

**Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em idosos na atenção primária à saúde****Adherence to the pharmacological treatment of systemic arterial hypertension in elderly patients in primary health care****Adhesión al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica en adultos mayores en la atención primaria de salud**

DOI: 10.5281/zenodo.18163474

Recebido: 09 fev 2025

Aprovado: 25 fev 2025

**Jean Talis da Silva Lima**

Médico

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: jeanlima87@hotmail.com

**Elielson Felix Gonçalves**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-5694-4505>

E-mail: elielsonmedi@gmail.com

**Arthur José Rodrigues de Farias**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: arthurjose94@gmail.com

**Andre de Sousa Leal Neto**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: andrelealoficial@hotmail.com

**Maria Fernanda Baía Veloso**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: fernandabveloso@gmail.com

**Ana Carolina Dantas Murad**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba Endereço:

(Cabedelo – Paraíba, Brasil)

E-mail: carolina.btw122@gmail.com

**Lucas Bronzeado Cavalcanti Coutinho**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: lucasbronzeado10@gmail.com

**Bruna Beatriz Figueiró Ramalho**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: brunabramalho17@gmail.com

**Ghislayne Martins de Melo**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: ghislaynemelo@gmail.com

**Michelle Pauline Cabral Soares**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Universidade Potiguar (UnP) Endereço:

(Natal – Rio Grande do Norte, Brasil)

E-mail: michelle.ufpb@gmail.com

**Cassandra Amaral de Medeiros Moraes**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: cassandra.amaral.m@gmail.com

**Ana Clara Fernandes Diógenes**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: claradiogenesmed@gmail.com

**Paulo Valter Nóbrega Soares**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: paulo.soares@famene.com.br

**Julya Gomes Araújo Ramalho de Almeida Aires**

Médica

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: julya.almeida987@gmail.com

**Victória Celeste Medeiros Tenuta**

Médica

Instituição de formação: Universidade Potiguar (UnP) Endereço:

(Natal – Rio Grande do Norte, Brasil)

E-mail: vivitmedeiros@hotmail.com

**Manuela Cardoso Biff**

Médica

Instituição de formação: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Endereço: (Palhoça – Santa Catarina, Brasil)

E-mail: manucbiff@gmail.com

**Gaia Costa Pou**

Médica

Instituição de formação: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FACERES)

Endereço: (São José do Rio Preto – São Paulo, Brasil)

E-mail: gaiacpou@gmail.com

**Laís Burigo de Medeiros**

Médica

Instituição de formação: Faculdade de Medicina em São José do Rio Preto (FACERES)

Endereço: (São José do Rio Preto – São Paulo, Brasil)

E-mail: laisburigom@gmail.com

**Luiza Monyck Haas**

Médica

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: luizamhaas@gmail.com

**Lucas Gutenberg Sales Gurgel**

Médico

Instituição de formação: Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: lucasgsgurgel@gmail.com

**Eduardo Teodoro Alves**

Médico

Instituição de formação: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: (João Pessoa – Paraíba, Brasil)

E-mail: eduardoteodorooalves@hotmail.com

**RESUMO**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no mundo, afetando aproximadamente 1,13 bilhão de pessoas em 2015, com um aumento expressivo nos últimos 40 anos, especialmente em países de baixa e média renda. No Brasil, a HAS afeta cerca de 32,3% da população adulta e até 71,7% dos indivíduos com mais de 70 anos, sendo responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% dos óbitos por doenças cerebrovasculares. O controle inadequado da HAS está diretamente associado a um maior risco de complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal crônica. A atenção primária à saúde (APS) tem um papel fundamental no reconhecimento, tratamento e acompanhamento desses pacientes, mas enfrenta desafios quanto à adesão ao tratamento medicamentoso. O presente estudo tem como objetivo analisar as múltiplas dimensões que envolvem a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos na APS,

