

CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA

LORENA CRISTINA MARQUES DE BRITO

**O ACESSO A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS**

LORENA CRISTINA MARQUES DE BRITO

**O ACESSO A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Biomedicina da Faculdade de Apucarana –
FAP, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Biomedicina.

Orientadora: Dra. Camilla Samira de
Simoni Bolonhezi.

Apucarana/PR

2025

LORENA CRISTINA MARQUES DE BRITO

**O ACESSO A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Biomedicina da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Biomedicina, com nota final igual a 10,0, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Camilla Samira de Simoni
Bolonhezi
Faculdade de Apucarana

Prof. Esp. Cássio Lúcio Del Grossi
Faculdade de Apucarana

Prof.^a MSc. Vera Lucia Delmonico Vilela
Faculdade de Apucarana

Apucarana/PR

2025

AGRADECIMENTOS

Às mulheres da minha vida: minha mãe, Edna, e minhas irmãs, Letícia, Laura e Lia. Vocês foram o chão firme onde me apoiei, a força que me segurou quando quase perdi o equilíbrio.

Aos meus fiéis cúmplices, Mateus, Gabriel, Duda, Giovana, Nathalia e Camila, que iluminaram meus dias com boas risadas e tornaram a caminhada possível, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Camilla, que guiou meu percurso com confiança e paciência, permitindo que eu chegasse a este momento.

E a mim mesma, por persistir, por não ceder, por transformar cada obstáculo em impulso.

Este caminho é a prova da coragem, da dedicação e da determinação de seguir adiante, tornando cada escolha e cada passo um reflexo do que sou.

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.”

Constituição Federal do Brasil, Art. 196

BRITO, Lorena Cristina Marques de. **O acesso a medicamentos e tratamentos de hipertensão arterial sistêmica em populações vulneráveis**, 42p. Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo). Graduação em Biomedicina. Faculdade de Apucarana - FAP. Apucarana-Pr. 2025.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de alta prevalência no Brasil, cujo controle efetivo representa um desafio persistente à saúde pública. Este estudo objetivou investigar as barreiras limitantes ao acesso a medicamentos e tratamentos para HAS em populações vulneráveis brasileiras, analisando fatores socioeconômicos, estruturais, institucionais e o impacto de políticas públicas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, consultando as bases SciELO, BVS, PubMed, CAPES e Google Acadêmico, com artigos publicados em português no período de 2023 até agosto de 2025, focados na população brasileira. Os resultados evidenciaram que a adesão terapêutica é significativamente comprometida por fatores como baixa escolaridade, dificuldades financeiras, barreiras geográficas, alta rotatividade de profissionais de saúde, fragilidades nos serviços prestados, e percepções equivocadas sobre o quadro clínico. Destaca-se também a influência de determinantes sociais, como racismo estrutural, desigualdades regionais e insegurança alimentar. Conclui-se que a superação das barreiras à adesão ao tratamento da HAS requer uma abordagem multifacetada. É fundamental melhorar a qualidade do cuidado e o vínculo paciente-profissional, bem como enfrentar as desigualdades sociais e aprimorar as políticas públicas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão ao Tratamento. Populações Vulneráveis. Política de Saúde. Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

BRITO, Lorena Cristina Marques de. **Access to medication and treatment for systemic arterial hypertension in vulnerable populations**, 42p. Course Conclusion Paper (Article). Undergraduate Program in Biomedicine. Faculdade de Apucarana - FAP. Apucarana-Pr. 2025.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a highly prevalent non-communicable chronic disease in Brazil, whose effective management remains a persistent public health challenge. This study aimed to investigate the limiting barriers to access to medications and treatments for SAH among vulnerable Brazilian populations, analyzing socioeconomic, structural, and institutional factors, as well as the impact of public policies. An integrative literature review was conducted by consulting the SciELO, BVS, PubMed, CAPES, and Google Scholar databases, including articles published in Portuguese from 2023 to August 2025, focused on the Brazilian population. The results revealed that therapeutic adherence is significantly compromised by factors such as low educational level, financial difficulties, geographical barriers, high turnover of healthcare professionals, weaknesses in service provision, and misconceptions about the clinical condition. The influence of social determinants, including structural racism, regional inequalities, and food insecurity, was also highlighted. It is concluded that overcoming barriers to adherence to SAH treatment requires a multifaceted approach. It is essential to improve the quality of care and the patient–professional relationship, as well as to address social inequalities and enhance public policies.

Keywords: Arterial Hypertension; Treatment Adherence; Vulnerable Populations; Health Policy; Social Determinants of Health (SDH).

SUMÁRIO

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
1.1 Hipertensão arterial como problema de saúde pública.....	09
1.1.1 Definição, prevalência e fatores de risco.....	09
1.1.2 Impacto da hipertensão na qualidade de vida e nos custos para o sistema de saúde.....	11
1.2 Acesso a medicamentos e tratamentos para hipertensão em população vulneráveis.....	13
1.2.1 Barreiras e desigualdades no acesso ao tratamento da hipertensão.....	13
1.2.2 Impacto da descontinuidade do tratamento para hipertensão arterial.....	15
1.3 Políticas públicas e estratégias do SUS no combate à hipertensão arterial.....	17
1.3.1 Estratégias do SUS no combate à hipertensão arterial.....	17
1.3.2 Desafios na implementação das políticas públicas.....	18
1.3.3 O papel da educação em saúde e da conscientização popular.....	19
1.3.4 A necessidade de melhoria na atenção primária à saúde.....	20
Referências.....	23
Artigo científico.....	26

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Hipertensão arterial como problema de saúde pública

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), enquanto principal fator de risco modificável para a morbimortalidade global, impõe um ônus significativo à saúde pública brasileira. O reconhecimento de sua alta prevalência e do seu caráter crônico exige uma análise aprofundada de suas dimensões sanitárias, sociais e econômicas. Para contextualizar a magnitude desse desafio, esta seção estabelece a base teórica da HAS, desde sua conceituação e panorama epidemiológico até a sua relevância clínica e o impacto sistêmico que gera para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1.1 Definição, prevalência e fatores de risco

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) multifatorial, caracterizada pelo aumento persistente da tensão arterial, com valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg (Barroso *et al.*, 2021).

A pressão arterial resulta da interação entre débito cardíaco e resistência vascular periférica, sendo regulada de forma integrada pelos sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino. Na hipertensão, essa regulação sofre falhas e a pressão permanece elevada de forma persistente. Um dos principais mecanismos envolvidos é a hiperativação do sistema nervoso simpático: os barorreceptores, que deveriam reduzir a frequência cardíaca quando a pressão aumenta, apresentam disfunção, e, como consequência, a frequência de repouso tende a ser mais alta. Além disso, há aumento da liberação de norepinefrina, que intensifica a contração dos vasos e contribui para a elevação da pressão (De Lima *et al.*, 2021).

Outro fator relevante é a participação dos rins e do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Em condições normais, os rins eliminam sódio e água para regular o volume sanguíneo, mas, em hipertensos, esse processo é ineficiente, favorecendo a retenção de líquidos. Simultaneamente, o sistema renina-angiotensina-aldosterona encontra-se hiperativado, com produção aumentada de angiotensina II, que promove vasoconstrição, e de aldosterona, que retém sódio e água. A hipertensão, portanto, não se deve a uma única causa, mas a um conjunto de desequilíbrios interligados, cujo resultado final é a sobrecarga progressiva do sistema cardiovascular (De Lima *et al.*, 2021).

Essa elevação ocasiona sobrecarga nos vasos sanguíneos, aumentando o risco de complicações em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e no sistema vascular, tornando-a

um fator de risco significativo para doenças graves, como o acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, demência, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial obstrutiva periférica (Malta *et al.*, 2023).

Etiologicamente, a HAS é classificada em dois tipos principais. A hipertensão primária é a forma mais comum, sem uma causa única e específica, e resulta de uma combinação de fatores genéticos e de estilo de vida, como idade, sexo, etnia, sobrepeso/obesidade, dieta rica em sódio, sedentarismo, tabagismo, etilismo, além de fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade, condições de moradia precárias, além da baixa renda (Albuquerque *et al.*, 2024; Barroso *et al.*, 2021). A hipertensão secundária, por outro lado, é causada por uma condição clínica subjacente, como doenças renais, desequilíbrios hormonais ou o uso de certos medicamentos, como os anti-inflamatórios não esteroides (Albuquerque *et al.*, 2024).

Normalmente assintomática, a condição clínica geralmente é diagnosticada tarde, dificultando o tratamento (Mengue *et al.*, 2016). Quando presentes, os sintomas incluem dor no peito e na cabeça, tontura, zumbido no ouvido, fraqueza, visão turva e sangramento pelo nariz (Brasil, 2025a).

