

Manifestações e atitudes acerca das dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico por idosos hipertensos sob atenção primária à saúde

Manifestations and attitudes regarding difficulties in adhering to pharmacological treatment among elderly hypertensive patients in primary care setting

Beatriz de Melo Silva¹
ORCID: 0009-0007-2441-088X

Fernanda Galvão Canda Kimura Dias²
ORCID: 0000-0003-1423-5487

Paula Yuri Sugishita Kanikadan³
ORCID: 0000-0003-2934-5152

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de alta prevalência e impacto na vida da população idosa, enfatizando-se a necessidade de um tratamento constante e adequado, cujo impacto é crucialmente influenciado por agentes multifatoriais como adesão farmacológica e o uso racional de medicamentos. **Objetivos:** compreender a não aderência farmacoterapêutica em idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo de descrição e análise de conteúdo realizado com 20 pacientes idosos hipertensos, que possuíam dificuldades na adesão ao plano terapêutico proposto e que estavam adscritos em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Sul de São Paulo. A coleta de dados se deu através de entrevistas em profundidade baseadas em um questionário com perguntas previamente formuladas, no período de janeiro a fevereiro de 2024. Para a posterior análise de conteúdo utilizou-se a metodologia de Laurence Bardin. **Resultados:** a adesão medicamentosa por parte de idosos hipertensos apresentou diversos fatores de interferência como falhas de memória, etilismo, efeitos secundários da farmacoterapia, polifarmácia, percepção limitada dos benefícios do tratamento, baixa disponibilidade dos medicamentos e baixa compreensão da própria doença, privilegiando o direito de autonomia para gerenciar o próprio tratamento. **Conclusão:** a adesão farmacoterapêutica é multifatorial, o que ressalta a relevância de um atendimento que adote a perspectiva do paciente como um ser biopsicossocial, levando em consideração a sua individualidade e demandas particulares, permitindo assim a identificação dos sentimentos subjacentes ao diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: adesão à medicação; atenção primária à saúde; idoso; hipertensão; saúde pública; doença crônica

Abstract

Introduction: Systemic Arterial Hypertension is a disease with high prevalence and impact on the lives of the elderly population, emphasizing the need for constant and adequate treatment, whose impact is crucially influenced by multifactorial agents such as pharmacological adherence and rational use of medicines. **Objectives:** This study aims to understand pharmacotherapeutic non-adherence among elderly people with hypertension treated at a Primary Healthcare Unit. **Materials and Methods:** It is a qualitative study involving description and content analysis, conducted with 20 elderly hypertensive patients who had difficulties adhering to the proposed therapeutic plan and were registered at a Primary Healthcare Unit in the South Zone of São Paulo. Data collection took place through in-depth interviews based on a questionnaire with pre-formulated questions, from January to February 2024. Laurence Bardin's methodology was used for subsequent content analysis. **Results:** Medication adherence among hypertensive elderly people was affected by several factors, such as memory lapses, alcoholism, side effects of pharmacotherapy, polypharmacy, limited perception of the benefits of treatment, low availability of medications and low understanding of the disease itself, connected to the right to autonomy to manage one's own treatment. **Conclusion:** pharmacotherapeutic adherence is multifactorial, which highlights the relevance of care that adopts the patient's perspective as a biopsychosocial being, taking into account their individuality and particular demands, thus allowing the identification of the feelings underlying the diagnosis and treatment.

Keywords: medication adherence, primary health care, aged, hypertension; public health; chronic disease

¹ Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: melo.slvbeatriz@gmail.com

² Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, São Paulo, Brasil. fgkimura@prof.unisa.br

³ Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, São Paulo, Brasil. psugishita@prof.unisa.br

Introdução

O fenômeno da globalização e da instalação da urbanização no Brasil teve como consequência a mudança de importantes aspectos sociais que impactaram de forma significativa na transição demográfica e epidemiológica do país. Assim sendo, é notável o declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias da década de 40 aos dias atuais, com a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis com o passar dos anos ^{1,2}.

Agrega-se a essa realidade, o fato de que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada como uma doença bastante prevalente entre o que se enquadra como doenças cardiovasculares ³. Conforme as Estimativas Globais de Saúde, elaboradas pela OMS, as doenças cardiovasculares estão entre a principal causa de morte do mundo e, em complementação, as doenças crônicas não transmissíveis passaram a constituir sete entre as dez doenças que mais matam no mundo. Sendo assim, se reforça o impacto da HAS na saúde pública e o seu enquadramento como doença crônica não transmissível, enfatizando a importância de concentrar esforços na atenção primária para lidar com as adversidades associadas a essa doença ⁴.

Pelo fato da Hipertensão Arterial ser uma condição crônica, é crucial discutir sua prevalência na população idosa. Conforme o estudo de Lopes, a HAS se mostra prevalente em aproximadamente 65% dessa população, contribuindo com 45% das mortes causadas por doenças cardiovasculares ⁵. Diante disso, se enfatiza a importância de um tratamento constante, habitual e controlado para a HAS, que estime o controle da pressão arterial e leve em consideração a aderência terapêutica,

visto que o controle inadequado dessa doença a longo prazo pode acarretar diversos outros danos secundários como insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio e desenvolvimento de problemas cardíacos como hipertrofia do coração e insuficiência cardíaca ⁶.

Em complementação, em um estudo transversal de base populacional realizado no Brasil, a prevalência de baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas foi de 30,8%, sendo que apenas 2,6% da população entrevistada foi enquadrada como aderente ⁷. Assim sendo, os resultados da pesquisa supracitada expõem que a população brasileira apresenta um obstáculo a ser enfrentado no que diz respeito a adoção efetiva do tratamento medicamentoso.

Outrossim, a HAS não controlada em idosos está intimamente relacionada com a não adesão medicamentosa ⁸. Dessa forma, é de extrema relevância abordar tópicos que possam estar interferindo negativamente no processo de adesão farmacológica por parte dessa população. Para isso, muito além de uma abordagem quantitativa, se faz necessário escutar o idoso de forma ativa, para que seja possível compreender quais aspectos estão induzindo à dificuldade em aderir ao plano terapêutico.