considerando os fatores que influenciam essa adesão e as estratégias adotadas para promovê-la. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com busca sistemática nas bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), incluindo "Idoso", "Hipertensão Arterial Sistêmica", "Adesão ao Tratamento" e "Atenção Primária à Saúde", combinados com os operadores booleanos AND e OR. A pesquisa na literatura evidenciou que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos varia entre 30% e 50%, conforme diferentes pesquisas realizadas no Brasil e no mundo. Um levantamento realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Cuiabá, MT, revelou que nenhum dos 54 usuários estudados aderiu completamente ao tratamento proposto; 50% aderiram parcialmente e 50% não aderiram de forma alguma. No contexto internacional, pesquisas indicam que até 35% dos pacientes hipertensos interrompem o uso da medicação dentro do primeiro ano de tratamento. Os principais fatores que impactam a adesão ao tratamento são divididos em cinco dimensões: (1) fatores relacionados ao paciente, incluindo nível de escolaridade, faixa etária, suporte familiar e percepção sobre a gravidade da doença; (2) fatores relacionados ao sistema de saúde, como dificuldade de acesso a consultas e medicamentos, baixa qualidade da relação médico-paciente e tempo reduzido de atendimento; (3) fatores socioeconômicos, como baixa renda e custo elevado dos medicamentos; (4) fatores relacionados ao tratamento, como complexidade dos esquemas terapêuticos e efeitos adversos das medicações; e (5) fatores ligados à doença, incluindo a ausência de sintomas perceptíveis em fases iniciais da HAS, o que reduz a percepção de risco pelo paciente. Para melhorar a adesão ao tratamento, diversas estratégias são recomendadas, incluindo: (1) atuação de farmacêuticos clínicos na APS, fornecendo acompanhamento e suporte educacional aos pacientes; (2) fortalecimento da atuação dos agentes comunitários de saúde, promovendo visitas domiciliares para monitoramento contínuo; (3) uso de tecnologias como aplicativos móveis, lembretes por SMS e telemonitoramento para reforçar o uso regular da medicação; e (4) ampliação do acesso a medicamentos gratuitos ou subsidiados, conforme o Programa Farmácia Popular, que já beneficiou milhões de hipertensos no Brasil desde sua implementação em 2004.

**Palavras-chave:** Tratamento medicamentoso; Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária à Saúde; Idosos.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is one of the most prevalent non-communicable chronic diseases worldwide, affecting approximately 1.13 billion people in 2015, with a significant increase over the past 40 years, especially in low- and middle-income countries. In Brazil, SAH affects about 32.3% of the adult population and up to 71.7% of individuals over 70 years old, being responsible for 45% of cardiac deaths and 51% of deaths from cerebrovascular diseases. Poorly controlled SAH is directly associated with a higher risk of complications such as stroke, acute myocardial infarction, and chronic kidney failure. Primary health care (PHC) plays a fundamental role in recognizing, treating, and monitoring these patients but faces challenges regarding adherence to medication therapy. This study aims to analyze the multiple dimensions involved in medication adherence for SAH in elderly individuals in PHC, considering the factors influencing this adherence and the strategies adopted to promote it. A narrative literature review was conducted with a systematic search in the LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed, and Google Scholar databases. The Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH) were used, including "Elderly," "Systemic Arterial Hypertension," "Treatment Adherence," and "Primary Health Care," combined with the Boolean operators AND and OR. The literature review revealed that low adherence to medication therapy for SAH in elderly individuals varies between 30% and 50%, according to different studies conducted in Brazil and worldwide. A study carried out in a Family Health Strategy (FHS) unit in Cuiabá, MT, found that none of the 54 users studied fully adhered to the proposed treatment; 50% adhered partially, and 50% did not adhere at all. Internationally, research indicates that up to 35% of hypertensive patients discontinue medication use within the first year of treatment. The main factors impacting treatment adherence are divided into five dimensions: (1) patient-related factors, including educational level, age group, family support, and perception of disease severity; (2) health system-related factors, such as difficulty accessing consultations and medications, poor doctor-patient relationships, and reduced consultation time; (3) socioeconomic factors, including low income and high medication costs; (4) treatment-related factors, such as the complexity of therapeutic regimens and adverse medication effects; and (5) disease-related factors, including the absence of noticeable symptoms in the early stages of SAH, which reduces the patient's risk perception. To improve treatment adherence, several strategies are recommended, including: (1) the inclusion of clinical pharmacists in PHC, providing patient follow-up and educational support; (2) strengthening the role of

community health agents, promoting home visits for continuous monitoring; (3) the use of technology, such as mobile applications, SMS reminders, and telemonitoring to reinforce regular medication use; and (4) expanding access to free or subsidized medications, as seen in the "Farmácia Popular" Program, which has benefited millions of hypertensive patients in Brazil since its implementation in 2004.

