ao avaliar o grau de adesão dos participantes, constatou-se uma prevalência de adesão moderada ao tratamento, com apenas um participante alcançando alta adesão. Esse cenário está alinhado com estudo que analisou a relação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde⁽¹⁶⁾. Nesse estudo, 24,1% dos participantes não aderiam corretamente ao tratamento, enquanto 80,3% apresentavam baixo letramento funcional em saúde, evidenciando a influência de fatores como a complexidade do regime terapêutico e a compreensão das orientações dos profissionais de saúde.

Na qualidade de vida foram encontrados escores elevados, destacando-se os domínios “psicológico” e de “relações sociais”. Diferentemente do que foi encontrado em um estudo com idosos hipertensos e portadores de diabetes *mellitus* tipo II, que identificou o domínio “físico” como o mais comprometido devido às limitações impostas pelas condições crônicas⁽¹⁷⁾. Entretanto, outro estudo semelhante, que avaliou a qualidade de vida de usuários da atenção primária à saúde, com pessoas com idade a partir de 60 anos, portadores de hipertensão e/ou diabetes, observou maiores escores nos domínios de “relações sociais” e “físico”, enquanto os domínios “meio ambiente” e “psicológico” apresentaram os menores valores, indicando diferenças nas percepções de qualidade de vida entre os participantes⁽¹⁸⁾.

Variáveis e fatores como idade, duração do tratamento anti-hipertensivo, baixo apoio social, inatividade física, comorbidades, ser viúvo e ser solteiro apresentaram associação significativa com menor qualidade de vida relacionada à saúde⁽¹⁷⁾.

Fatores não farmacológicos, como o nível de educação em saúde, o conhecimento sobre as complicações da hipertensão, o hábito do automonitoramento da pressão arterial e o acompanhamento contínuo com profissionais de saúde, como médicos e farmacêuticos, exercem influência positiva sobre a adesão ao tratamento e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão. Esses aspectos contribuem para o fortalecimento do engajamento do paciente no próprio cuidado, ampliam a compreensão acerca do tratamento e favorecem o controle efetivo da doença⁽¹⁹⁾.

Igualmente, identificou-se em indivíduos hipertensos de uma comunidade chinesa, níveis insuficientes de literacia em saúde voltada à hipertensão, sendo 23,2% dos participantes classificados com baixa literacia e 76,8% com nível moderado, sem registros de nível considerado suficiente. Além disso, o suporte social demonstrou exercer um papel mediador na relação entre a literacia em saúde e a qualidade de vida, indicando que indivíduos com maior capacidade de compreender informações sobre hipertensão e com melhor

rede de apoio social tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar físico, psicológico e social⁽²⁰⁾.

Identificou-se, também, correlações significativas entre a adesão ao tratamento e o domínio de relações sociais do WHOQOL-BREF, revelando-se que a maioria dos participantes apresentou adesão moderada ao tratamento da hipertensão, sendo esta diretamente associada ao controle pressórico. Observou-se que pacientes idosos, com maior tempo de diagnóstico da hipertensão e que faziam uso de medicação em dose única diária apresentaram melhor adesão ao tratamento. Ademais, indivíduos sem comorbidades e com percepção positiva dos benefícios do tratamento demonstraram níveis mais elevados de adesão, os quais se refletiram em melhores escores de qualidade de vida, especialmente nos domínios “psicológico” e de “relações sociais”⁽²¹⁾.

De modo semelhante, estudo realizado na Arábia Saudita com 300 hipertensos com média de idade de 56,76 anos, observou que maiores níveis de adesão estavam associados a melhores escores nos domínios físico e psicológico, destacando a adesão como um preditor independente de qualidade de vida⁽²²⁾.

Assim, a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com hipertensão não é afetada apenas pela doença em si, mas também por alguns fatores subjetivos, como por exemplo a baixo letramento em saúde⁽²³⁾. Esses achados indicam que, embora existam variações nos resultados entre estudos, as diferenças podem ser atribuídas às especificidades das populações estudadas, tipos de doenças crônicas e contextos culturais distintos. Portanto, é essencial considerar esses fatores ao planejar intervenções que visem melhorar a adesão ao tratamento e promover uma melhor qualidade de vida para pessoas com hipertensão arterial.