Além do mais, é válido retomar que com a recorrência de doenças há o aumento da frequência do uso de medicamentos pela população, o que tem ocasionado problemas no que tange à prescrição adequada, utilização, adesão, entre outros ². Além do incremento da polifarmácia, o envelhecimento da população também inferiu mudanças no que diz respeito à priorização do caráter preventivo das ações de promoção à saúde, enfatizando que a utilização coerente de medicamentos é fundamental para a transformação das políticas de saúde ⁹.



Adicionalmente, o uso racional dos medicamentos é uma pauta que circunda o tratamento da HAS, abordando uma variedade de temas como o acesso da população aos medicamentos em doses e períodos adequados, buscando minimizar os custos para os pacientes e suas comunidades, além de oferecer orientação e educação sobre seu uso correto. Essa abordagem busca contribuir para as mudanças necessárias de políticas de saúde frente às novas demandas da população ^{4,9}. Assim sendo, diante dos obstáculos apresentados pelo uso irracional de medicamentos, a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, implementou questões que tangem a promoção do uso racional de medicamentos, propondo ações de farmacovigilância, capacitação de profissionais, incentivo do desenvolvimento científico e tecnológico, entre outros ¹⁰.

Tratando-se da adesão ao tratamento e do uso racional de medicamento, fica evidente que são fenômenos complexos e multifatoriais, de modo que se torna necessário levar em consideração o contexto cultural, social, psicológico, físico e comportamental do paciente para que, então, seja viável o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, que necessita atribuir a si mesmo um papel ativo no cuidado à saúde ¹¹. Logo, infere-se que a relação médico-paciente, muito além de se basear em um receituário, deve abranger a educação em saúde e o desenvolvimento do interesse do enfermo em aderir ao tratamento.

Para mais, é significativo o fato de que há fatores que implicam na adesão aos fármacos utilizados para doenças crônicas. Por conseguinte, é válido citar que a baixa autopercepção de saúde, efeitos secundários da farmacoterapia, a falta de

disponibilidade e o custo de medicamentos são uns dentre tantos outros fatores que podem intervir na efetividade do tratamento para HAS. Outrossim, há estudos que comprovam o impacto da polifarmácia na adesão do tratamento, mostrando que idosos com alta prevalência de comorbidades demonstram redução significativa do uso de medicamentos anti-hipertensivos ⁷.

As doenças crônicas também exercem impacto significativo no psicológico dos doentes. Assim, é comum que haja o desenvolvimento de sentimentos como ansiedade, medo e outras emoções decorrentes da presença da doença e todos os anseios e incertezas que ela carrega. Tal realidade converge para a magnitude que a educação em saúde e uma escuta qualificada e humanizada pode exercer no que sucede à melhoria da qualidade de vida do paciente ¹².

A compreensão da perspectiva do paciente é dotada de uma contribuição significativa para o entendimento dos fatores que estão colaborando para a não adesão farmacológica e, de certa forma, dos impactos a longo prazo que a doença crônica proporciona. Portanto, se evidencia o papel do estudo qualitativo para o cumprimento desse objetivo, visando enxergar o indivíduo como dotado de valores e expectativas que resultam em diferentes significados em relação ao manejo de sua condição ¹¹.

Em suma, é fundamental que o doente adquira confiança na equipe de saúde e no processo de mudança de hábitos, para evitar que emoções negativas e a falta de conhecimento o deixem influenciar na adesão ao tratamento farmacológico. Logo, é necessário que além do fornecimento e disponibilidade adequada de medicamentos por parte da entidade governamental, os profissionais acompanhem os pacientes com doenças crônicas de modo a proporcionar



conhecimentos atualizados sobre a doença, promovendo uma comunicação efetiva e traçando metas tangíveis em conjunto ^{11,12}.

Dessa forma, o respectivo estudo teve como objetivo ampliar a compreensão acerca da não aderência ao plano terapêutico de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde que sejam diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica. Além disso, buscou-se compreender os fatores, contextos e significados que levam a população idosa a não aderir ao plano medicamentoso e acatar a perspectiva do idoso para o melhor entendimento dos fatores que interferem negativamente na adesão farmacológica para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de descrição e análise de conteúdo, realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) baseada na Estratégia de Saúde da Família, localizada na Zona Sul da cidade de São Paulo. A escolha desse local foi motivada pela proximidade e familiaridade com a área de atuação da instituição dos pesquisadores, buscando facilitar o planejamento e a implementação do estudo, considerando a experiência prévia com a realidade daquela comunidade. Os dados foram coletados através de entrevistas que conjecturam perguntas previamente formuladas, desenvolvidas entre janeiro e fevereiro de 2024 em visitas domiciliares.

O estudo definiu o público-alvo a partir da seleção de uma amostra não probabilística e intencional. Os sujeitos foram selecionados a partir de uma pactuação com a UBS, dando prioridade para os pacientes classificados como potenciais usuários com dificuldades de adesão ao tratamento para HAS.

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com ou sem outras comorbidades, adscritos na UBS e que estavam apresentando dificuldades na adesão ao plano terapêutico elaborado por sua equipe de saúde. Ao fim, foram selecionados 20 pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão para comporem a amostragem da pesquisa.

Para a coleta de dados, o projeto contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Santo Amaro e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo sob o parecer n^o 6.296.275 e 6.479.419, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde ¹³. A pesquisa também foi substanciada pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade e os participantes foram informados sobre a finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A partir do elenco de usuários definidos pela UBS, foram entrevistados os indivíduos que relataram possuir dificuldades em aderir à medicação para o tratamento de hipertensão arterial. Portanto, foram realizadas entrevistas em profundidade nas residências dos sujeitos da pesquisa, a partir de visitas domiciliares pré-agendadas com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Durante essas visitas, os pacientes que concordaram em participar da pesquisa foram encaminhados para a realização da entrevista em profundidade, a qual se baseou na resposta a perguntas disparadoras que visavam motivar o sujeito a manifestar crenças, motivações, atitudes e sensações sobre um determinado assunto ¹⁴. Embora o processo tenha contado com o acompanhamento integral dos ACS na orientação das visitas domiciliares, não houve participação desses profissionais



nas entrevistas, de modo que as mesmas foram conduzidas única e exclusivamente pelos pesquisadores do estudo, os quais não possuíam vínculo ou relação com a equipe de saúde da unidade básica onde a pesquisa foi realizada.