Com alto índice de prevalência, a HAS representa um grande desafio de saúde pública, com um impacto significativo tanto no sistema de saúde quanto na qualidade de vida da população, fazendo dela uma das condições mais urgentes a serem gerenciadas, tanto no mundo quanto no Brasil (Santiago *et al.*, 2019), pois, em território nacional, a doença é considerada uma das principais prioridades epidemiológicas devido à sua alta taxa de morbimortalidade (Brasil, 2025a). É importante notar que a carga global e a prevalência da hipertensão têm apresentado um crescimento nas últimas duas décadas, principalmente em países de baixa e média renda, tornando-se uma preocupação crescente para as autoridades de saúde (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

A análise de dados recentes evidencia diferenças expressivas entre grupos populacionais, demonstrando que a ocorrência dessa condição está intimamente relacionada a fatores sociais e econômicos. Observa-se que aspectos como renda, escolaridade, gênero e raça/cor interferem de maneira significativa na distribuição e no controle da doença, revelando desigualdades persistentes no acesso à prevenção e ao cuidado. Os resultados apresentados a seguir sintetizam essa distribuição, permitindo visualizar como tais disparidades se manifestam na população brasileira.

Tabela 1 – Prevalência (%) de hipertensão arterial, segundo sexo, escolaridade e raça/cor.

Variável	Categoria	Malta <i>et al.</i> (2023) - PNS 2019	Migowski e Costa (2024) - Vigitel 2023
Sexo	Masculino	21,1	26,4
	Feminino	26,4	29,3
Escolaridade	Até 8 anos de estudo	36,6	45,3
	12 anos ou mais de estudo	18,2	14,2
Raça/Cor	Branca	24,4	26,4
	Parda	22,9	28,1
	Preta	25,8	29,7

Fonte: Brito (2025). Elaborado a partir de dados de Malta *et al.* (2023), Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE e Migowski e Costa (2024), Vigitel – Ministério da Saúde.

A análise da tabela demonstra a forte ligação da hipertensão arterial com os determinantes sociais da saúde no Brasil. A maior prevalência em mulheres, indivíduos com menor escolaridade e populações pretas/pardas, consistente entre Vigitel 2023 e PNS 2019, reflete explicitamente as desigualdades estruturais. Em estudos de base populacional, como o de Pauli *et al.* (2019), realizado em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, reforçam estas disparidades, identificando a prevalência de HAS e sua associação com fatores como maior idade e isolamento geográfico. Essas assimetrias não são meramente demográficas, mas indicam a vulnerabilidade acentuada de grupos historicamente marginalizados a fatores de risco e a um acesso desigual a informações e cuidados de saúde (Migowski; Costa, 2024; Malta *et al.*, 2023).

A observação no estudo de Migowski e Costa (2024) sobre as iniquidades regionais, com alta prevalência no Sudeste e no Rio de Janeiro, e o crescimento entre jovens adultos, sublinha a urgência de políticas públicas equitativas e intersetoriais que enfrentem as raízes sociais da HAS e promovam a saúde como direito universal, indo além da abordagem biomédica tradicional.

1.1.2 Impacto da hipertensão na qualidade de vida e nos custos para o sistema de saúde

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) compromete a qualidade de vida dos pacientes por se tratar de uma condição crônica e, muitas vezes, silenciosa, o que dificulta a percepção e o controle efetivo do problema (Mariosa; Ferraz; Santos-Silva, 2018). O impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é comprovadamente negativo, conforme demonstrou o estudo de Carvalho *et al.* (2013), que constatou que indivíduos normotensos apresentaram consistentemente melhor QV em comparação com os hipertensos. Este achado sugere que tanto a presença da doença quanto a cronicidade do seu tratamento atuam como fatores estressores que afetam o mental e emocional do paciente, bem como o bem-estar físico, o que reduz a capacidade laboral (Carvalho *et al.*, 2013). A relevância clínica da doença, no entanto, é frequentemente subestimada, sendo esse descompasso entre gravidade objetiva e percepção subjetiva o maior desafio para a adesão, especialmente em populações vulneráveis.

A não adesão e a consequente descompensação da doença estão intrinsecamente ligadas ao nível de conhecimento e às atitudes dos pacientes. Pesquisas em populações carentes, como a conduzida por Lima, Bucher e Lima (2004), revelaram que o baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco (como tabagismo, consumo excessivo de sal e sedentarismo) é um obstáculo significativo ao controle da HAS. Os autores destacam, assim, a necessidade urgente de ações de educação em saúde direcionadas e culturalmente sensíveis para melhorar as práticas de autocuidado, visto que a percepção do problema é frequentemente subestimada, especialmente em contextos socioambientais precários, onde as condições de vida já impõem fatores de risco adicionais à prevalência da HAS (Lima; Bucher; Lima, 2004; Mariosa; Ferraz; Santos-Silva, 2018).

A condição também acarreta custos expressivos para o sistema de saúde, tanto com despesas diretas como internações e medicamentos, quanto com perdas indiretas relacionadas à produtividade. Julião, Souza e Guimarães (2021) estimam que, apenas em 2018, os gastos com a doença no SUS ultrapassaram R\$2 bilhões. Essa cifra reflete o alto custo do manejo das complicações, como o acidente vascular encefálico (AVE), a doença renal crônica e a insuficiência cardíaca, as quais exigem procedimentos de alta complexidade e internações prolongadas. A baixa adesão ao tratamento, que compromete o controle da doença, eleva o risco de complicações e o impacto econômico (Barroso *et al.*, 2021). Este ciclo vicioso entre desinformação, má adesão e alto custo, evidencia que o tratamento da HAS é, antes de ser um problema clínico, um desafio de política pública e de equidade social.

Nesse cenário, a prevenção e o manejo contínuo são essenciais, com estratégias como acompanhamento médico regular, manutenção do peso ideal e prática de atividade física, fundamentais para reduzir o número de pacientes com a doença descompensada (Piccini *et al.*, 2012). Estratégias não-farmacológicas, que incluem a adoção de dieta balanceada, redução do consumo de sódio e cessação do tabagismo, são consideradas o primeiro e crucial pilar do tratamento, sendo recomendadas a todos os pacientes, independentemente da necessidade de terapia medicamentosa (Albuquerque *et al.*, 2024; Barroso *et al.*, 2021). O sucesso dessas ações é fundamental para reduzir a prevalência de pacientes com a doença descompensada, diminuindo, por conseguinte, a pressão clínica e econômica sobre os serviços de saúde.

1.2 Acesso a medicamentos e tratamentos para hipertensão em população vulneráveis

Embora o tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS seja estabelecido, a efetividade das diretrizes clínicas é constantemente limitada pela dificuldade de acesso e adesão, particularmente nas populações vulneráveis. O conceito de acesso transcende a mera disponibilidade de recursos, englobando uma interação de fatores socioeconômicos, geográficos e institucionais que influenciam a continuidade do cuidado. O desafio é notório, uma vez que a maior parte da população brasileira com HAS utiliza o medicamento para controle da doença, sendo o serviço público uma das principais vias de obtenção (Leal; Galvão; Roncalli, 2024). Sob essa ótica, esta seção se dedicará a identificar e classificar as principais categorias de barreiras que se interpõem entre o paciente e o tratamento, culminando na análise do dano causado pela interrupção da terapêutica.

1.2.1 Barreiras e desigualdades no acesso ao tratamento da hipertensão

Em regiões socialmente vulneráveis, a população enfrenta diversas barreiras que dificultam o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo da pressão arterial elevada, mesmo com a distribuição gratuita de anti-hipertensivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil e nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Coelho *et al.*, 2024).

De fato, a forma de obtenção dos medicamentos reflete as desigualdades sociais. O estudo de Costa *et al.* (2016) demonstrou que a obtenção de anti-hipertensivos em Unidades

de Saúde é mais frequente entre indivíduos com menor escolaridade e de cor de pele preta ou parda, indicando a dependência do sistema público primário por parte dos grupos mais vulneráveis. Por outro lado, a obtenção via Farmácia Popular e outras fontes (farmácias/drogarias) foi mais alta em segmentos com maior escolaridade e cor de pele branca. Essa diferença sugere uma segmentação no acesso, onde os mais vulneráveis dependem da logística da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto os mais privilegiados têm maior facilidade em utilizar programas mais abrangentes ou a rede privada (Costa *et al.*, 2016).

Nesse contexto, em comunidades ribeirinhas amazonenses avaliadas por Mariosa, Ferraz e Santos-Silva (2018), o isolamento geográfico, aliado à precariedade da infraestrutura básica, incluindo a ausência ou insuficiência de saneamento, fornecimento de energia elétrica, e à carência de profissionais de saúde, compromete tanto a detecção quanto o controle efetivo da pressão elevada, resultando em altos índices de morbidade.

A exemplo do que foi observado nas comunidades ribeirinhas, Pauli *et al.* (2019, p. 3295) relatam condições comparáveis em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul.

As principais dificuldades enfrentadas pelas comunidades quilombolas rurais são de ordem socioeconômica, como dimensão reduzida das terras ocupadas (muitas vezes íngremes e de solo pedregoso) e falta de alternativas para a geração de renda. Além disso, grande parte situa-se em locais de difícil acesso: pequenas estradas de chão batido, muitas vezes distantes do transporte público. Em algumas comunidades inexistem estratégias de saúde da família, fazendo com que a população tenha de se deslocar quilômetros em busca de atendimento.

A disparidade geográfica e a vulnerabilidade social também são evidentes em regiões distantes de grandes centros urbanos, como o sertão de Pernambuco, onde o estudo de Santiago *et al.* (2019) buscou estimar a prevalência da HAS. Essas áreas sofrem com a carência de informações específicas para o delineamento de estratégias de promoção da saúde, evidenciando uma lacuna de dados epidemiológicos que impacta diretamente a alocação de recursos e a eficácia das políticas de controle da doença. Mesmo em cenários urbanos, a população em situação de vulnerabilidade social enfrenta barreiras como o baixo nível de conhecimento sobre a doença, condições socioeconômicas (baixa escolaridade e renda limitada), características individuais e a fragilidade do vínculo com os profissionais de saúde, que contribuem para a dificuldade no controle eficaz da enfermidade (Julião; Souza; Guimarães, 2021).

As condições sociais e estruturais se refletem diretamente no acesso a medicamentos para hipertensão. Leal, Galvão e Roncalli (2024) identificaram que menor renda, escolaridade reduzida e a ausência de seguro de saúde dificultam a obtenção desses fármacos, mesmo com a gratuidade oferecida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), evidenciando que os obstáculos não são apenas financeiros, mas também logísticos e informacionais.

Essa situação contribui para profundas disparidades no acesso a medicamentos para o tratamento no país, tanto entre diferentes regiões quanto entre capitais e grupos sociais distintos (Costa *et al.*, 2016). Embora programas como o PFPB tenham ampliado o acesso, o serviço público, incluindo Unidades de Saúde e o próprio PFPB, ainda apresenta deficiências de distribuição e de cobertura, afetando de forma desproporcional as populações mais vulneráveis (Leal; Galvão; Roncalli, 2024; Costa *et al.*, 2016).

Em regiões com baixos níveis de desenvolvimento econômico e alta vulnerabilidade social, especialmente no Norte e Nordeste, muitos pacientes arcam com gastos próprios para adquirir os medicamentos necessários. Essa realidade compromete a renda familiar, dificulta a continuidade do tratamento e evidencia as desigualdades enfrentadas por grupos com menor poder aquisitivo diante da ausência de acesso universal assegurado pelo sistema público (Leal; Galvão; Roncalli, 2024).

Esses desafios estruturais são reforçados pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), analisados por Malta *et al.* (2023), que demonstraram que determinantes sociais estão fortemente associados à menor disponibilidade de informações sobre a doença, ao acesso limitado a medicamentos e à ausência de orientações adequadas sobre seu manejo. A persistência dessas barreiras impede que a alta cobertura de tratamento farmacológico relatada por estudos como Costa *et al.* (2016) se traduza no controle ideal da enfermidade. Assim, fica evidente que o enfrentamento da hipertensão como um grande desafio de saúde pública no Brasil exige políticas públicas integradas, territorializadas e equitativas, que contemplem tanto a superação das barreiras estruturais quanto a garantia da oferta regular e gratuita de medicamentos essenciais.

1.2.2 Impacto da descontinuidade do tratamento para hipertensão arterial

A não adesão ao tratamento medicamentoso constitui um dos principais determinantes do controle insatisfatório da pressão arterial, como analisado por Coelho *et al.* (2024), onde

verificou-se que cerca de 40% dos pacientes interrompem o uso regular dos medicamentos (seja por falta de acesso ou por desinformação quanto à importância da continuidade do tratamento) uma taxa que sublinha a gravidade do problema de manejo da HAS no país.

A escassez de informações e a falta de engajamento do paciente são elementos cruciais para o abandono precoce do tratamento, com muitos interrompendo a medicação por conta própria ao se "sentirem bem", como observado por Lima, Bucher e Lima (2004). A natureza assintomática da HAS (Mariosa; Ferraz; Santos-Silva, 2018) é uma das maiores barreiras, pois a ausência de sintomas tangíveis diminui a percepção de risco e a motivação para a tomada diária de medicamentos, uma situação frequentemente observada em populações de baixa escolaridade, onde o conhecimento sobre a cronicidade da doença é limitado (Lima; Bucher; Lima, 2004). A este fator, soma-se a complexidade da própria terapêutica, que envolve múltiplas barreiras inter-relacionadas, conforme sistematizado nas diretrizes nacionais.

A adesão é influenciada por múltiplos fatores, incluindo a própria doença (sua cronicidade), consumo de cigarro, álcool, sódio em excesso e uma dieta desbalanceada, que são difíceis de mudar por estarem associados a fatores sociais, culturais e emocionais. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Barroso *et al.*, 2021) classificam as barreiras à adesão em cinco dimensões: socioeconômicas, relacionadas ao sistema e à equipe de saúde, relacionadas à terapia, relacionadas à condição do paciente e, por fim, relacionadas à própria doença, sublinhando a complexidade do problema. Fatores relacionados ao sistema de saúde e à equipe, somados a questões individuais como o esquecimento, também contribuem para a baixa adesão ao tratamento (Barroso *et al.*, 2021). Com isso, a fragilidade do vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde, e a ausência de um acolhimento resolutivo, são fatores institucionais que comprometem o seguimento terapêutico (Girão; Freitas, 2016). Percebe-se que as falhas de adesão raramente são uma responsabilidade exclusiva do paciente, sendo um reflexo das deficiências do sistema de apoio e das desigualdades sociais (Lima; Bucher; Lima, 2004).

O descontrole da pressão arterial gera impactos que ultrapassam os danos físicos, afetando significativamente a saúde mental, o bem-estar geral e a produtividade dos pacientes, especialmente no ambiente de trabalho. No que se refere a qualidade de vida, o descontrole da HAS impõe limitações nas dimensões física e emocional, reduzindo a capacidade funcional e elevando os níveis de estresse e ansiedade, elementos que se retroalimentam com a não adesão

(Carvalho *et al.*, 2013). O não tratamento acarreta complicações que demandam internações prolongadas, uso de maiores custos com realização de exames e procedimentos, gerando impactos econômicos expressivos, conforme já detalhado (Julião; Souza; Guimarães, 2021). A descompensação da HAS devido à má adesão é uma das principais razões para a progressão para doenças cardiovasculares graves, elevando a morbidade e a mortalidade prematura e desorganizando os serviços de média e alta complexidade do SUS (Julião; Souza; Guimarães, 2021; Piccini *et al.*, 2012).

1.3 Políticas públicas e estratégias do SUS no combate à hipertensão arterial

A resposta institucional à elevada carga da HAS no Brasil é orquestrada por meio de diversas políticas públicas e programas estruturados no âmbito do SUS. Tais estratégias visam garantir a integralidade e a universalidade do acesso, desde a prevenção até o tratamento especializado. Contudo, a efetivação dessas políticas enfrenta obstáculos significativos em sua implementação prática. Por conseguinte, esta seção examinará as ações adotadas pelo SUS, os desafios inerentes à sua concretização e o papel transformador que a Atenção Primária à Saúde e a educação em saúde desempenham para aprimorar o controle da hipertensão no território nacional.

1.3.1 Estratégias do SUS no combate à hipertensão arterial

Dentre as principais estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas ao controle da pressão arterial elevada, destacam-se a Estratégia Saúde da Família, a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família e a distribuição de medicamentos essenciais por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), inclusive por redes credenciadas como o “Aqui Tem Farmácia Popular”. Essas iniciativas têm como foco a prevenção primária, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo dos pacientes com a condição, promovendo um cuidado integral e baseado na comunidade (Mengue *et al.*, 2016). O princípio organizador central dessas ações é a Atenção Primária à Saúde (APS), que se configura como o nível de cuidado ideal para o manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como a HAS, devido à sua capacidade de estabelecer vínculo, coordenar o cuidado e realizar ações de prevenção e promoção da saúde em nível comunitário (Rocha *et al.*, 2022).

O PFPB, em especial, representa um avanço nas políticas públicas ao facilitar o acesso a medicamentos essenciais, como os anti-hipertensivos, por meio da oferta gratuita ou subsidiada. Seu impacto é mensurável, o programa é a via de obtenção mais comum para os anti-hipertensivos no Brasil (45,2% em 2019), demonstrando seu papel crucial na manutenção do tratamento medicamentoso para a maioria dos pacientes (Leal; Galvão; Roncalli, 2024). No entanto, a efetividade do programa ainda é comprometida por obstáculos como o desabastecimento recorrente e a cobertura territorial limitada.

Tais limitações atingem especialmente populações residentes em regiões marginalizadas e de difícil acesso, prejudicando a adesão ao tratamento medicamentoso e ampliando as desigualdades no sistema de saúde (Coelho *et al.*, 2024).

A análise de Leal, Galvão e Roncalli (2024) contribui para esse debate ao evidenciar desigualdades na distribuição dos recursos do PFPB, com maior concentração nas regiões economicamente mais desenvolvidas. Essa discrepância está relacionada à lógica de funcionamento do programa, que depende da adesão voluntária de farmácias privadas, geralmente mais presentes em áreas com maior atratividade econômica. Essa dinâmica acentua as disparidades no acesso aos medicamentos e reforça a necessidade de ações regulatórias que promovam maior equidade na execução das políticas públicas de saúde.

1.3.2 Desafios na implementação das políticas públicas

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas ao controle da hipertensão arterial, persistem desafios significativos relacionados à compreensão e percepção da doença pelos próprios pacientes. O estudo de Lima, Bucher e Lima (2004) revela que muitos portadores de hipertensão possuem conhecimento limitado sobre sua condição, frequentemente associando a doença apenas à presença de sintomas, como dores de cabeça. Tal percepção inadequada da cronicidade e da natureza assintomática da HAS leva à interrupção do tratamento na ausência desses sinais, comprometendo a adesão terapêutica e o controle efetivo da pressão arterial (Lima; Bucher; Lima, 2004; Mengue *et al.*, 2016). Tais achados ressaltam a necessidade de estratégias educativas que promovam uma compreensão mais ampla da hipertensão.

Somando-se às barreiras informacionais, as limitações logísticas e geográficas representam um obstáculo intransponível que compromete a eficácia das ações do SUS em muitas comunidades rurais e isoladas. De acordo com Pauli *et al.* (2019), nas comunidades

quilombolas, a ausência de unidades de saúde e a carência de profissionais obrigam a população a percorrer longas distâncias para buscar atendimento. A situação é agravada pela ausência de transporte público eficaz e pelos custos envolvidos, o que inviabiliza o acompanhamento regular e a retirada mensal de medicamentos, impactando a continuidade do cuidado, um achado também observado em comunidades ribeirinhas do Amazonas (Mariosa; Ferraz; Santos-Silva, 2018). Essas condições logísticas, somadas ao isolamento geográfico e às vulnerabilidades socioeconômicas, acentuam as dificuldades enfrentadas para aderir e manter o tratamento.

Outro desafio recorrente é a fragmentação entre os diferentes níveis de gestão do SUS. Conforme Barroso *et al.* (2021), a falta de articulação entre as esferas municipal, estadual e federal dificulta a coordenação das ações e a manutenção de estratégias integradas, impactando negativamente a continuidade do cuidado, sobretudo em doenças de manejo crônico como a hipertensão.

1.3.3 O papel da educação em saúde e da conscientização popular

A educação em saúde, definida pela Secretaria de Saúde de São Paulo (2023) como um processo que "desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los", é uma estratégia essencial na promoção da saúde. Atuando na prevenção e reabilitação, ela também fortalece a cidadania e a responsabilidade individual e coletiva, formando agentes multiplicadores, conforme apontam De Figueiredo Junior *et al.* (2020).

A transição do modelo de saúde tradicional para uma abordagem mais abrangente, que considera as condições de vida e os determinantes sociais, deu à educação em saúde um papel fundamental. Essa prática é vista como uma ferramenta eficaz, de baixo custo e que pode ser utilizada por profissionais de diversas áreas, em todos os níveis de atenção à saúde. No contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), a educação em saúde é vital para empoderar o paciente, transformando-o em colaborador ativo do seu tratamento (Rocha *et al.*, 2022). No entanto, o modelo biomédico ainda é predominante na formação de profissionais, que priorizam o tratamento em vez da prevenção. Para mudar isso, é essencial que a educação em saúde seja valorizada desde as primeiras etapas da formação desses indivíduos (De Figueiredo Junior *et al.*, 2020).

O foco da educação em saúde deve ser a desmistificação da HAS e a clareza sobre sua cronicidade e caráter assintomático. Como visto, o baixo nível de informação sobre a doença e seus fatores de risco é um obstáculo significativo ao controle, levando à interrupção da medicação quando o paciente se sente bem (Lima, Bucher, Lima, 2004). Portanto, as ações educativas na Atenção Primária à Saúde devem ser contínuas e utilizar métodos que facilitem a compreensão da população, como grupos de convivência, palestras interativas e materiais didáticos simples, abordando temas como alimentação adequada, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e a importância do uso contínuo dos medicamentos (Piccini *et al.*, 2012; Barroso *et al.*, 2021).

Para o cuidado de pacientes com hipertensão, a equipe multiprofissional tem um papel fundamental na educação, capacitando-os a compreender e controlar os fatores que influenciam o autocuidado. Barroso *et al.* (2021) destacam que essa equipe deve atuar por meio de estratégias que estimulem a autonomia, o conhecimento e o engajamento ativo no tratamento. Entre as principais ações estão o apoio social, o uso de tecnologias para o automonitoramento, a qualificação da comunicação entre profissionais e pacientes e a facilitação do acesso aos serviços. A qualidade do acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e o fortalecimento do vínculo entre paciente e equipe são cruciais, uma vez que um acolhimento eficaz e humanizado aumenta a confiança e a adesão do usuário ao plano de cuidado proposto, superando, em parte, as fragilidades estruturais do sistema (Girão; Freitas, 2016). A articulação integrada dessas estratégias fortalece o cuidado contínuo, favorece a adesão e contribui para melhores desfechos em saúde.

1.3.4 A necessidade de melhoria na atenção primária à saúde

Conforme definição do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel central na organização do cuidado em saúde. É por meio da APS que se realizam ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, tanto em nível individual quanto coletivo, com o objetivo de oferecer cuidado integral e contínuo à população. Além de ser a principal porta de entrada do SUS, a APS atua como eixo articulador entre os diversos serviços da rede, contribuindo para a organização do fluxo assistencial, desde atendimentos simples até os mais complexos. Suas

ações devem pautar-se em princípios como universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, equidade e responsabilização, para garantir um atendimento resolutivo e próximo das necessidades reais das comunidades, especialmente em territórios vulneráveis, como periferias urbanas (Brasil, 2025b).

Dessa forma, ao se constituir como principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária assume papel estratégico na prevenção e controle da hipertensão arterial. As ações desenvolvidas neste nível abrangem uma ampla gama de intervenções, desde a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de fatores de risco até o diagnóstico precoce, tratamento adequado, acompanhamento contínuo, reabilitação e manutenção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Rocha *et al.*, 2022). A efetividade da APS no manejo de doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS, é superior em comparação a modelos fragmentados, pois é o espaço privilegiado para o estabelecimento do vínculo de confiança, para a educação em saúde e para o monitoramento contínuo dos fatores de risco, essenciais para reduzir a taxa de pacientes com a doença descompensada (Piccini *et al.*, 2012; Rocha *et al.*, 2022).

Apesar de sua importância, o enfrentamento da HAS na atenção primária ainda representa um grande desafio, pois trata-se de uma condição influenciada por fatores biológicos, sociais e culturais. Para que o cuidado seja efetivo, é fundamental o envolvimento ativo dos indivíduos, suas famílias e a comunidade, sendo essencial garantir acesso, vínculo e acolhimento (Rocha *et al.*, 2022). O fortalecimento do vínculo é particularmente crítico para as populações em vulnerabilidade urbana, que frequentemente enfrentam o baixo nível de conhecimento sobre a doença e a fragilidade na comunicação com os profissionais, elementos que minam a confiança e a adesão ao tratamento (Julião; Souza; Guimarães, 2021). Assim, o tratamento da HAS vai além do uso de medicamentos e adoção de medidas normativas, exigindo abordagem integral que considere a pessoa em sua totalidade. Essa atenção deve estar articulada à escuta qualificada, ao acolhimento de demandas espontâneas e à resposta adequada a situações de urgência, com a participação de todos os níveis de atenção, especialmente os serviços da atenção primária (Girão; Freitas, 2016).

Discussão Teórica

A literatura analisada evidencia que as barreiras ao cuidado em hipertensão arterial extrapolam os determinantes geográficos, manifestando-se sobretudo em limitações

institucionais associadas à fragmentação entre as esferas de gestão do SUS e à insuficiente coordenação da assistência farmacêutica. Essa configuração produz descon continuidades no cuidado, compromete a confiabilidade dos serviços e fragiliza o vínculo terapêutico, especialmente entre populações mais vulneráveis.

Estudos convergem ao apontar a oferta irregular de medicamentos como um dos fatores mais críticos, uma vez que essa falha transfere ao usuário a responsabilidade financeira pela manutenção do tratamento ou, alternativamente, o conduz à interrupção terapêutica. Tal condição revela a distância entre o princípio da integralidade e sua efetivação no cotidiano dos serviços de saúde. A persistência desse hiato indica que a integralidade permanece mais como um enunciado normativo do que como uma prática consolidada.

Outro ponto recorrente na produção científica refere-se às limitações estruturais da Atenção Primária em superar o modelo estritamente biomédico. Apesar das iniciativas de qualificação profissional e ampliação das ações educativas, a literatura aponta que a APS ainda enfrenta entraves gerenciais e logísticos que dificultam a implementação de um cuidado contínuo, articulado e orientado pelas necessidades reais dos usuários.

Nesse conjunto de evidências, torna-se claro que o avanço das políticas públicas exige mais do que ajustes operacionais: demanda intervenções capazes de reduzir desigualdades estruturais, integrar efetivamente os níveis de gestão e fortalecer a coordenação do cuidado. Os estudos analisados reforçam a necessidade de ampliação das investigações sobre a efetividade das ações voltadas ao controle da hipertensão e indicam que a superação das fragilidades identificadas é condição essencial para transformar o acesso formal em controle clínico real da doença.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Ana Luíza Carvalho *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão abrangente de epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e manejo. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. e16, 2024. Disponível em: <https://bjhbs.com.br/index.php/bjhbs/article/view/16>. Acesso em: 11 ago. 2025.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão (pressão alta). **Portal gov.br – Saúde**. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>. Acesso em: 24 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 01 jun. 2025.
- CARVALHO, Maria Virgínia de *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, p. 164-174, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20130031>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- COELHO, Juliana Chaves *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e19282022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232024292.22662022>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- COSTA, Karen Sarmiento *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00090014, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090014>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- DE FIGUEIREDO JÚNIOR, Adilson Mendes *et al.* A importância do processo de educação em saúde entre estudantes da área da saúde: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 11, p. e3003-e3003, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e3003.2020>. Acesso em: 31 mai. 2025.
- DE LIMA, Tamilys Emanoelly *et al.* Hipertensão arterial: Uma revisão sistemática Hypertension: A systematic review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16417-16427, 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n4-158. Acesso em: 14 ago. 2025.
- GIRÃO, Ana Livia Araújo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. e60015, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>. Acesso em: 31 mai. 2025.
- JULIÃO, Nayara Abreu; SOUZA, Aline de; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de

saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4007-4019, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>. Acesso em: 12 abr. 2025.

LEAL, Adriana Amorim de Farias; GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Acesso a medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na população brasileira: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00241022, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT241022. Acesso em: 12 abr. 2025.

LIMA, Márcia Theophilo; BUCHER, Julia Sursis N. Ferro; LIMA, José Wellington de Oliveira. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1079-1087, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400023>. Acesso em: 12 abr. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177>. Acesso em: 12 abr. 2025.

MARIOSIA, Duarcides Ferreira; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira; SANTOS-SILVA, Edinaldo Nelson dos. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1425-1436, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016>. Acesso em: 12 abr. 2025.

MENGUE, Sotero Serrate *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 50, p. 8s, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>. Acesso em 01 jun. 2025.

MIGOWSKI, Arn; COSTA, Gustavo Tavares Lameiro da. Análise temporal da prevalência de hipertensão arterial no Brasil entre 2006 e 2023: evidências a partir dos dados do Vigitel. **OnScience**, v. 2, n. 2, p. e0027-e0027, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.33634/2764-0736.2024.0027>. Acesso em: 13 abr. 2025

PAULI, Sílvia *et al.* Prevalência de autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3293-3303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.28002017>. Acesso em: 28 mar. 2025.

PICCINI, Roberto Xavier *et al.* Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 543-550, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v46n3/3208.pdf. Acesso em: 12 abr. 2025.

ROCHA, Thainara dos Santos *et al.* A importância da atenção primária à saúde no cuidado ao paciente hipertenso. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 5, n. 2, pág. 6312-6322, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-206. Acesso em: 31 mai. 2025.

SANTIAGO, Emerson Rogério Costa *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos do sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 687-695, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190145>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Instituto de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 34, São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf. Acesso em: 01 jun. 2025.

**O ACESSO A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS**

**ACCESS TO MEDICATIONS AND TREATMENTS FOR SYSTEMIC
ARTERIAL HYPERTENSION IN VULNERABLE POPULATIONS**

**EL ACCESO A MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS PARA LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN POBLACIONES
VULNERABLES**

Lorena Cristina Marques de Brito

Graduanda em Biomedicina

Instituição: Faculdade de Apucarana (FAP)

Endereço: Apucarana, Paraná, Brasil

E-mail: aac.lorenamarques@gmail.com

Camilla Samira de Simoni Bolonhezi

Doutora em História, Cultura e Política

Instituição: Universidade Estadual do Paraná (UEM)

Endereço: Apucarana, Paraná, Brasil

E-mail: camillabolonhezi@gmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil, cujo controle efetivo ainda representa um desafio persistente à saúde pública. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo investigar as barreiras que dificultam o acesso a medicamentos e tratamentos da HAS em populações vulneráveis, analisando fatores socioeconômicos, estruturais e o impacto das políticas públicas. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com busca nas bases SciELO, BVS, PubMed, CAPES e Google Acadêmico, incluindo estudos publicados entre 2023 e 2025. Os resultados evidenciaram que a adesão terapêutica é significativamente comprometida por fatores como baixa escolaridade, limitações financeiras, barreiras geográficas, alta rotatividade de

profissionais e fragilidades nos serviços de saúde. Tais aspectos são agravados por determinantes sociais como racismo estrutural, desigualdades regionais e insegurança alimentar, especialmente em comunidades quilombolas. Conclui-se que a superação dessas barreiras requer uma abordagem multifacetada e intersetorial, centrada na melhoria da qualidade do cuidado, no fortalecimento do vínculo paciente-profissional e no enfrentamento integrado das desigualdades sociais e estruturais, de modo a aprimorar as políticas públicas e o controle da HAS no país.

Palavras-chave: Hipertensão, Adesão ao Tratamento, Política de Saúde, Determinantes Sociais da Saúde (DSS), Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease with high prevalence in Brazil, whose effective control remains a persistent challenge for public health. In this context, the present study aimed to investigate the barriers that hinder access to medications and treatments for SAH in vulnerable populations, analyzing socioeconomic and structural factors as well as the impact of public policies. To this end, an integrative literature review was conducted, including studies published between 2023 and 2025 in the SciELO, BVS, PubMed, CAPES, and Google Scholar databases. The results showed that therapeutic adherence is significantly compromised by factors such as low educational level, financial constraints, geographical barriers, high turnover of health professionals, and weaknesses in healthcare services. These problems are further aggravated by social determinants, including structural racism, regional inequalities, and food insecurity, particularly affecting quilombola communities. It is concluded that overcoming these barriers requires a multifaceted and intersectoral approach, focused on improving the quality of care, strengthening the patient-professional bond, and addressing social and structural inequalities in an integrated manner, in order to enhance public policies and the control of SAH in Brazil.

Keywords: Hypertension, Treatment Adherence, Health Policy, Social Determinants of Health (SDH), Unified Health System (SUS).

RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica de alta prevalencia en Brasil, cuyo control efectivo sigue siendo un desafío persistente para la salud pública. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo investigar las barreras que dificultan el acceso a medicamentos y tratamientos para la HAS en poblaciones vulnerables, analizando factores socioeconómicos, estructurales y el impacto de las políticas públicas. Para ello, se realizó una revisión integrativa de la literatura, que incluyó estudios publicados entre 2023 y 2025 en las bases de datos SciELO, BVS, PubMed, CAPES y Google Académico. Los resultados evidenciaron que la adherencia terapéutica se ve significativamente afectada por factores como bajo nivel educativo, limitaciones económicas, barreras geográficas, alta rotación de profesionales de salud y debilidades en los servicios sanitarios. Estos problemas se agravan por determinantes sociales como el racismo estructural, las desigualdades regionales y la inseguridad alimentaria, con impacto particular en las comunidades quilombolas. Se concluye que superar estas barreras requiere un enfoque multifacético e

intersectorial, centrado en mejorar la calidad de la atención, fortalecer el vínculo paciente–profesional y abordar de manera integrada las desigualdades sociales y estructurales, con el fin de fortalecer las políticas públicas y el control de la HAS en el país.

Palabras clave: Hipertensión, Adhesión al Tratamiento, Política de Salud, Determinantes Sociales de la Salud (DSS), Sistema Único de Salud (SUS).

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e representa um grande desafio para a saúde pública (Santiago *et al.*, 2019). Em contexto brasileiro, o impacto da HAS é agravado pelas desigualdades sociais e estruturais, que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento contínuo e à distribuição regular de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Coelho *et al.*, 2024).

A relevância deste estudo é corroborada pela persistência de iniquidades no acesso à saúde e à assistência farmacêutica no Brasil. A investigação das falhas estruturais, dos obstáculos na distribuição de medicamentos e da efetividade das estratégias de saúde pública é crucial para embasar a reformulação e o fortalecimento de políticas que visem à equidade e resolutividade do SUS, especialmente para as populações historicamente marginalizadas e em condições de vulnerabilidade social.

A linha teórica fundamenta-se na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que reconhece o adoecimento e a adesão ao tratamento como fenômenos multidimensionais, influenciados por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. Adota-se uma abordagem crítica sobre o acesso à saúde, compreendendo o SUS não apenas como um provedor de serviços, mas como uma política pública essencial na mitigação das desigualdades e no enfrentamento das DCNT, conforme os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Ao discutir os desafios enfrentados por comunidades vulneráveis no tratamento da hipertensão arterial, este trabalho pretende contribuir para o fortalecimento das políticas públicas e para a construção de estratégias que promovam maior equidade no acesso à saúde no Brasil.

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo principal investigar os principais desafios limitantes ao acesso a medicamentos e tratamentos da hipertensão arterial

em comunidades vulneráveis, analisando fatores socioeconômicos, estruturais e institucionais, bem como o impacto das políticas públicas.

2 METODOLOGIA

Optou-se pela revisão integrativa da literatura, por se tratar de uma estratégia capaz de reunir, organizar e interpretar pesquisas já publicadas, permitindo aplicar os resultados mais relevantes à prática profissional, favorecendo a tomada de decisões baseadas em evidências consolidadas (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A busca foi realizada em agosto de 2025, nas bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, CAPES e Google Acadêmico, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): hipertensão arterial, tratamento, acesso a medicamentos, acesso ao tratamento, populações vulneráveis, vulnerabilidade socioeconômica e determinantes sociais, e operadores booleanos AND e OR, além do recurso intitle para maior refinamento.

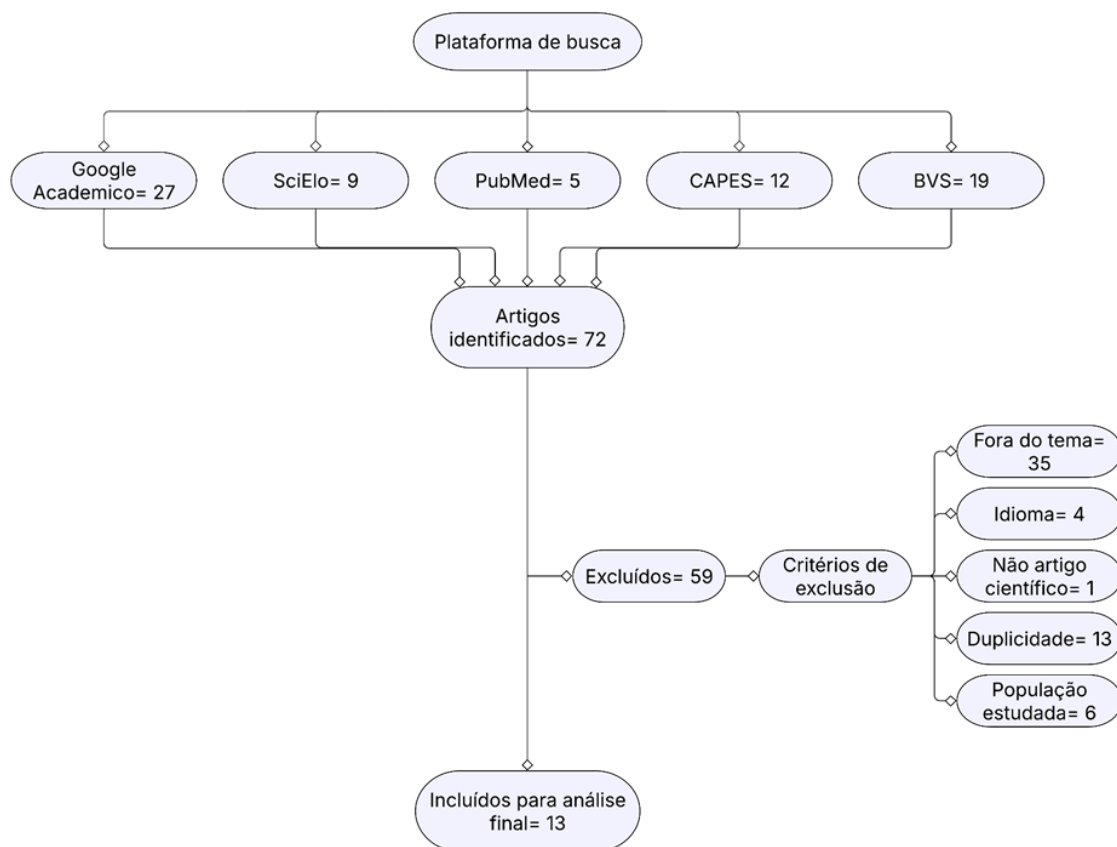
A seleção inicial dos artigos foi submetida a uma análise crítica de sua qualidade metodológica. Para garantir a robustez das evidências incorporadas na síntese, foram utilizados instrumentos específicos para avaliar a relevância e o rigor dos estudos, considerando artigos científicos publicados no período de 2023 até a data da busca, em português, que abordassem o tema de acesso a medicamentos e tratamentos para hipertensão arterial sistêmica na população brasileira. Ressalta-se que, embora a análise dos resultados considere apenas estudos de 2023 a 2025, a contextualização teórica e a fundamentação do estudo também contemplaram referências anteriores relevantes para melhor compreensão do tema.

Os critérios de exclusão foram aplicados para remover artigos duplicados, fora da temática, em outros idiomas, que não fossem científicos ou que investigassem populações diferentes do objetivo do estudo.

O processo de busca inicial resultou em 72 artigos, dos quais 59 foram excluídos por não atenderem aos critérios definidos. Assim, 13 artigos foram selecionados para a revisão. O detalhamento do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está representado no fluxograma (Figura 1).

No entanto, esta revisão integrativa apresenta limitações inerentes à sua natureza. O número restrito de bases consultadas, o recorte temporal e linguístico (somente artigos em português) e a heterogeneidade dos estudos incluídos, que variam entre análises qualitativas, epidemiológicas e revisões secundárias, podem restringir a amplitude e a comparabilidade dos resultados. Além disso, o número limitado de artigos selecionados (n=13) reduz a possibilidade de generalização ampla dos achados. Ainda assim, essas limitações não comprometem a relevância dos resultados, mas indicam a necessidade de futuras pesquisas com maior diversidade metodológica, abrangência geográfica e integração de dados multicêntricos para aprofundar a compreensão do tema.

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos para revisão integrativa da literatura.



Fonte: Brito (2025).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Quadro 1 sistematiza os 13 estudos incluídos nesta revisão, apresentando de forma organizada as principais características metodológicas, os objetivos e os achados centrais de

cada pesquisa. A análise integrada desses trabalhos permite compreender que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil é influenciada por uma multiplicidade de fatores, que se entrelaçam em diferentes níveis. Essa visão panorâmica oferece subsídios importantes para identificar lacunas no conhecimento e direcionar futuras intervenções voltadas à melhoria da adesão terapêutica no contexto nacional.

Quadro 1 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Título	Autores e ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
Estratégias de prevenção e controle da hipertensão arterial: uma revisão integrativa	Fonseca; Vieira; Dantas. (2025)	Revisão integrativa	Revisar a literatura para identificar e analisar as abordagens mais eficazes em clínica e promoção da saúde.	A adesão ao tratamento da hipertensão arterial é influenciada por fatores sociodemográficos e sociais, como sexo, escolaridade, condição econômica e acesso aos serviços de saúde.
Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos	Almeida <i>et al.</i> (2025)	Estudo avaliativo qualitativo	Avaliar o acesso à Atenção Especializada (AE) e a continuidade do cuidado para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na transição inter-níveis de assistência.	Perfil de vulnerabilidade marcado por baixa renda, baixa escolaridade, maioria de mulheres, idosos e pessoas pretas. Principais barreiras: dificuldade de agendamento de consultas e exames, rotatividade e falta de vínculo com a equipe de saúde e custos de transporte.
“ELE NÃO ADERE?!” –Revisão integrativa sobre a produção do cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	Silva <i>et al.</i> (2025)	Estudo qualitativo de revisão integrativa	Identificar as dificuldades na prestação de cuidados a pessoas com Hipertensão na Atenção Primária à Saúde (APS) sob a ótica do Trabalho Vivo.	A atenção à hipertensão arterial sofre com barreiras assistenciais do modelo biomédico. Além de obstáculos como falta de compreensão da terapia, informações pouco claras, dificuldades financeiras e efeitos colaterais contribuem para o baixo acesso e adesão aos serviços.
A mortalidade da hipertensão arterial sistêmica no estado do Tocantins: um estudo epidemiológico	Fraportti <i>et al.</i> (2025)	Estudo epidemiológico	Determinar os fatores (sociais, econômicos e estruturais) que impactam a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	A mortalidade por HAS mostrou-se mais elevada em homens, idosos, pardos e pessoas sem escolaridade, associada a baixa adesão ao tratamento, óbitos em domicílio e desigualdades regionais, evidenciando barreiras de acesso.

Título	Autores e ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde	Albuquerque; Borges; Rodrigues. (2024)	Estudo observacional	Examinar a não adesão e os fatores ligados ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em pacientes da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Não adesão ao tratamento da HAS, associada a sexo, idade, consumo de álcool, PA não controlada, reações a medicação, baixa escolaridade e pouca frequência às consultas, além de fatores como regime terapêutico complexo e falhas no vínculo com profissionais de saúde.
Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise	Coelho <i>et al.</i> 2024	Revisão sistemática	Calcular a prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população brasileira a partir de estudos que usaram instrumentos de mensuração validados.	A adesão ao tratamento da hipertensão no Brasil é baixa (44,4%), com fragilidades no manejo, desigualdade regional e limitações de programas como a Farmácia Popular. Há necessidade de estudos nacionais padronizados para identificar fatores de não adesão e orientar políticas de saúde.
Acesso a medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na população brasileira: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019	Leal; Galvão; Roncalli. (2024)	Estudo transversal	Quantificar o acesso aos medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no Brasil por via de obtenção e analisar os fatores associados, usando dados da PNS 2019.	Barreiras incluem: percepção equivocada da doença e tratamento, custo dos medicamentos, falta de acesso ao serviço público, menor escolaridade, baixa renda e ausência de plano de saúde, afetando especialmente a população socialmente vulnerável.
Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas : uma revisão sistemática	Amador <i>et al.</i> (2024)	Revisão sistemática	Analisar os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) em comunidades quilombolas.	Os determinantes sociais mais evidentes foram as condições socioeconômicas, questões discriminatórias (racismo estrutural e institucional) e condições ambientais. O isolamento geográfico, ausência de saneamento básico e dificuldade de transporte agravam a vulnerabilidade.

Título	Autores e ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área com grande vulnerabilidade social	Manso; Guimarães ; Marques. (2024)	Estudo observacional exploratório	Descrever e encontrar os possíveis fatores ligados à baixa adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos em programas de prevenção primária.	Em Duque de Caxias (RJ), os fatores mais associados à baixa adesão foram analfabetismo, idade ≥ 60 anos e uso de mais de cinco medicações, reforçando a vulnerabilidade social e a necessidade de estratégias individualizadas no cuidado
Avaliação da adesão ao tratamento não farmacológico para hipertensão arterial nos pacientes idosos.	Aguiar <i>et al.</i> (2024)	Revisão de literatura sistemática	Revisar o manejo não farmacológico da HAS, com foco na adesão a intervenções como mudanças no estilo de vida e educação em saúde.	A adesão às mudanças no estilo de vida foi baixa, influenciada por fatores socioeconômicos, polifarmácia e hábitos alimentares inadequados. Suporte familiar, grupos educativos e equipes interprofissionais aumentaram a adesão e o controle da HAS.
Fatores associados ao controle da hipertensão arterial entre usuários atendidos na estratégia saúde da família	Maciel <i>et al.</i> (2023)	Estudo transversal analítico	Verificar a proporção de pacientes em tratamento anti-hipertensivo com pressão arterial controlada e seus fatores associados.	O não controle da pressão arterial está associado ao sexo, adesão medicamentosa, acesso aos cuidados de saúde, condição socioeconômica, polifarmácia, alfabetização em saúde e demais aspectos sociodemográficos.
Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019	Silva; Fausto; Gonçalves. (2023)	Estudo de caso	Analisar a acessibilidade (geográfica e disponibilidade) da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município rural remoto do Amazonas para o controle da hipertensão.	As dificuldades enfrentadas pelas comunidades ribeirinhas, são marcadas pelo difícil acesso geográfico e custos elevados de transporte, escassez de unidades de saúde, rotatividade e falta de profissionais, além de impactos financeiros e da carência de conhecimento da população sobre seus direitos e sobre a própria doença
Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes	Almeida; Malagris. (2023)	Estudo qualitativo descritivo	Mapear os fatores (clínicos, psicológicos, comportamentais e sociais) que influenciam a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).	Entre os fatores que influenciaram negativamente a adesão destacaram-se a falta de melhora imediata, limitações psicológicas, duração e horários das consultas, além de falhas no conhecimento do profissional, explicações médicas, motivação do paciente e acesso aos medicamentos.

Fonte: Brito (2025). Elaborado a partir dos artigos revisados.

Para favorecer uma compreensão crítica, os resultados foram organizados em eixos temáticos, de modo a evidenciar convergências, divergências e lacunas entre os estudos analisados.

3.1 Determinantes socioeconômicos e educacionais

Grande parte dos estudos aponta para a influência decisiva de variáveis sociodemográficas na adesão ao tratamento. Pesquisas realizadas em diferentes regiões do país mostram que a população hipertensa é composta, em sua maioria, por idosos, mulheres e pessoas com baixa escolaridade e renda (Maciel *et al.*, 2023; Almeida; Malagris, 2023). Tais características contribuem para vulnerabilidades específicas: dificuldades de letramento em saúde, menor compreensão das orientações terapêuticas e limitação para gerenciar regimes farmacológicos complexos. No estudo de Almeida e Malagris (2023), por exemplo, a média de idade de 63 anos, associada ao predomínio de mulheres com ensino fundamental incompleto, revelou um perfil que demanda estratégias de comunicação personalizadas.

A polifarmácia é outro fator que compromete a adesão, especialmente em indivíduos com múltiplas comorbidades. Manso, Guimarães e Marques (2024), em uma coorte com 361 participantes, mostraram que 60% utilizavam cinco ou mais medicamentos, sendo que a idade acima de 60 anos e a baixa escolaridade estavam diretamente associadas ao abandono terapêutico. Esses achados dialogam com o estudo de Aguiar *et al.* (2024), que destaca a escolaridade como elemento central para o letramento em saúde, reforçando que a dificuldade de compreender o tratamento não decorre apenas da complexidade do regime, mas também da ausência de suporte educativo adequado. Revisões integrativas confirmam que a prevalência média de adesão medicamentosa no Brasil permanece baixa (cerca de 44,4%), o que reforça a magnitude do problema (Coelho *et al.*, 2024).

3.2 Barreiras estruturais e institucionais

As fragilidades da rede de atenção emergem como barreiras significativas à adesão. Em Maués (AM), Silva, Fausto e Gonçalves (2023) descrevem um cenário de vulnerabilidade acentuada: acesso restrito por transporte fluvial, ausência de unidades fixas de saúde, altos custos de deslocamento e rotatividade de profissionais, o que resulta em diagnósticos tardios e

descontinuidade no tratamento. Em contrapartida, em contexto urbano, Almeida *et al.* (2025) identificaram problemas semelhantes: demora no agendamento de consultas, dificuldade em realizar exames e perda de vínculo com os profissionais devido à rotatividade, fatores que levaram usuários a recorrerem ao setor privado, muitas vezes de forma onerosa e excludente.

No que tange à disponibilidade de medicamentos, estudos baseados na PNS e em avaliações do Programa Farmácia Popular evidenciam contradições. Leal, Galvão e Roncalli (2024) mostraram que a falta de fármacos na rede pública é uma das principais causas de não adesão, enquanto Coelho *et al.* (2024) destacaram que o programa contribuiu para ampliar o acesso e reduzir hospitalizações. A análise conjunta revela uma complementaridade: embora haja evidências de impacto positivo em nível nacional, falhas de gestão e desigualdades regionais ainda comprometem a efetividade da política. Essas diferenças também refletem a diversidade metodológica dos estudos, variando de análises locais com pequenas amostras a levantamentos nacionais com maior abrangência.

3.3 Percepções e crenças equivocadas sobre o tratamento

A dimensão subjetiva da adesão aparece de forma recorrente nos estudos. Uma parcela considerável dos pacientes interrompe a medicação quando os sintomas desaparecem ou quando acreditam estar “curados”, comportamento documentado por Leal, Galvão e Roncalli (2024). Albuquerque, Borges e Rodrigues (2024) reforçam essa percepção ao evidenciar que a automedicação esteve associada a níveis pressóricos descontrolados, revelando o risco de práticas não supervisionadas. Esse quadro se soma ao estudo que descreve o uso de terapias tradicionais, como plantas medicinais, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, como a comunidades quilombolas descritas por Amador *et al.* (2024).

Essas crenças não podem ser analisadas isoladamente: a falta de acolhimento e a comunicação deficiente por parte dos serviços de saúde contribuem para a perpetuação dessas práticas. Silva *et al.* (2025) argumentam que o modelo biomédico centrado no paciente responsabiliza exclusivamente o indivíduo, desconsiderando aspectos sociais e culturais, o que compromete a adesão. Nesse sentido, Almeida e Malagris (2023) demonstram que a ausência de orientação clara aumenta a confusão e leva à interrupção do tratamento. Assim, há uma convergência entre estudos ao evidenciar que a adesão não se resume ao fornecimento do

medicamento, mas envolve a qualidade da comunicação e do vínculo entre usuários e profissionais.

3.4 Desigualdades raciais e regionais

A literatura revisada evidencia que a raça/cor e a localização geográfica desempenham papel determinante nos desfechos relacionados à HAS. Em Niterói, Almeida *et al.* (2025) identificaram maior vulnerabilidade entre pessoas pretas e pardas, com baixa renda e baixa escolaridade, apontando para o entrelaçamento de desigualdades raciais e socioeconômicas. Em comunidades quilombolas, Amador *et al.* (2024) mostraram que o racismo estrutural, a insegurança alimentar e a ausência de saneamento básico contribuem para o adoecimento precoce e a baixa adesão ao tratamento. Já Fraportti *et al.* (2025), ao analisar dados de mortalidade no Tocantins, observaram maior prevalência de óbitos por HAS entre homens, idosos, pardos e sem escolaridade, com destaque para a elevada proporção de mortes domiciliares, o que sugere falhas de acompanhamento.

No âmbito das políticas públicas, Leal, Galvão e Roncalli (2024) e Coelho *et al.* (2024) ressaltam desigualdades regionais no acesso a medicamentos, ainda que cheguem a conclusões parcialmente distintas: enquanto Leal, Galvão e Roncalli denunciaram falhas de abastecimento em regiões específicas, Coelho *et al.* demonstraram que, em nível agregado, o Farmácia Popular ampliou o acesso e reduziu custos. Em conjunto, os estudos demonstram que, embora políticas universais tenham ampliado a cobertura, desigualdades estruturais continuam a afetar de forma mais intensa populações negras, pobres e residentes em áreas remotas.