Embora os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis apresentem comprovada eficácia, persiste a necessidade de estratégias complementares que sejam mais efetivas em determinados perfis de pacientes, bem como de recursos adicionais para o enfrentamento da doença. Nesse contexto, a adoção de hábitos de vida saudáveis, como manutenção do índice de

massa corporal adequado, alimentação equilibrada, não tabagismo, consumo moderado de álcool, controle da ingestão de sódio e redução do comportamento sedentário, tem potencial para reduzir em média 3,5 mmHg os níveis de pressão arterial sistólica, podendo também diminuir em aproximadamente 30% o risco de ocorrência de doenças cardiovasculares, independentemente da predisposição genética para o desenvolvimento de hipertensão arterial⁽²⁴⁾.

A *American Heart Association* enfatiza que, embora o tratamento da hipertensão arterial tenha avançado, a não adesão terapêutica ainda representa barreira significativa ao alcance das metas populacionais de controle. O documento destaca os desafios na mensuração da adesão, considerando métodos autorreferidos e observacionais como limitados, e ressalta os dados de reabastecimento farmacêutico como abordagem mais robusta. São analisados fatores de risco para a não adesão, organizados conforme o modelo da Organização Mundial da Saúde, abrangendo componentes relacionados ao paciente, ao tratamento, ao sistema de saúde, à condição clínica e ao contexto socioeconômico⁽²⁵⁾.

Os resultados do presente estudo indicaram predominância de adesão terapêutica moderada entre os participantes e escores elevados de qualidade de vida, especialmente nos domínios “psicológico” e de “relações sociais”. Essa associação positiva entre adesão e melhor percepção de qualidade de vida reforça a importância do manejo contínuo da hipertensão, uma vez que a adesão ao tratamento constitui elemento central para a estabilidade clínica e o bem-estar subjetivo dos indivíduos acometidos. Achados semelhantes foram observados em estudo multicêntrico realizado na Índia, no qual níveis mais elevados de adesão estiveram relacionados a melhores escores nos domínios psicológico e físico do WHOQOL-BREF, demonstrando que o comprometimento com o tratamento reflete diretamente na percepção de saúde e vitalidade dos pacientes hipertensos⁽²⁶⁾.

A associação significativa entre a adesão e os domínios “psicológico” e “meio ambiente” encontra-

da neste estudo evidencia que aspectos emocionais e contextuais, como suporte social, segurança e acesso aos serviços de saúde, influenciam a percepção da qualidade de vida. Pesquisa realizada na Bulgária identificou padrão semelhante, mostrando que pacientes com maior envolvimento no autocuidado e estabilidade emocional relataram melhor qualidade de vida e menor estresse relacionado à doença⁽²⁷⁾. Tais evidências reforçam a hipótese de que a adesão não se restringe ao uso correto da medicação, mas reflete um conjunto de comportamentos de autocontrole e aceitação da condição crônica que se manifestam positivamente na saúde mental.

Por outro lado, a ausência de associação significativa entre a adesão terapêutica e os domínios físico e de relações sociais sugere que a manutenção da qualidade de vida nesses aspectos pode depender de fatores distintos, como presença de comorbidades, limitação funcional e dinâmica familiar. Em estudo realizado na China com mais de 1.000 indivíduos hipertensos acompanhados na atenção primária, verificou-se que idade avançada, baixa escolaridade e multipatologias foram variáveis preditoras de menor pontuação nos domínios físico e ambiental, independentemente do nível de adesão⁽²⁸⁾. Esses resultados corroboram a importância de análises contextuais que considerem a heterogeneidade da população hipertensa e suas condições sociais.