**Keywords:** Pharmacological Treatment; Systemic Arterial Hypertension; Primary Health Care; Elderly.

## RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en el mundo, afectando aproximadamente a 1,13 mil millones de personas en 2015, con un aumento significativo en los últimos 40 años, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. En Brasil, la HAS afecta aproximadamente al 32,3% de la población adulta y hasta al 71,7% de los individuos mayores de 70 años, siendo responsable del 45% de las muertes cardíacas y del 51% de los fallecimientos por enfermedades cerebrovasculares. El control inadecuado de la HAS está directamente asociado con un mayor riesgo de complicaciones, como accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio e insuficiencia renal crónica. La atención primaria de salud (APS) desempeña un papel fundamental en el reconocimiento, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, pero enfrenta desafíos en relación con la adherencia al tratamiento farmacológico. Este estudio tiene como objetivo analizar las múltiples dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la HAS en personas mayores en la APS, considerando los factores que afectan esta adherencia y las estrategias adoptadas para promoverla. Se realizó una revisión narrativa de la literatura con una búsqueda sistemática en las bases de datos LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed y Google Académico. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), incluyendo "Anciano", "Hipertensión Arterial Sistémica", "Adherencia al Tratamiento" y "Atención Primaria de Salud", combinados con los operadores booleanos AND y OR. La revisión de la literatura evidenció que la baja adherencia al tratamiento farmacológico de la HAS en personas mayores varía entre el 30% y el 50%, según diferentes estudios realizados en Brasil y en el mundo. Un estudio realizado en una unidad de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Cuiabá, MT, reveló que ninguno de los 54 usuarios estudiados cumplió completamente con el tratamiento propuesto; el 50% lo cumplió parcialmente y el 50% no lo siguió en absoluto. A nivel internacional, investigaciones indican que hasta el 35% de los pacientes hipertensos abandonan el uso de la medicación dentro del primer año de tratamiento. Los principales factores que impactan la adherencia al tratamiento se dividen en cinco dimensiones: (1) factores relacionados con el paciente, como el nivel educativo, la edad, el apoyo familiar y la percepción de la gravedad de la enfermedad; (2) factores relacionados con el sistema de salud, como la dificultad de acceso a consultas y medicamentos, la baja calidad de la relación médico-paciente y el tiempo reducido de consulta; (3) factores socioeconómicos, como ingresos bajos y costos elevados de los medicamentos; (4) factores relacionados con el tratamiento, como la complejidad de los esquemas terapéuticos y los efectos adversos de los medicamentos; y (5) factores relacionados con la enfermedad, como la ausencia de síntomas perceptibles en las primeras etapas de la HAS, lo que reduce la percepción del riesgo por parte del paciente. Para mejorar la adherencia al tratamiento, se recomiendan diversas estrategias, entre ellas: (1) la inclusión de farmacéuticos clínicos en la APS, proporcionando seguimiento y apoyo educativo a los pacientes; (2) el fortalecimiento del papel de los agentes comunitarios de salud, promoviendo visitas domiciliarias para el monitoreo continuo; (3) el uso de tecnologías, como aplicaciones móviles, recordatorios por SMS y telemonitoreo para reforzar el uso regular de la medicación; y (4) la ampliación del acceso a medicamentos gratuitos o subsidiados, como en el programa "Farmácia Popular", que ha beneficiado a millones de pacientes hipertensos en Brasil desde su implementación en 2004.

**Palabras clave:** Tratamiento Farmacológico; Hipertensión Arterial Sistémica; Atención Primaria de Salud; Personas Mayores.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível e multifatorial, influenciada por fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais, com prevalência global de aproximadamente 31%, sendo levemente maior entre homens (31,9%) do que mulheres (30,1%) (Barroso

*et al.*, 2021; NCD-RISC, 2021). A doença é caracterizada por níveis persistentemente elevados de pressão arterial (sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou diastólica  $\geq 90$  mmHg), que, se não controlados, podem causar danos a órgãos-alvo como coração, cérebro e rins (Silva *et al.*, 2023; Malachias, 2021). Dessa forma, a HAS configura-se como um fator de risco primário para eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, além de estar associada à insuficiência renal crônica, dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (Barroso *et al.*, 2021).

No cenário global, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais. Em 2017, essas doenças foram responsáveis por 28,8% das mortes entre as doenças crônicas não transmissíveis, totalizando quase 18 milhões de óbitos, dos quais 10,4 milhões foram atribuídos à HAS. No Brasil, no mesmo período, as doenças cardiovasculares representaram 27,3% dos óbitos, com a HAS associada a 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes por doenças cerebrovasculares. A prevalência medida foi de 32,3%, aumentando com a idade e alcançando 71,7% entre indivíduos acima de 70 anos (Barroso *et al.*, 2021; Girão e Freitas, 2016). Logo, a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se necessária para o reconhecimento, acompanhamento e tratamento adequado dessa população, assim como para o desenvolvimento de estratégias de prevenção (Oliveira *et al.*, 2020).

A APS atua como a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenando o cuidado integral aos usuários e organizando as ações e serviços disponíveis (Girão e Freitas, 2016). O modelo prioriza a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento de doenças, focando na acessibilidade e integralidade dos cuidados, além de se adaptar às necessidades da população (Souza, 2020).

No contexto da HAS, a APS deve ser estruturada de tal forma a oferecer uma abordagem integral do cuidado, que inclua desde a educação sobre a importância do tratamento até o monitoramento regular da pressão arterial. A presença de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como as Equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes multiprofissionais na APS (eMulti), permite um cuidado mais inclusivo e contínuo para os pacientes hipertensos, potencializando a identificação e o manejo precoce de agravos à saúde (Girão e Freitas, 2016).

Em 2019, por meio da Portaria Ministerial nº 2.979, foi instituído o programa Previne Brasil, que propôs indicadores para nortear os atendimentos nas USF. Por ser uma das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil, o indicador 6 foi relacionado à HAS. Esse indicador avalia a proporção de pessoas com HAS que tiveram consulta e pressão arterial aferida no semestre (Linard *et al.*, 2023). Diante desse cenário, é importante levantar alguns questionamentos: Qual é o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a identificação e manejo de casos de HAS na APS? Quais são as estratégias existentes na APS para o controle da HAS e como elas são implementadas pelos profissionais de saúde?

O tratamento da HAS é baseado em medicamentos anti-hipertensivos, isolados ou em combinações, que normalmente são bem tolerados e têm ação no controle da pressão arterial, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo a frequência de complicações cardiovasculares. Além disso, o tratamento não medicamentoso, que se baseia na mudança do estilo de vida dos pacientes, é igualmente importante (Gewehr *et al.*, 2018; Spinelli, 2020). No entanto, observa-se que a baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a manutenção dos níveis elevados de pressão arterial, resultando em maior morbimortalidade cardiovascular a longo prazo (Souza, 2020).

De acordo com o estudo de Reiners *et al.* (2012), cujo objetivo foi levantar a adesão ao tratamento de hipertensos de uma ESF do município de Cuiabá – MT, nenhum dos 54 usuários pesquisados adere totalmente ao tratamento proposto para HAS; metade adere apenas parcialmente e a outra metade não adere. Ele aponta que essa realidade é semelhante à encontrada no mundo, destacando que mais de um terço dos usuários pesquisados não conseguem tomar os medicamentos conforme prescritos pelo profissional de saúde. Vale ressaltar que a prevalência de pacientes que não aderem ao tratamento é um indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde.

De acordo com Spinelli (2020), a adesão ao tratamento é definida como “o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas”. O autor defende que a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional influenciado por diversas variáveis, categorizadas em dimensões como fatores relacionados ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento. No que diz respeito ao tratamento farmacológico, a não adesão se refere ao abandono do uso dos medicamentos sem orientação médica, ou à execução irregular do tratamento, como atrasar a tomada do medicamento ou realizar interrupções pontuais na terapêutica prescrita (Gewehr *et al.*, 2018; Helena; Nemes; Eluf-Neto, 2008).

Para avaliar a adesão, destacam-se vários pontos importantes, como a redução de internações ou idas ao pronto-socorro, verificação da pressão arterial no consultório ou em casa, exames para avaliação de órgãos-alvo, frequência de atendimentos agendados, contagem de comprimidos e receitas dispensadas, além de relatos subjetivos de pacientes e familiares sobre a ingestão dos medicamentos e adesão a mudanças no estilo de vida (Spinelli, 2020).

É importante a avaliação por parte dos profissionais de saúde desde o primeiro contato com o paciente, tentando criar vínculos, melhorando a relação profissional-paciente, para manutenção da continuidade do cuidado, com intuito de identificar características que predispõe para a má adesão ao tratamento, dessa forma individualizando o acompanhamento, englobando família e usuário, com auxílio da equipe multidisciplinar, para promover uma melhor adesão ao tratamento (Silva *et al.*, 2023).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar as múltiplas dimensões que envolvem a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos na APS, considerando os fatores que influenciam essa adesão e as estratégias adotadas para promovê-la.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que permite, por meio da análise dos estudos selecionados, alcançar o objetivo proposto pelos autores, servindo como base para consulta de informações a partir da sistematização dos dados relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos na APS. Para a realização da pesquisa, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e Google Acadêmico. A busca foi realizada com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), combinados entre si com o uso dos operadores booleanos AND e OR. Os descritores utilizados foram: "Idoso" (Aged ou Elderly), "Hipertensão Arterial Sistêmica" (Hypertension), "Adesão ao Tratamento" (Medication Adherence) e "Atenção Primária à Saúde" (Primary Health Care).

Foram incluídos artigos completos e de acesso aberto, sem restrição temporal, em português, inglês ou espanhol, que abordassem os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos, as estratégias utilizadas na APS para melhorar essa adesão e as barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais de saúde. Artigos duplicados ou que não apresentavam concordância com o objetivo da pesquisa foram eliminados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Envelhecimento Populacional

A Organização das Nações Unidas (ONU) estimou que, em 2020, havia 727 milhões de pessoas com 65 anos ou mais no mundo, e projeta que esse número aumentará para mais de 1,5 bilhão até 2050 (Gonçalves, 2024 *Apud* ONU, 2020). A queda das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, impulsionados por melhorias nos cuidados de saúde e nas condições socioeconômicas, levaram a um envelhecimento acelerado da população mundial. Não obstante, nas últimas quatro décadas, o perfil epidemiológico do Brasil mudou rapidamente, evoluindo de causas de mortalidade associadas predominantemente a uma população jovem para um cenário dominado por doenças crônicas e complexas, típicas de faixas etárias mais avançadas (Schenker; Costa, 2019). Segundo o IBGE, a expectativa de vida

da população brasileira tem aumentado consistentemente, de 34 anos no início do século XX para 70 anos nos anos 2000, com uma projeção para 2060 de uma expectativa média de vida de 81 anos (Brasil, 2023).

O envelhecimento populacional traz mudanças nas capacidades e necessidades da população, influenciando aspectos sociais e econômicos (*e.g.*, a transição demográfica aumenta os gastos com saúde e pressiona os sistemas de previdência e saúde). As doenças crônicas não transmissíveis impactam desproporcionalmente a população idosa, e os cuidados adicionais frequentemente recaem sobre as famílias (Mrejen; Nunes; Giacomin, 2023). Além disso, o crescimento da população idosa desafia os sistemas de saúde pública, exigindo adaptações nas políticas de saúde para atender ao aumento das doenças crônicas, como HAS e DM, assim como à necessidade de cuidados contínuos e multidisciplinares (Brasil, 2023; Schenker; Costa, 2019).

### *3.2 Legislações e Políticas Brasileiras*

A partir da década de 1980, a participação social na saúde começou a ganhar destaque, com a comunidade se envolvendo na discussão sobre as condições de vida e as políticas governamentais para o setor. A saúde passou a ser vista não apenas como um tema técnico, mas também como uma questão política, fortemente associada à democracia. Esse movimento foi formalizado com a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (Assis; Simões; Cavalcanti, 2012; Brasil, 1988).

Em 1986, o Ministério da Saúde lançou as “Bases Estratégicas e Operacionais” para o controle das doenças cardiovasculares, propondo uma abordagem dupla: prevenção populacional através de campanhas de conscientização e promoção de estilos de vida saudáveis, e prevenção de alto risco focada em indivíduos, como os hipertensos, para controlar fatores de risco como fumo e obesidade (Assis; Simões; Cavalcanti, 2012).

Com a continuidade da Reforma Sanitária, em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a reorganização do sistema de saúde através do fortalecimento da atenção básica, implementando o Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde se consolidou como ESF, a qual tinha como objetivo proporcionar atenção básica universal e integral, integrando-se aos demais níveis de assistência e atuando com equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atendem a uma população específica, promovendo a prevenção, o tratamento e a promoção da saúde, impactando positivamente a qualidade de vida das comunidades (Souza, 2020; Brasil, 2017).

Nos anos seguintes, a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) e a implantação do Piso Assistencial Básico Ampliado (PAB) permitiram que os municípios expandissem a

atenção básica e focassem em áreas estratégicas mínimas, reforçando a ESF. Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criando o sistema HIPERDIA para o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Este plano promoveu ações contínuas e de ampla cobertura, focando na identificação precoce, monitoramento do tratamento e educação em saúde, sempre considerando a realidade social dos pacientes (Assis; Simões; Cavalcanti, 2012).

### 3.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Entre 1975 e 2015, o número de adultos com HAS aumentou para 1,13 bilhões, refletindo um crescimento de 90%, especialmente nos países de baixa e média rendas, devido ao envelhecimento populacional e fatores de risco como alta ingestão de sódio, baixa ingestão de potássio, etilismo e sedentarismo (Lobo *et al.*, 2017; NCD-RisC, 2017; Mills *et al.*, 2016). A HAS configura-se como o mais prevalente e reversível fator de risco para agravos cardiovasculares, sendo responsável por óbitos prematuros, deterioração da qualidade de vida, elevadas demandas nos serviços de saúde, absenteísmo laboral e custos crescentes para famílias, comunidades e sistemas de saúde e previdência (Souza, 2020; Oliveira, 2013).

A HAS é mais prevalente entre os idosos, afetando entre 50% e 70% dessa faixa etária. Embora seja um determinante crítico de morbimortalidade, seu controle eficaz pode reduzir substancialmente as limitações funcionais e a incapacidade nessa população (Oliveira, 2013). A busca ativa para diagnóstico precoce e tratamento, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso, é imprescindível para reduzir complicações graves, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (Abetti e Freitas, 2011).

A maioria dos portadores de HAS é assintomática. Os sintomas, quando presentes, são geralmente inespecíficos, como dor cervical, tensão muscular, vertigem e mal-estar, tornando-se mais pronunciados e severos ao causarem danos aos órgãos-alvo, como insuficiência cardíaca, doença coronariana ou nefropatia (Prado, 2022).

As diretrizes brasileiras de 2020 para a HAS classificam a pressão arterial em: ótima, com valores inferiores a 120 por 80 mmHg; normal, com pressões abaixo de 130 por 90 mmHg; pré-hipertensão, com pressões sistólicas entre 130 e 139 mmHg e diastólicas entre 85 e 89 mmHg; hipertensão estágio I, com pressões sistólicas de 140 a 159 mmHg e diastólicas entre 90 e 99 mmHg; hipertensão estágio II, com pressões sistólicas de 160 a 179 mmHg e diastólicas entre 100 e 109 mmHg; e hipertensão estágio III, com

pressões sistólicas a partir de 180 mmHg e diastólicas a partir de 110 mmHg (Barroso *et al.*, 2020).

O tratamento da HAS envolve duas abordagens principais: medicamentosa e não medicamentosa. A terapia medicamentosa utiliza fármacos como inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas do receptor da angiotensina II, antagonistas dos canais de cálcio, betabloqueadores e diuréticos, visando reduzir a pressão arterial e minimizar os riscos de complicações. A abordagem não medicamentosa promove hábitos saudáveis, como a prática regular de atividades físicas por pelo menos 30 minutos diárias, 5 a 7 dias por semana, e uma alimentação equilibrada, com restrição de sódio, gorduras, açúcares refinados e alimentos industrializados, além do incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras. Outras recomendações incluem o abandono do tabagismo e alcoolismo, controle emocional, redução do estresse, e manutenção de um peso saudável com IMC inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> (SBC, 2016).

Um dos objetivos específicos do tratamento é atingir um alvo predeterminado de pressão arterial, que deve ser individualizado considerando a idade do paciente e a presença de doenças cardiovasculares ou fatores de risco. Em geral, a meta é reduzir a pressão arterial para menos de 140/90 mmHg, e, em pessoas mais jovens sem outros fatores de risco, metas mais baixas podem ser apropriadas, como valores abaixo de 130/80 mmHg (Prado, 2022).

### *3.4 Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento*

Apesar da eficácia dos agentes anti-hipertensivos na redução da pressão arterial, a adesão insuficiente à terapia medicamentosa, com taxas superiores a 35%, tem gerado preocupações crescentes no manejo dessa condição, contribuindo para níveis elevados de pressão arterial e complicações cardiovasculares indesejáveis na população (Nascimento e Bezerra, 2020).

O termo "adesão medicamentosa" refere-se ao grau em que as práticas de consumo de medicamentos de um indivíduo estão alinhadas às prescrições de um profissional de saúde. Nesse contexto, a não adesão é caracterizada por comportamentos como tomar doses em horários ou quantidades incorretas, esquecer de tomar uma dose prescrita, interromper o tratamento antes do tempo recomendado, ajustar a dosagem sem orientação médica, compartilhar medicamentos com outras pessoas, ou evitar a medicação devido a efeitos colaterais percebidos (Nascimento e Bezerra, 2020; Spinelli, 2020).

A adesão ao tratamento é influenciada por múltiplos fatores, dentre eles: aspectos pessoais, como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; fatores relacionados à doença, como cronicidade, ausência de sintomas e falta de complicações perceptíveis; crenças de saúde do paciente, incluindo percepção da gravidade da condição, desconhecimento, experiência familiar com a doença e autoestima; qualidade de vida relacionada ao tratamento, como custos, efeitos colaterais e complexidade

dos esquemas terapêuticos; fatores institucionais, como políticas de saúde, acesso aos serviços, tempo de espera e duração do atendimento; relacionamento com a equipe de saúde; e, por fim, outros fatores como suporte social, disponibilidade de medicamentos, confiança no sistema de saúde, barreiras culturais e linguísticas (Silva *et al.*, 2023; Souza, 2020).

O controle da pressão arterial depende tanto da participação ativa do paciente quanto do apoio da equipe de saúde dentro de um programa eficiente de manejo da HAS. A natureza crônica da doença e a ausência de sintomas perceptíveis tornam o controle dos níveis pressóricos mais desafiador. Esses aspectos ressaltam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e integrada para aumentar a adesão ao tratamento e alcançar melhores resultados para os pacientes (Oliveira, 2013; Silva *et al.*, 2023).

Para melhorar a adesão ao tratamento da HAS, diversas estratégias são identificadas na literatura (Reiners *et al.*, 2012). De acordo com Silva *et al.* (2023), essas estratégias são agrupadas em quatro categorias principais: atuação dos farmacêuticos, atuação de outros profissionais, automonitoramento e uso de tecnologias, e subsídios para aquisição de medicamentos. As ações incluem a inclusão de farmacêuticos clínicos nas equipes de saúde, programas de cuidados farmacêuticos e aconselhamento; a atuação de agentes comunitários de saúde e equipes de enfermagem; intervenções intensivas, aconselhamento, treinamentos em grupo e materiais educativos; o uso de tecnologias como aplicativos de celular, telemonitoramento e *eHealth*, bem como automonitoramento da pressão arterial e lembretes de medicação por mensagens de texto ou e-mail; e a oferta de subsídios para a compra de medicamentos em países de baixa e média renda.

#### 4. CONCLUSÃO

A má adesão ao tratamento medicamentoso para HAS entre idosos é um desafio complexo e multifacetado, que exige ações específicas para sua mitigação, especialmente no âmbito da APS. Diversos fatores influenciam essa adesão, incluindo aspectos sociodemográficos, percepção da doença, efeitos colaterais e barreiras institucionais. Para enfrentar esse problema, propõe-se estratégias como a integração de farmacêuticos às equipes de saúde, o fortalecimento do acompanhamento por agentes comunitários e profissionais da APS, o uso de tecnologias como aplicativos móveis e telemonitoramento para reforçar a rotina medicamentosa e a ampliação do acesso gratuito ou subsidiado aos medicamentos. Com a implementação dessas estratégias, espera-se que os idosos se envolvam mais ativamente no tratamento, estejam melhor informados sobre a importância da adesão medicamentosa, recebam suporte qualificado dos serviços de saúde locais e, assim, consigam controlar de maneira mais eficaz a HAS, desfrutando de uma vida mais saudável e com maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 258–268, abr. 2011.
- ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 14, n. 2, p. 65-70, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/4189>>. Acesso em: 03 ago. 2024.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. *Arq Bras Cardiol*, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201238>>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 3 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Crescimento da população idosa traz desafios para a garantia de direitos**. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/crescimento-da-populacaoidosa-traz-desafios-para-a-garantia-de-direitos>>. Acesso em: 27 jul. 2024.
- H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. 2018. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 25 de jun. de 2024.
- GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 179–190, jan. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, e60015, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- GONÇALVES, A. **Novas formas de mensurar e analisar o envelhecimento populacional no Brasil do século XXI**. 2024. Tese (Doutorado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2024. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/CAMARANO,%20Ana%20Amelia/1010>. Acesso em: 05 ago. 2024.
- HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 764–767, ago. 2008.

LINARD, A. G.; *et al.* Evaluation of the performance indicators of the Previne Brasil Program in the Massif of Baturité: Chronic Diseases. **SciELO Preprints**, 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6322>. Acesso em: 28 maio 2024.

LOBO, L. A.; *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 33, n. 6, e00035316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035316>. Acesso em: 5 dez. 2023.

MALACHIAS, M. V. B. The new paradigm of blood pressure measurement. **Arq Bras Cardiol**, v. 117, n. 3, p. 528-530, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210592>. Acesso em: 3 ago. 2024.

MILLS, K. T. *et al.* Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441–450, 2016.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

NASCIMENTO, M. O.; BEZERRA, S. M. M. S. Adesão à medicação anti-hipertensiva, controle pressórico e fatores associados na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0049>. Acesso em: 4 ago. 2024.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 37-55, 2017.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)>. Acesso em: 3 ago. 2024.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200006, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006>. Acesso em: 3 ago. 2024.

PRADO, J. P. M. Hipertensão arterial sistêmica: revisão sobre as últimas atualizações. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 20, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAMed.e11555.2022>>. Acesso em: 4 ago. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA. **Setores**. 2024. Disponível em: <<https://alianca.pe.portaldeservicos.app/setores>>. Acesso em: 3 ago. 2024.

REINERS, A. A. O. *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos na atenção básica. **Revista Ciência Cuid Saúde**, v. 11, p. 581-587, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16511/pdf>. Acesso em: 3 ago. 2024.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rev. Bras. Hipertens. São Paulo, v.107, n.3, Set. 2016.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>>. Acesso em: 27 jul. 2024

SILVA, L. A. L. B. *et al.* Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e67, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>>. Acesso em: 3 ago. 2024.

SPINELLI, A. C. Hipertensão arterial: adesão ao tratamento. **Revista Norte Nordeste de Cardiologia**, v. 10, p. 11-14, 2020. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/nn/revista/pdf/revista\\_v10n2/04-artigo-revisao-rnnc-v10n2.pdf](http://sociedades.cardiol.br/nn/revista/pdf/revista_v10n2/04-artigo-revisao-rnnc-v10n2.pdf). Acesso em: 3 ago. 2024.