Assim, foi aplicado um questionário durante a visita domiciliar a fim de detectar dificuldades no que tange a adesão medicamentosa por parte dos pacientes hipertensos que se enquadrem nos critérios selecionados para a formulação da amostra. O questionário foi elaborado com perguntas abertas, buscando compreender de que forma e por que os idosos estão enfrentando dificuldades para aderir ao tratamento. O questionário foi baseado nos estudos de Haynes e Oliveira, e adaptado conforme as necessidades da pesquisa^{15, 16}. Nesta adaptação, questões de identificação específicas foram adicionadas, além de terem sido selecionadas perguntas mais assertivas para a extração das informações pelos pacientes. Essa abordagem foi desenvolvida com o objetivo de manter um número adequado de perguntas com maior potencial de estimular a fala dos participantes e promover respostas mais precisas.

As entrevistas foram gravadas por um dispositivo móvel e posteriormente transcritas manualmente, com o objetivo de tornar o material de pesquisa mais inteligível e facilitar a identificação das categorias temáticas. Ademais, para Queiroz, a transcrição manual de um documento oral para um documento escrito é crucial para a reprodução dos acontecimentos, visto que a utilização de softwares para a realização de transcrições pode alterar a veracidade do ocorrido visto que entonação, ênfase e pausas utilizadas pelo entrevistador estão inseridas em um contexto social e verbal que podem influenciar na interpretação. Desse modo, a entrevista teve a necessidade de

ser transcrita manualmente com a finalidade de refletir fielmente a forma como as perguntas foram formuladas e respondidas¹⁷.

Os sujeitos submetidos às entrevistas tiveram seus nomes codificados para a manutenção de sua privacidade. Dessa forma, o primeiro entrevistado foi identificado como E1, o segundo como E2 e assim sucessivamente.

A análise dos dados foi estabelecida a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, de forma que o processo foi dividido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos¹⁸.

Ao decorrer da fase de pré-análise houve a organização do material de pesquisa a ser analisado. Durante esse período, foi realizada uma leitura fluente do material com a finalidade de definir trechos significativos para compor as categorias. Após a organização, a segunda fase de exploração do material baseou-se na aplicação do que foi definido na fase anterior, permitindo a delimitação dos trechos de interesse, os relacionando com as categorias criadas.

Dessa maneira, foi possível prosseguir para a terceira e última fase, que diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, em que se fez necessário criar relações entre os dados obtidos com bases literárias, científicas, manuais acadêmicos, políticas de saúde, entre outros.

Resultados

Dentre os 20 entrevistados, a maioria (80%) era do sexo feminino e a idade dos participantes variou entre 61 e 86 anos. Ademais, verificou-se que 65% eram casados, 20% eram viúvos, 10% eram divorciados e apenas 5% se declararam como solteiros. Quanto aos



medicamentos da polifarmácia, além dos medicamentos anti-hipertensivos, boa parte dos idosos faziam uso de antidiabéticos, antiplaquetários, antidiabéticos, inibidores da bomba de prótons, entre outros.

As entrevistas foram estruturadas com base em um questionário previamente formulado, explorando as ideias e falas e interpretando-as com base nos referenciais teóricos. Essa abordagem busca elucidar significados que reverberam de forma ampla no grupo de estudo selecionado. Assim, mesmo com as peculiaridades e diversidades das falas obtidas durante a fase de campo, ainda foi possível detectar similaridades e temáticas que se apresentaram com maior intensidade¹⁴.

Dessa forma, a análise da fala de idosos não aderentes resultou na produção de categorias, classificadas a partir das formações discursivas, discutidas a seguir. Assim sendo, durante as entrevistas foram emanadas as seguintes categorias que permeavam às falhas de adesão terapêutica: falta de adesão aos medicamentos devido à falhas de memórias, percepção clínica e autonomia do paciente: entendimentos equivocados sobre o impacto da doença, alcoolismo, efeitos secundários da farmacoterapia, polifarmácia, percepção superficial dos benefícios e baixa disponibilidade de medicamentos na rede pública.

Falta de adesão aos medicamentos relacionada às falhas de memórias

As falhas de memória se pontuaram como um fator importante no que condiz à produção de interferências na adesão diante de um plano terapêutico previamente estruturado:

“Eu não sei nada, sei de nada. Nada. Não “alembro” de nada, esqueço de tudo. Eu sabia de mês, dos anos que eu nasci, os anos que meus pais “viveu”, os anos que

meus pais “morreu” e não sei mais de nada.” (E1)

“Não te digo nada que eu sei [...] não me “alembro” de nada [...] eu só “alembro” de Deus, que eu não posso esquecer dele. Que ele tá me segurando aqui oh! Mas outra coisa não.” (E1)

“Às vezes eu esquecia..., mas agora como eu vi que eu passei mal e agora não tem ninguém pra me socorrer, aí eu tenho que tomar direto, né?” (E19)

“Ele [marido] não toma, porque disse que esquece.” (E20)

Embora não seja uma constante, a associação entre o uso dos medicamentos de forma adequada e a mudança de hábitos diários pode ser um fator que interfere na adesão medicamentosa e contribui para esquecimentos:

“Não! Agora... eu esqueci de levar o de pressão ontem “pra” tomar no caminho, né? Porque a gente saiu daqui cedo e eu não cheguei a levar. Só porque eu esqueci, né? Com aquele alvoroço de sair, né? Aí eu esqueci de colocar na bolsa.” (E12)

“Tem que demorar um pouco “pra” depois tomar os outros. Porque ontem eu me esqueci daquele... o da diabetes, que eu não tenho dormido direito, aí no outro dia com esse sono que eu “tô” tem noite que eu quase... era até “pra” falar com a doutora, “pra” ela passar um remédio “pra” dormir.” (E18)

Diante disso, reforça-se a necessidade de uma análise individual de cada paciente, visto que além das variações na capacidade de memória e cognição, a questão de oscilações e peculiaridades do cotidiano também devem ser exploradas para compreender as dificuldades de adesão farmacológica.

Percepção Clínica e a Autonomia do Paciente: entendimentos equivocados sobre o impacto da doença

A partir da avaliação das entrevistas, verifica-se uma interpretação errônea da importância clínica da Hipertensão Arterial Sistêmica, de modo que não há a percepção adequada por parte dos idosos e/ou cuidadores da gravidade e dos riscos que a doença os expõe:

“É porque não se lembra que vai morrer! É, ele mesmo não sabe que qualquer hora infarta e aí morre. É... Deus toma de conta, né? Ele não liga não. Ele não tem medo não [...] falei: “[...] toma os remédios direito”, aí eu vou, explico como é, aí ele ‘ai, tomei três de uma vez’, e aí é assim.” (E3)

“Então! Eu “tô” medindo todos os dias, né? Tá entre 13, 14, 13, 14. Esses dias foi pra 18 e a língua dela enrolou [...] E aí chegou em 13, aí eu falei ‘ah, agora fica monitorando’, né, aí acabei nem levando, aí eu tenho que ver, né?” (E17)

“[...] a pressão dela “tava” muito nas alturas. Ela não “tava” tomando as medicações direitinho e acabou tendo infarto, não foi?” (E19)

Além do mais, o autocuidado possibilita a pessoa idosa o desenvolvimento de sentimentos de segurança e autonomia para administrar o próprio tratamento:

“Na hora que eu vou tomar eu meço a pressão, se tiver normal eu não tomo. Agora se já tiver um pouquinho alta aí eu tomo o remédio.” (E13)

“Olha, essa semana eu tomei [o medicamento da pressão] uma vez. Só uma vez, porque ela subiu. Hoje ela tá... hoje ela já tá... tá 11,

eu já medi duas vezes. Hoje eu não tomei não.” (E13)

O sentimento de autonomia para alterações na terapia também se demonstrou estabelecido pela tentativa de recompensar atrasos na medicação:

“É... aí quando ele toma, ele toma... pode ser, ele toma dois, três ao mesmo tempo, engolindo tudo junto e ele fica meio tonto. [...] Sempre que ele toma, ele fica tonto. Aí eu digo, com vinho você não fica tonto e com remédio você fica.” (E3)

Verificou-se em alguns discursos que as falhas no seguimento do tratamento proposto também demonstram uma estratégia terapêutica objetivando o bem-estar e, portanto, deixam de ser vistos como não adesão medicamentosa e passam a ser interpretados por esses idosos como atitude de resguardo ou proteção:

“Se eu tomar o chá e não baixar aí eu já sei que eu tenho que tomar mais dois comprimidos ou se não tem que chamar ela mais o XXX “pra” me levar “pro” médico. [...] tomo chá, aí vai moderando, moderando, moderando. Aí eu vou ver “tá” 15 por 8. Amém! Não vou tomar remédio hoje [risos].” (E20)

“Eu gosto muito de tomar é chá, que muitas das vezes o chá resolve mais do que os remédio aí [...] é mais saudável.” (E13)

Alcoolismo

O etilismo pode ter sido um empecilho para a adesão farmacológica na população estudada:

“Eu “tava” tendo [dificuldades], porque eu “tava” bebendo... Eu “tava” bebendo. Bebia muito, tinha vezes que passava um mês



sem tomar remédio, bebendo.”
(E5)

“Eu tinha medo de misturar bebida com remédio. [...] Quando eu tomava bebida eu não bebia o remédio e quando eu bebia o remédio eu não tomava a bebida, entendeu?” (E5)

“Dificuldade é que ele toma no dia que ele quer! No dia que ele acha melhor tomar o vinho...” (E3)

O uso de álcool demonstrou ser um fator psicossocial que marcou negativamente o tratamento farmacológico, de forma que o uso de bebidas alcoólicas se tornou um fator excludente para a adesão terapêutica dentre os entrevistados que faziam consumo. A mudança desse hábito requer muito esforço, visto a necessidade de romper com comportamentos que muitas vezes já estão enraizados por motivos diversos como influências sociais e culturais, condições cotidianas, entre outros.

Efeitos secundários da farmacoterapia

Os efeitos colaterais provenientes do tratamento proposto resultam em uma utilização irregular ou interrupções na terapia:

“É... eu “tava” fazendo muito xixi, que eu “tava” tomando. Aí eu parei.” (E17)

“Porque às vezes você toma um comprimido desse, você não pode tomar ele com o estômago vazio. Bom, pelo menos meu problema. Se eu tomar com estômago vazio me dá dor de estômago, já o chá não. O chá não me dá nada.” (E13)

“É que ela fazia xixi tudo na roupa, não aguentava chegar no banheiro, né? E aí como ele é diurético e ela já tem incontinência urinária, aí ela parou. Mas será que prejudica? Que ela tá tomando propranolol.” (E17)

“Só que eu não gosto de tomar quando eu saio. Esse aqui, olha. Porque eu urino muito. Eu quase urino na roupa.” (E19)

Nesse contexto, é relevante ressaltar que a experiência que o idoso tem com a farmacoterapia pode influenciar na adesão ou não ao tratamento e, por esse motivo, o acompanhamento longitudinal e individualizado seria ideal para detectar esses problemas e realizar ajustes na prescrição^{11,16}. Além do mais, apesar de não ser uma constante, foi observado nas falas a correlação da não adesão com a falta de compreensão sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos somada a sentimentos de incerteza:

“Agora que ele começou que eu “tô” com medo e “tô” contando assim, por causa dessa disenteria dele, que “tô” achando que foi remédio, que eu “tô” dando muito remédio.” (E4)

“Mas aí ele “tava” dando umas manchas no braço dele, aí às vezes ele toma e às vezes não toma. Esse aí [AAS] ele não toma direito não [...] ele não toma, ele toma mesmo só quando tá com muita dor que aí eu dou pra ele, entendeu?” (E4)

Polifarmácia

Com o processo de envelhecimento, surge a nova necessidade do consumo rotineiro de medicamentos diversos. Com isso, durante a análise das entrevistas foi detectado o impacto desse novo hábito na adesão medicamentosa:

“Às vezes eu me engano e tomo um pensando que é outro. Às vezes eu... eu pego e penso que é ele, mas não é ele” (E11)

“Então não “tava” sabendo. Aqui “tava” tudo desorganizado, que eu me... desorganizada, menina! Eu não vou negar. Eu tenho que parar



pra colocar um por um (na caixa de organização).” (E19)

esses daqui, olha. Sinvastatina, vasopril...” (E16)

Foi observado também que alguns idosos, além de gerir o próprio cuidado, também possuíam o papel de cuidadores no ambiente em que estavam inseridos. Assim sendo, a polifarmácia aliada à sobrecarga desses indivíduos se instala como um fator confusional:

“É esse aqui que eu tenho mais dificuldade. É esse aqui, que ele tem que tomar quatro comprimidos por dia. Esse eu “tô” meio perdida, perdidinha da vida, porque é quatro vezes “o” dia. Aí é pra ser dois no café, um no almoço e um na janta e ele só tá mais tomando mais é de manhã.” (E4)

Além disso, quando questionados sobre os medicamentos utilizados verificou-se certa dificuldade por parte dos idosos em recordar os nomes dos remédios específicos que estavam tomando, o que também pode ser atribuído ao fator de estarem utilizando múltiplos medicamentos simultaneamente.

“Vish Maria. É isso meu problema, que eu tenho que achar a receita pra te dar pra você ver.” (E5)

“Vish... Falar tudo agora não vou lembrar não.” (E8)

“[...]Eu tenho que pegar, né? tiazida e outro branquinho que eu não sei o nome dele, é ben... não sei o que. É três de pressão.” (E10)

“Eu sei! O de pressão né? O de diabetes e AAS, e qual é o outro meu Deus?... é quatro né, XXX? Não, de colesterol eu não tomo não, de colesterol não.” (E12)

“Eu tomo... Vish Maria, não sei dizer. Eu não sei falar o nome todo. Pera aí! [pausa] Então, são

Percepção superficial dos benefícios

Além de possuírem uma compreensão equivocada da gravidade da Hipertensão Arterial Sistêmica, quando questionados sobre os benefícios dos medicamentos alguns idosos apresentaram uma percepção superficial:

“Eu “tô” tomando uns remédios que tem aí que eu nem sei nem pra que que serve. Tem pessoal que fala “pra que que serve esse remédio?” e eu “não sei” ...” (E5)

“Ó, eu sei... é esse que eu não sei pra que que serve. Eu sei que esse aqui [losartana] é pra ajudar fazer urina, xixi, né?” (E5)

“Pra ficar bem ou melhorar.” (E8)

“Benefícios pra minha saúde, né? faz bem, né?” (E10)

“Serve pra pressão alta... pra diabete... pro colesterol. É isso.” (E11)

“É pra pressão.” (E14)

“É... é por causa da pressão, né? Pra não subir” (E16)

“Não sei não.” (E17)

“Minha “fia”, porque deixa de subir a pressão, né? Somente.” (E20)

Baixa disponibilidade de medicamentos na rede pública

A falta de acesso aos medicamentos pode ser um fator agravante da dificuldade de adesão terapêutica. Desse modo, durante as entrevistas foi constatada a falta de alguns medicamentos na rede pública de saúde:

“Furosemida, não sei pra que é, que não tinha no posto e eu me lembro do nome.” (E3)

“Dos três eu já vi faltar um, e aí o que eu não deixava faltar mesmo era o losartana que eu acho que é o de pressão. Mas os outros também “interfere” nisso aí também. E aí eu logo procurava ele, né, faltava ele e eu pedia a minha cunhada, não sei se ela tem.” (E15)

“Esse daqui, oh. Eu to comprando, minha “fia” [...] Não é barato não, minha “fia”. O comadre compra lá naquela farmácia daquele homem que eu não sei como é que chama.” (E20)

“Toma dois “tipo” de remédio, aí toma o comprimido dele tomar de manhã, aí eu já ponho aqui junto com losartana pra ele não esquecer. Aí o outro já deixo aqui e ele toma dois. Esse outro é comprado... E é caro!” (E20)

Além disso, evidenciou-se a importância do valor monetário dos medicamentos como um fator para garantir o acesso a eles:

“Eu compro porque é barato, né? Meus “remédio” é baratinho, né? Tem remédio de gente por aí, de gente... eu não vou dizer de tanto idoso, aposentado aqui... até de criança, sei lá... que é um dinheirão danado, né? A gente vê na reportagem por aí, é um dinheirão danado.” (E15)

O relato de maiores dificuldade financeiras também foi acompanhado pela diminuição da adesão quando o medicamento se apresentou em falta nos serviços públicos de saúde:

“Meu marido saiu. Saiu domingo, foi embora pra Bahia, tá esperando um bom tempo por lá. Aí ele não... não sei se ele vai mandar ou não, né? E minha bolsa família bloqueou. Eu já fui lá atualizar e não saiu nada até

hoje [...] quando eu posso e eu recebo do menino, eu compro, “tendeu”? Muito tempo eu deixei de comprar, porque eu não tinha como. Eu não tomava. Só esse daqui e aquele rosa, mas os outros...” (E19)

Discussão

As entrevistas analisadas na respectiva pesquisa evidenciaram um fenômeno em comum: a não adesão medicamentosa como um fator multifatorial. A partir disso, ressalta-se a importância de uma ótica baseada na concepção do processo saúde-doença para os indivíduos idosos, em contradição à concepção tradicional da medicina, que enxerga apenas os eventos biológicos que ocorrem no indivíduo¹⁹. Assim, o conhecimento da perspectiva do idoso simboliza uma contribuição importante na perspectiva da adesão medicamentosa¹¹.

Ao decorrer das entrevistas, percebeu-se que muitos idosos declararam não possuir dificuldades no uso de medicamentos para hipertensão, entretanto essas afirmações logo foram substituídas por falas que demonstraram fragilidades na adesão terapêutica. Essa ocorrência evidencia o desconhecimento sobre o uso correto dos medicamentos, que ainda intervém nas falhas de adesão¹¹. Em complementação, estudos indicam que uma parcela significativa da população idosa possui conhecimentos limitados sobre seus medicamentos, sendo que a incompreensão sobre as instruções da terapia medicamentosa muitas vezes provém de fatores multifatoriais, o que condiz com os resultados deste estudo.^{20,21}

A detecção precoce dos empecilhos para a adesão medicamentosa pode contribuir para a otimização da terapia, tendo como



consequência redução de custos e melhor controle da pressão arterial²². Dessa forma, analisando as falas do presente estudo, o esquecimento se colocou como um dos fatores que contribuiu de forma negativa na conformidade dos idosos com o plano terapêutico proposto.

Não obstante, um aspecto relatado que permeou as falhas de memória foram as alterações na rotina diária. Assim, se reforça a necessidade de analisar a individualidade no tratamento de cada indivíduo, além de explorar a rotina diária do paciente para o estabelecimento de acordos entre usuário e profissionais, a fim de incorporar uma terapia efetiva¹⁶.

Outro fator importante que foi posto como desafio para a adesão durante o decorrer das entrevistas foi o déficit cognitivo. Conforme um estudo observacional realizado com 436 pacientes idosos, o comprometimento cognitivo foi um fator independentemente associado ao risco de não adesão à medicação entre pacientes com doenças crônicas.²³ Além disso, outro estudo de coorte envolvendo a população idosa, o risco de não adesão foi duas vezes maior naqueles que possuíam algum déficit cognitivo quando comparado com os que não possuíam.^{24,25} Dessa forma, os cuidadores e membros da família ganham uma importante função na contribuição para uma maior aderência farmacológica por parte dos idosos que possuem deficiência cognitiva.²⁴

O desconhecimento sobre a hipertensão arterial tem como consequência o estabelecimento de um certo desinteresse pela doença.²⁶ A falta de conhecimento sobre a própria condição e a terapia medicamentosa é um fator que contribui para a baixa adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas, seja pela percepção reduzida da gravidade da doença, incertezas quanto aos medicamentos ou

falhas na comunicação entre paciente e profissionais de saúde.^{27,28,29} Verificou-se a expressão desse fenômeno no respectivo estudo, de modo que os entrevistados apresentaram determinados lapsos de compreensão da vulnerabilidade e gravidade da Hipertensão Arterial Sistêmica, assim, o risco que eles estavam se submetendo ao não aderir ao tratamento deixava de ser um fator valorizado o suficiente para que houvesse uma adesão efetiva.

Nesse sentido, se reforça a relevância da perspectiva do usuário sobre o próprio processo de adoecimento, visto que a falta de entendimento sobre sua própria condição pode ser um fator a corroborar para a falta de adesão¹¹. Além disso, a falta de uma reflexão crítica por parte do usuário aliada a um despreço sobre as possíveis consequências que a doença pode proporcionar, se demonstrou como um aliado no seguimento não efetivo do tratamento.

Outro fenômeno identificado durante as entrevistas como empecilho para a adesão medicamentosa foi o autocuidado do hipertenso sendo um fator desencadeante para o desenvolvimento de sentimentos de autonomia, que tem como consequência a instalação de uma segurança por parte do idoso em gerir o próprio tratamento. Ao analisar as falas dos participantes, nota-se que esses desvios no plano terapêutico podem ser interpretados pelos doentes como uma forma de precaução em relação à sua saúde, em vez de serem vistos simplesmente como falta de cumprimento do tratamento.¹⁶

Além do mais, a falta de entendimento das informações que condizem ao tratamento e a incapacidade de associar essas informações ao uso correto podem contribuir para a vulnerabilidade do indivíduo às concepções culturais estabelecidas que se expandem para além da medicina



convencional e abrangem a terapêutica popular.^{30, 31} Assim sendo, as crenças colocam o indivíduo numa posição de aceitação involuntária, pois estabelece sua assimilação sem a devida comprovação da verdade.³² Dessa forma, a incorporação dessas concepções pode contribuir para a não adesão farmacológica do ponto de vista científico ao se integrarem com o sentimento de autonomia, fazendo com que o indivíduo baseie seu tratamento em suas próprias crenças.

A não aderência é um fenômeno que possui relação com diversos fatores como faixa etária, renda, etilismo e modo de se relacionar com os serviços de saúde.³³ Ademais, diversos elementos psicossociais como a ausência de motivação, influência social e cultural, crenças e autoconfiança podem impactar de maneira positiva ou não nas mudanças de estilo de vida¹¹. Assim, o alcoolismo como um empecilho para a adesão medicamentosa pode ser explicado pelo contexto em que os indivíduos estão inseridos e pelas incertezas aliadas com a falta de percepção de fatores relevantes que permeiam o tratamento e o diagnóstico. Ademais, evidências indicam que o abuso de álcool em pacientes com doenças crônicas está intimamente associado à baixa adesão à terapia medicamentosa.³⁴

Também foi constatado que os efeitos colaterais dos medicamentos foram um fator colaborador para a interrupção da continuidade do tratamento. Observa-se pelas falas dos participantes que a doença acaba sendo permeada por medos e incertezas e, a partir disso, o idoso faz uso de sua autonomia para descontinuar a farmacoterapia com o intuito de evitar danos e complicações. Tal fenômeno evidencia que o acesso dos pacientes aos medicamentos e serviços de saúde não são garantia de que o tratamento vai ser

efetuado de forma correta, o que ressalta a importância de uma avaliação constante por parte dos profissionais de saúde, a fim de avaliar a necessidade de manutenção e risco-benefício do uso de certos medicamentos, levando em conta os efeitos colaterais e o quanto eles impactam na vida do idoso.^{16, 30} Em complementação, é comprovada a importância de considerar que o acesso a medicamentos para doenças não transmissíveis pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo a estrutura do sistema de saúde e características individuais dos pacientes, demonstrando que mesmo quando há disponibilidade de tratamento, obstáculos logísticos e socioeconômicos podem comprometer a adesão medicamentosa.³⁵

Com o processo de envelhecimento, o uso regular de medicamentos se coloca como um novo hábito de vida a ser adotado, entretanto, essa mudança pode encontrar resistência entre os idosos, especialmente quando a administração dos fármacos é complicada e requer frequência.¹⁶ Em vista disso, ao decorrer das entrevistas observou-se que a polifarmácia pode ser caracterizada como um obstáculo para a adesão farmacológica ideal. A complexidade dos esquemas terapêuticos frequentemente resulta em baixa adesão, sobretudo entre pacientes sem instrução, o que pode comprometer o controle das doenças crônicas e aumentar os riscos de complicações.^{36,37} Portanto, urge a necessidade da elaboração de estratégias que favoreçam o uso do medicamento por parte dos idosos, além da coparticipação da família e/ou cuidadores, com o intuito de auxiliar os idosos no processo de autocuidado e enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, visto que a polifarmácia, além de desafiar a adesão medicamentosa, também impacta na qualidade de vida dos pacientes, tornando essencial a adoção de uma



abordagem individualizada.^{30, 38, 39, 40} Com efeito, Inouye (2021)⁴¹ destaca que a polifarmácia e o uso inapropriado de medicamentos é um desafio para a atenção à saúde, e elenca o anti-idadismo como um fator influente no uso de medicamentos potencialmente inapropriados em um contexto de polifarmácia, sendo fundamental para mitigar esse problema a colaboração com farmacêuticos clínicos, a ênfase nas reações adversas e interações medicamentosas e a aplicação de critérios pré-estabelecidos para reduzir a exposição à polifarmácia.

A percepção superficial dos benefícios do tratamento para HAS também foi um fator detectado durante as falas dos entrevistados. Tal fato aliado à baixa percepção da gravidade da doença pode agravar a má adesão, visto que o entendimento das condições de saúde está ligado a uma melhor qualidade de vida e pode facilitar a aceitação e, portanto, uma melhor contiguidade com o tratamento proposto.¹²

No cenário prático, a não adesão farmacológica também se relaciona ao fator econômico e à disponibilidade dos medicamentos na rede pública de saúde, conforme evidenciado pelas entrevistas. Um estudo realizado com indivíduos atendidos em um centro integrado de saúde revelou que 38% dos pacientes enfrentavam dificuldades de adesão ao tratamento devido às limitações financeiras para a aquisição dos medicamentos.⁴² Adicionalmente, o uso ininterrupto e prolongado de medicamentos por parte dos pacientes com doenças crônicas implica em custos financeiros, o que acaba influenciando a aderência ao tratamento³⁰. Dessa forma, a disponibilização gratuita e acesso igualitário aos medicamentos desempenham um papel crucial na efetivação na aderência ao tratamento, especialmente para aqueles que

enfrentam dificuldades financeiras para arcar com os custos. Sendo assim, a distribuição gratuita de medicamentos além de aumentar a adesão pode melhorar o automonitoramento, reduzir consultas primárias perdidas e, a longo prazo, diminuir os custos gerais de saúde.^{43,44}

Conclusão

Na tentativa de compreender os fatores que permeiam a dificuldade de adesão medicamentosa a partir da perspectiva de idosos hipertensos, verificou-se que a aderência terapêutica possui influências multifatoriais. De maneira geral, foi possível reconhecer alguns fatores que contribuem para o agravamento desse fenômeno como alterações na rotina, falhas de memória, déficits cognitivos, polifarmácia, alcoolismo, efeitos produzidos pelos medicamentos, percepção equivocada sobre o impacto clínico da doença, dificuldade de acesso aos medicamentos, entre outros.

Dessa forma, reforça-se novamente a importância de um atendimento que adote a perspectiva do processo saúde-doença de forma holística, permitindo a identificação dos sentimentos subjacentes ao diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, a implementação de uma Educação em Saúde guiada para as necessidades do indivíduo torna-se imprescindível, visto que, no respectivo contexto, é necessário aplicar uma abordagem educativa, a qual deve basear-se na compreensão do usuário como um ser biopsicossocial, levando em consideração a individualidade dos pacientes e de suas demandas⁴⁵.

Além disso, no que tange a promoção da aderência ao tratamento e melhores desfechos de saúde, além da execução de um atendimento



humanizado com abordagem educativa, é essencial que haja garantia de acesso igualitário aos medicamentos, atendendo as necessidades dos usuários e contribuindo para uma implementação de saúde mais igualitária e efetiva. Assim sendo, o reconhecimento dos desafios que circundam a adesão medicamentosa favorece a criação de estratégias que incentivam o reforço prático dos princípios do Sistema Único de Saúde, com consequente melhorias para a população.

Agradecimento

Agradecemos a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde envolvidos, da gerente da Unidade Básica de Saúde e dos usuários que concordaram em participar, cuja contribuição foi fundamental para a viabilização desta pesquisa.

Referências Bibliográficas

1. Duarte Elisabeth Carmen, Barreto Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dez [citado 2024 Maio 12]; 21(4): 529-532. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.
2. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2015Jan;18(1):151–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a. 58 p. (Cadernos de Atenção primária; 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. World Health Organization. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2019
5. de Oliveira Lopes T, de Castro Santos J, Ribeiro Bitencourt G, Mônica Andrade A, Alves Silva R, Lopes ROP. Interdependence in the therapeutic compliance of hypertensive older adults during the COVID-19 pandemic. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2022;56:e20210537. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0537>
6. Doyle AE. Hypertension and vascular disease. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 1991 Feb 1;4(2 Pt 2):103S106S. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2021454/>
7. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA de, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013Dec;47(6):1092–101. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
8. Luz AL de A, Silva-Costa A, Griep RH. Pressão arterial não controlada entre pessoas idosas hipertensas assistidas pela Estratégia Saúde da Família . *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2020;23(4):e200211. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200211>
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 215. Brasília, DF, 30 out. 1998.
10. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília (DF). 28 set. 2017. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
11. Marin NS, Santos MF dos, Moro A dos S. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2016Jun;50(spe):61–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300009>
12. Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SM da F. Living under treatment for Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus: Feelings and behaviors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019Jan;72(1):102–10. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0500>
13. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprov a as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Di