A prevalência de adesão moderada observada nesta pesquisa está de acordo com estimativas globais descritas pela *American Heart Association*, que registram taxas de adesão entre aproximadamente 40% e 65% em países de baixa e média renda. No entanto, mesmo níveis moderados de adesão podem gerar repercussão positiva na percepção de qualidade de vida, como observado neste estudo, especialmente quando o acompanhamento é realizado em unidades da Atenção Primária, onde há maior vínculo entre profissionais e usuários e a promoção do autocuidado é priorizada. Essa relação também foi confirmada por investigação conduzida no Brasil, que mostrou que o acompanhamento sistemático de hipertensos pelas

equipes de Estratégia Saúde da Família contribui para melhor controle pressórico e melhora da autoavaliação de saúde⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

Com relação às limitações, trata-se de um estudo de desenho transversal realizado em período no qual as unidades de saúde incluídas na pesquisa poderiam ter pessoas com hipertensão com adesão ao tratamento não satisfatória, haja vista a possibilidade de viés de prevalência, mesmo essa medida não tendo sido estimada. Também, as dificuldades encontradas na coleta de dados — como agendamento das visitas domiciliares, tempo para realização dos questionários — podem ser consideradas limitações desta investigação.

Contribuições para a prática

Ao identificar fatores associados à adesão moderada e sua relação direta com os domínios psicológico e ambiental da qualidade de vida, evidencia-se o papel estratégico da enfermagem na implementação de intervenções educativas, no fortalecimento do vínculo profissional-paciente e no acompanhamento longitudinal e humanizado. Esses achados subsidiam o planejamento de ações de educação em saúde centradas no paciente, com foco na compreensão do tratamento, na simplificação dos esquemas terapêuticos e na valorização do autocuidado, além de reforçarem a importância de integrar práticas inovadoras, como tecnologias de monitoramento remoto, práticas integrativas e apoio psicossocial, às estratégias convencionais de cuidado.

Do ponto de vista prático e teórico, os resultados contribuem para o aprimoramento dos protocolos de acompanhamento de pessoas com hipertensão nas equipes da Estratégia Saúde da Família, orientando a elaboração de planos de cuidado personalizados, pautados em indicadores clínicos e subjetivos de bem-estar. Ademais, ampliam a compreensão sobre a interdependência entre adesão e qualidade de vida,

fortalecendo as evidências que sustentam intervenções multiprofissionais e educativas voltadas à promoção da autonomia, do vínculo terapêutico e da corresponsabilidade no cuidado, pilares essenciais para o controle efetivo da hipertensão e a melhoria sustentável da qualidade de vida.

Conclusão

A adesão ao tratamento medicamentoso foi moderada e os domínios de qualidade de vida foram considerados bons. A adesão ao tratamento medicamentoso exerceu influência significativa sobre a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, especialmente nos domínios “psicológico” e “meio ambiente”.

Contribuição dos autores

Concepção e *design* ou análise e interpretação de dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Responsabilidade por todos os aspectos do texto em garantia da precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: **Santos FAV**. Aprovação final da versão a ser publicada: **Oliveira CJ, Macêdo SF, Melo MM**. Aprovação final da versão a ser publicada; Responsabilidade por todos aspectos do texto em garantia da precisão e integridade de qualquer parte do manuscrito: **Silva ARV**.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo estão disponíveis no repositório institucional da Universidade Federal do Piauí e disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Referências

1. Barroso WKSP, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-58. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
2. Malachias MVB. The new paradigm of blood pressure measurement. *Arq Bras Cardiol*. 2021;117(3):528-30. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20210592>
3. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:122. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177>
4. Malta DC, Pinheiro PC, Teixeira RA, Machado IE, Santos FM, Ribeiro ALP. Cardiovascular risk estimates in ten years in the Brazilian population, a population-based study. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):423-31. doi: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20190861>
5. Coelho JC, Guimarães MCLP, Vaz AKMG, Meira KC, Santos J, Lee RJW, et al. Adherence to antihypertensive drug treatment in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Ciênc Saúde Colet*. 2024;29:e19282022. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022EN>
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório lançado pela OMS detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la [Internet]. 2023 [cited Aug 6, 2025]. Available from: <http://www.paho.org/pt/noticias/19-9-2023-relatorio-lancado-pela-oms-detalha-impacto-devastador-da-hipertensao-e-formas>
7. Mancia G, Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. doi: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
8. McEvoy JW, Abreu A, Olsen MH, Ambrosetti M, Androulakis E, Bang LE, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
9. Naseva E, Ramshev K, Ramshev N, Shtereva-Tzouni D, Gardeva M, Vodenicharov V. Younger hypertensive patients have lower health-related quality of life and different hypertension correlates. Evidence from Bulgaria. *J IMAB*. 2024;30(3):5738-47. doi: <https://doi.org/10.5272/jimab.2024303.5738>
10. Palmeirim MS, Baxter YC, Silveira M, Maggion RV, Aquino B, Avezum Á, et al. Situational analysis of hypertension management at primary health care