3.5 Estratégias de enfrentamento e papel do SUS

Os resultados também destacam experiências positivas e estratégias promissoras. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é descrita como arranjo fundamental para garantir acompanhamento longitudinal e fortalecer vínculos com a comunidade (Maciel *et al.*, 2023). Aguiar *et al.* (2024) relatam o impacto de intervenções educativas e de visitas domiciliares na melhora da adesão, ao passo que Fonseca, Vieira e Dantas (2025) evidenciam o papel do suporte familiar e das equipes multiprofissionais no fortalecimento do autocuidado. Esses

achados convergem para mostrar que a adesão é favorecida quando o cuidado é compartilhado, contínuo e centrado no paciente.

Em escala nacional, o Programa Farmácia Popular aparece como uma das principais políticas de acesso. Coelho *et al.* (2024) documentam sua contribuição para reduzir internações e custos relacionados à HAS, enquanto Leal, Galvão e Roncalli (2024) apontam fragilidades como desabastecimento e cobertura desigual entre regiões. As leituras permitem concluir que, apesar de avanços conquistados, a efetividade dessas políticas depende da regularidade do financiamento, da governança local e da articulação intersetorial.

3.6 Síntese final

A adesão ao tratamento da HAS em populações brasileiras vulneráveis é comprometida por uma combinação de fatores. Condições socioeconômicas, barreiras estruturais, crenças equivocadas e desigualdades regionais e raciais fragilizam a continuidade do tratamento. Embora estratégias como a Atenção Primária, apoio familiar e o Programa Farmácia Popular mostrem potencial, sua eficácia é limitada por problemas operacionais e cobertura desigual.

Os achados sugerem duas necessidades urgentes: fortalecer o SUS com investimentos e inovações que integrem o cuidado biomédico ao contexto social e cultural dos usuários, e realizar mais estudos multicêntricos, focando em grupos e regiões negligenciadas, para subsidiar políticas públicas mais eficazes e equitativas.

4 CONCLUSÃO

A revisão integrativa realizada neste estudo demonstrou a natureza complexa e multifacetada da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil. Longe de ser um problema de responsabilidade individual, a não adesão está profundamente enraizada em um entrelaçamento de determinantes sociais e estruturais. Este estudo contribui de forma original ao sintetizar, de maneira inédita, evidências dispersas que revelam como as iniquidades em saúde, especialmente o racismo estrutural e institucional, impactam diretamente o acesso e a continuidade do cuidado, particularmente em populações vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas. A análise integrada dos estudos

incluídos preenche uma lacuna importante na literatura, ao evidenciar que a percepção equivocada da desnecessidade do uso contínuo da medicação, a rotatividade de profissionais e as dificuldades de agendamento de consultas emergem como fatores-chave do descontrole da doença, dialogando com as vulnerabilidades socioeconômicas e raciais.

Diante desse cenário, as implicações para as políticas públicas e práticas profissionais são claras e urgentes. Para a prática profissional, é imperativo que a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), adote uma abordagem que transcenda o modelo biomédico. Recomenda-se o fortalecimento de equipes multiprofissionais com formação continuada e sensibilidade cultural para atuar em contextos de alta vulnerabilidade social. Além disso, a implementação de intervenções educativas humanizadas e focadas em letramento em saúde é crucial para fortalecer o vínculo entre profissionais e pacientes, desconstruindo crenças equivocadas e promovendo a autonomia no autocuidado.

Para as políticas públicas, é essencial que os gestores de saúde promovam ações concretas para enfrentar as desigualdades regionais e raciais. É necessário investir na ampliação e reestruturação do Programa Farmácia Popular, garantindo que a cobertura seja mais equitativa e superando os problemas de desabastecimento. A garantia de financiamento regular para o SUS é fundamental para reduzir a rotatividade de profissionais e as barreiras de acesso aos serviços e medicamentos. Finalmente, é crucial o desenvolvimento de estratégias intersetoriais que articulem saúde, educação e assistência social para abordar os determinantes sociais que perpetuam as desigualdades.

Em suma, este estudo reforça a necessidade de um olhar mais abrangente e crítico sobre a adesão ao tratamento da HAS. As futuras pesquisas devem aprofundar a avaliação da efetividade de intervenções multiprofissionais e de modelos de cuidado que integrem saberes tradicionais, para assegurar uma atenção em saúde mais justa, equitativa e de qualidade para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. V. F. B. *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento não farmacológico para hipertensão arterial nos pacientes idosos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 12, p. 2423–2455, 2024. DOI: ds\10.36557/2674-8169.2024v6n12p2423-2455.
- 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.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e230594pt, 2025. DOI: 10.1590/S0104-12902024230594pt.
- ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação de fatores de influência na adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 19, n. SPE1, p. 33-42, 2023. DOI: 10.5935/1808-5687.20230032
- AMADOR, E. O. *et al.* Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e14922-e14922, 2024. DOI: 10.25248/reas.e14922.2024
- COELHO, J. C. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e19282022, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024298.19282022
- FONSECA, O. N.; VIEIRA, J. P. P.; DANTAS, M. I. J. S. Estratégias de prevenção e controle da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 4, p. e7908-e7908, 2025. DOI: 10.56083/RCV5N4-048
- FRAPORTTI, W. R. *et al.* A mortalidade da hipertensão arterial sistêmica no estado do Tocantins: um estudo epidemiológico. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 10, 2025. DOI: 10.36692/V17N1-06
- LEAL, A. A. F.; GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, Â. G.. Acesso a medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na população brasileira: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00241022, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT241022.
- MACIEL, A. P. F. *et al.* Fatores associados ao controle da hipertensão arterial entre usuários atendidos na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Online**, [S. l.], v. 15, p. 12636–12636, 2023. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12636

MANSO, V. J. R.; GUIMARÃES, R. M.; MARQUES, J. M. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em área com grande vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2024;Vol.31(1):16-24. DOI: 10.47870/1519-7522/2024310116-24

SANTIAGO, E. R. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos do sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 687-695, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190145.

SILVA, A. M.; FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. **Cadernos de saúde pública**, v. 39, p. e00163722, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT163722

SILVA, S. P. R. L. *et al.* “Ele não adere?!”—Revisão integrativa sobre a produção do cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 11, n. 1, p. 111-123, 2025. DOI: 10.22289/2446-922X.V11A1A8

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

Diretrizes para submissão de artigos ao periódico “Brazilian Journal of Development”

Diretrizes para autores

A BJHR aceita apenas artigos originais, não publicados em outros periódicos. Aceitamos artigos apresentados em eventos, desde que essas informações sejam disponibilizadas pelos autores.

A revista aceita artigos submetidos em português, inglês, espanhol ou francês.

Os padrões para formatação e preparação de originais são:

- Não máximo de 20 páginas;
- Máximo 8 autores;
- Fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5;
- As Figuras e Tabelas devem aparecer junto com o texto, editável, em fonte 10, tanto para o conteúdo quanto para o título (que deve vir logo acima dos elementos gráficos) e fonte (que deve vir logo abaixo do elemento gráfico).
- Título em português, inglês e espanhol, no início do arquivo, com fonte 14;
- Resumo, acompanhado de palavras-chave, com espaçamento simples, logo abaixo do título;
- O arquivo submetido não deverá conter a identificação dos autores.
- Para baixar o Template para autores clique [aqui](#)

Ao receber os originais, o editor faz uma revisão prévia de adequação do conteúdo e verificação de plágio e os envia, em até uma semana após o recebimento, para análise de pelo menos dois revisores externos, que podem: aceitar o artigo, aceitar com modificações, exigir modificações e solicitar nova versão para correção ou recusa do artigo.

Este periódico adota como política editorial as diretrizes de boas práticas de publicação científica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração (ANPAD), disponíveis em:

http://www.anpad.org.br/diversos/boas_praticas.pdf .

Extraído de:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/about/submissions>. Tradução automática do site. Acesso em 11 out. 2025.

Comprovante de submissão de artigo:

[BJHR] Submission Acknowledgement

1 mensagem

Editorial Team <contato@brazilianjournals.com.br>

17 de outubro de 2025 às 00:11

Responder a: Editorial Team <editor.bjhr@brazilianjournals.com.br>

Para: Lorena Crsitina Marques de Brito M Brito <aac.lorenamarques@gmail.com>

Hello,

Thank you for submitting the manuscript, "O ACESSO A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: ACCESS TO MEDICATIONS AND TREATMENTS FOR SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN VULNERABLE POPULATIONS" to Brazilian Journal of Health Review. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Submission URL: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/authorDashboard/submission/82877>

Username: amarqueslorena

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

Editorial Team

Brazilian Journal of Health Review

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR>

Contato:

E-mail: editor.bjhr@brazilianjournals.com.br

WhatsApp: (41) 99591-3404

If you'd like to unsubscribe and stop receiving these emails [click here](#) .