- ário Oficial da União [Internet], Brasília (DF). 13 jul. 2013. Seção 1:59. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Dos Santos GT, Filho VH de O, Royer R, Porto Rosa AF. Método para aplicar entrevistas em profundidade: avaliando causas de baixo desempenho em um operador logístico. *Revista Gestão Industrial*. 2016 Dec 1;12(4).
 15. Haynes RB, Taylor DW, Sackett ED. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979.
 16. Oliveira GL, Lula-Barros DS, Silva DLM, Leite SN. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2020;23(4):e200160. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200160>
 17. Queiroz MIP de. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. 1991; [citado 2023 abril 24]
 18. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* Lisboa: Edições 70, 1977.
 19. Lopes RGC. As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.
 20. Amorim WW, Passos LC, Gama RS, Souza RM, Oliveira MG. Factors associated with older patients' misunderstandings of medication dosage regimen instructions after consultation in primary care in Brazil. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020 Sep 10;27(4):817–25.
 21. Didone TVN, Melo DO de, Lopes L da C, Ribeiro E. Conhecimento inadequado sobre medicamentos prescritos e seus preditores em pacientes muito idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2020;23(3). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/VXKghfNFb3cSkYbgnX5YYCq/?lang=pt>
 22. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine* [Internet]. 2017 Jan;96(4):e5641. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287944/>
 23. He X, Wang X, Wang B, Zhu A. The Association Between Mild Cognitive Impairment and Medication Non-adherence Among Elderly Patients With Chronic Diseases. *Cureus* [Internet]. 2023 Oct 26;15(10):e47756. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10602820/>
 24. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura C de S, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2015Apr;18(2):397–404. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14035>
 25. Salas M, Bas, Paul, Hofman A, Monique M.B. Breteler, Ch BH. Impaired cognitive function and compliance with antihypertensive drugs in elderly: The Rotterdam Study. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2001 Dec 1;70(6):561–6.
 26. Rodrigues E, Rolim A, Almeida C. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2014 Nov 19;2(5).
 27. AlShayban DM, Naqvi AA, Alhumaid O, AlQahtani AS, Islam MdA, Ghori SA, et al. Association of Disease Knowledge and Medication Adherence Among Out-Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Khobar, Saudi Arabia. *Frontiers in Pharmacology* [Internet]. 2020 Feb 20;11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045035/>
 28. Lim JK, Lee YJ, Park JH. Medication-Related Knowledge and Medication Adherence in Pediatric and Adolescent Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Korean Medical Science*. 2020;35(14).
 29. Amin S, Soliman M, McIvor A, Cave A, Cabrera C. Understanding Patient Perspectives on Medication Adherence in Asthma: A Targeted Review of Qualitative Studies. *Patient Preference and Adherence*. 2020 Mar;Volume 14:541–51.
 30. Rios MC, Prata MS, Rios PS de S, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Junior DP de L. Percepções de idosas quanto a não adesão a farmacoterapia: uma análise qualitativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* [Internet]. 2015 Jul 1;36(3).
 31. Kanikadan PYS. O grande benefício para a humanidade. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 2010Apr;17(2):548–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000200020>
 32. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-Am. Enf*. 2005;13(3):397-406.
 33. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM de, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015Jan;23(1):20–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2520>



34. Machado E, Consoli L, Adriana Teixeira Godoy, Laércio Joel Franco. Consumo abusivo de álcool em idosos com diabetes mellitus tipo 2 da atenção primária à saúde: um estudo transversal. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2023 Jan 1;28(8):2355–62.
35. Tusubira AK, Akiteng AR, Nakirya BD, Nalwoga R, Ssinabulya I, Nalwadda CK, et al. Accessing medicines for non-communicable diseases: Patients and health care workers' experiences at public and private health facilities in Uganda. *The Wai K*, editor. *PLOS ONE*. 2020 Jul 7;15(7):e0235696.
36. Franchi C, Ardoino I, Ludernani M, Cukay G, Merlino L, Nobili A. Medication adherence in community-dwelling older people exposed to chronic polypharmacy. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2021 Jan 26;75(9):854–9.
37. Swarupini MsKGnana, Prabha DrGRamyaBala, Santhosha MsDharmapuram, Heciba MsN. Medication Regimen Complexity and Medication Adherence In Patients with Polypharmacy. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*. 2021 Mar 6;11(2):130–5.
38. Sousa RC, Lucena ALR, Nascimento WS, Ferreira TMC, Lima CLJ, Ferreira JDL, Matos SDO, Costa MML. Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2018 [cited 2024 Apr 22];216–23.
39. Eriksen CU, Kyriakidis S, Christensen LD, Jacobsen R, Laursen J, Christensen MB, et al. Medication-related experiences of patients with polypharmacy: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open [Internet]*. 2020 Sep 1;10(9):e036158. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/9/e036158>
40. Franchi C, Ludernani M, Merlino L, Nobili A, Fortino I, Leoni O, et al. Multiple Medication Adherence and Related Outcomes in Community-Dwelling Older People on Chronic Polypharmacy: A Retrospective Cohort Study on Administrative Claims Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 May 7;19(9):5692.
41. Inouye, Sharon K. "Creating an Anti-Ageist Healthcare System to Improve Care for Our Current and Future Selves." *Nature Aging*, vol. 1, no. 2, Feb. 2021, pp. 150–152, www.nature.com/articles/s43587-020-00004-4, <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>.
42. Oliveira DF, Morais AS, Sena AC da S, Pereira CV, Bezerra E da S, Silva KK, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde. *Brazilian Journal of Natural Sciences*. 2020 Dec 1;3(3):430.
43. Persaud N, Bedard M, Boozary A, Glazier RH, Gomes T, Hwang SW, et al. Adherence at 2 years with distribution of essential medicines at no charge: The CLEAN Meds randomized clinical trial. *Goldhaber-Fiebert JD*, editor. *PLOS Medicine*. 2021 May 21;18(5):e1003590.
44. Charles O, Woods H, Ally MZ, Manns B, Shah BR, Wang R, et al. Effect of free distribution of medicines on the process of care for adult patients with type 1 and type 2 diabetes and hypertension: post hoc analysis of randomised controlled trial findings. *BMJ Open*. 2021 Mar 1;
45. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2005Feb;9(16):39–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>

Como citar este artigo:

Silva BM, Dias FGCK, Kanikadan PYS. Manifestações e atitudes acerca das dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico por idosos hipertensos sob atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde*. 2025; e20259641(23). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol23.e20259641>