- level in São Paulo, Brazil: population, healthcare professional and health system perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:668. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10978-1>
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovic E, Veira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
12. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and Blood Pressure Control. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(1):649-58. doi: <http://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000053>
13. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(10):4483-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população e domicílios [Internet]. 2022 [cited Aug 6, 2025]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2102011&view=detalhes>
15. Barroso WKS, Brandão AA, Miranda RD, Mascarenhas J, Malachias MVB. Influence of racial composition on blood pressure control in the Brazilian population: the need for new perspectives beyond drug treatment. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(3):623-4. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20220063>
16. Sousa CT, Souza AM, Mill JG, Cardoso LO, Lotufo PA, Bensenor IM. Racial differences in blood pressure control from users of antihypertensive monotherapy: results from the ELSA-Brasil Study. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(3):614-22. doi: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201180>
17. Adamu K, Feleke A, Muche A, Yasin T, Mekonen AM, Chane MG, et al. Health related quality of life among adult hypertensive patients on treatment in Dessie City, Northeast Ethiopia. *PLoS One.* 2022;17:e0268150. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0268150>
18. Luz ALA, Silva-Costa A, Barbosa EL, Marques LP, Souto EP, Griep RH. Cognitive function and blood pressure control in elderly hypertensive individuals. *Ciênc Saúde Colet.* 2022;27(6):2269-78. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022276.18382021>
19. Suciu L, Suciu M, Voicu M, Mureșan R, Pârv FV, Buda V, et al. Factors influencing adherence to treatment and quality of life for a group of patients with essential hypertension in Romania. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:483-91. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S269119>
20. Wang Y, Chen T, Gan W, Yin J, Song L, Qi H, et al. Association among high blood pressure health literacy, social support and health-related quality of life among a community population with hypertension: a community-based cross-sectional study in China. *BMJ Open.* 2022;12(6):e057495. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057495>
21. Kishor R, Kumari S, Prakash R, Chaudhary N, Shyama S, Ahmad S, et al. An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8 tool in adult hypertensive patients of Eastern India. *J Family Med Prim Care.* 2024;13(3):924-31. doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1416_23
22. Alsaqabi YS, Rabbani U. Medication adherence and its association with quality of life among hypertensive patients attending primary health care centers in Saudi Arabia. *Cureus.* 2020;12(12):e11853. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.11853>
23. Carvalho TR, Ribeiro LC. Associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde. *Rev APS.* 2020;23(4). doi: <http://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16894>
24. Zhang Q, Huang F, Zhang L, Li Sasha, Zhang J. The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China: a structural equation model. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1114. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11129-5>
25. Ojangba T, Boamah S, Miao Y, Guo X, Fen Y, Agboyibor C, et al. Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: a review. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2023;25(6):509-20. doi: <http://doi.org/10.1111/jch.14653>

26. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. American Heart Association Council On Hypertension; Council On Cardiovascular And Stroke Nursing; Council On Clinical Cardiology. Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2022;79(1):e1–14. doi: <http://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000203>
27. Ghayadh A, Naji AB. Treatment adherence and its association to quality of life among patients with hypertension. *Pak Heart J* [Internet]. 2023 [cited Aug 13, 2025];56(2):44-9. Available from: <https://www.pkheartjournal.com/index.php/journal/article/view/1319/1282/1299>
28. Insani WN, Wei L, Abdulah R, Alfian SD, Ramadhani NA, Andhika R, et al. Exploring the association of adverse drug reactions with medication adherence and quality of life among hypertensive patients: a cross-sectional study. *Int J Clin Pharm*. 2025;47(2):354-64. doi: <http://doi.org/10.1007/s11096-024-01832-9>
29. Strumann C, Engler NJ, von Meissner WCG, Blickle PG, Steinhäuser J. Quality of care in patients with hypertension: a retrospective cohort study of primary care routine data in Germany. *BMC Prim Care*. 2024;25:54. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02285-9>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons