







Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa

Factors related to adherence to treatment from the perspective of the old person

Guilherme Lacerda Oliveira¹ 
Débora Santos Lula-Barros¹ 
Dayde Lane Mendonça Silva¹ 
Silvana Nair Leite² 

Resumo

A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da farmacoterapia da pessoa idosa. A respeito desse fenômeno, o objetivo deste estudo foi identificar e compreender os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo com os idosos considerados não aderentes pelo instrumento de Morisky, Green e Levine. O cenário de pesquisa ocorreu no Hospital Universitário de Brasília no período de março a agosto de 2015. A relação das pessoas idosas com a adesão ao tratamento mostrou-se complexa e englobou os seguintes fatores: alterações na rotina, acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde, polifarmácia, desdobramentos dos efeitos medicamentosos, medicalização e relações com os profissionais de saúde. Para os idosos considerados não aderentes, foram observadas intencionalidades e condutas de adesão ao tratamento. Ou seja, a “adesão” e a “não adesão” são fenômenos experienciados pelas pessoas idosas de forma simultânea, acompanhando a dinâmica de vida dos indivíduos. Não obstante, o reconhecimento e a compreensão dos fatores discutidos foram importantes para o aprofundamento do conhecimento acadêmico sobre o tema, além de subsidiar o levantamento de informações cruciais para a qualificação da assistência farmacêutica local.

Palavras-chave: Adesão à Medicação. Uso de Medicamentos. Saúde do Idoso.

Abstract

Adherence to treatment is essential for the success of pharmacotherapy for old people. Regarding this phenomenon, the objective of this study was to identify and understand the factors associated with adherence to drug treatment. For this, a qualitative study was carried out with the old people considered non-adherent by the instrument of Morisky, Green and Levine. The research scenario took place at the Hospital Universitário de

Keywords: Medication Adherence. Drug Utilization. Health of the elderly.

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas; Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Florianópolis, SC, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Correspondência/Correspondence
Débora Santos Lula Barros
debora.farmacia9@gmail.com

Recebido: 22/06/2020
Aprovado: 21/12/2020

Brasília from March to August 2015. The relationship between the old people and treatment adherence proved to be complex and included the following factors: changes in routine, access to medicines and health services health, polypharmacy, consequences of medication effects, medicalization and relationships with health professionals. For the old people considered non-adherent, intentions and conduct of adherence to treatment were observed. In other words, “adherence” and “non-adherence” are phenomena experienced by old people simultaneously, following the life dynamics of individuals. Nevertheless, the recognition and understanding of the factors discussed were important for the deepening of academic knowledge on the topic, in addition to supporting the gathering of crucial information for the qualification of local pharmaceutical assistance.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade está frequentemente associado à ampliação do número de doenças crônicas não transmissíveis, das incapacidades físicas, cognitivas e mentais, bem como do consumo de medicamentos¹. As pessoas idosas com frequência necessitam utilizar cronicamente medicamentos e, nesse sentido, a promoção da adesão ao tratamento (AT) é elemento crucial para o sucesso terapêutico^{2,3}.

A AT reflete a extensão na qual o usuário segue e compactua com o tratamento recomendado em relação ao tempo, à posologia e à forma de uso². No contexto do tratamento medicamentoso, frequentemente regimes terapêuticos complexos são necessários para o manejo efetivo de diferentes comorbidades associadas, exigindo da pessoa idosa maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração³⁻⁵.

A literatura aponta alguns fatores associados a não adesão por pessoas idosas, tais como: a polifarmácia, os efeitos adversos, o desaparecimento dos sintomas, a percepção equivocada sobre o tratamento, os problemas de acesso aos medicamentos, as dificuldades na administração, o isolamento social, o baixo nível instrucional e o déficit de memória³⁻⁹. Contudo, a maior parte dos estudos recentes discutem esses aspectos no âmbito da atenção primária à saúde e, portanto, poucas pesquisas brasileiras investigam o fenômeno da AT por pessoas idosas no cenário hospitalar^{10,11}.

Um estudo qualitativo, realizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), discute que o esquecimento, a falta ou a incompletude das informações passadas pelos profissionais de saúde

e as dificuldades de acesso aos medicamentos foram pontuados como fatores que prejudicam a AT¹².

Diante da necessidade do consumo rotineiro de medicamentos pelas pessoas idosas, a caracterização dos fatores associados à AT em grupos específicos pode contribuir para aprimorar a assistência farmacêutica ofertada nos serviços de saúde, além de colaborar para a produção e a atualização do conhecimento acadêmico a respeito do tema¹³. Nesse sentido, esse estudo objetivou identificar e compreender os fatores associados à AT em pessoas idosas atendidas em um hospital do Distrito Federal (DF), Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no Centro Multidisciplinar do Idoso (CMI), serviço de referência no atendimento geriátrico e gerontológico do DF, situado no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

A pesquisa foi conduzida por um pesquisador que, por busca ativa, abordava as pessoas idosas na sala de espera do CMI antes do início das consultas, para aqueles que chegavam mais cedo, ou após o atendimento médico. Foram abordados todos os idosos que vieram aos atendimentos das manhãs de quartas e quintas-feiras no período de março a agosto de 2015. Embora a abordagem do pesquisador ocorresse no espaço coletivo do CMI, a partir do momento que a pessoa idosa consentisse com a participação no estudo, ambos eram direcionados a um consultório, para prevenir interrupções e para garantir a confidencialidade das informações.

Para a inclusão dos participantes, observou-se os seguintes critérios de inclusão: pessoa idosa sob o uso crônico de medicamentos, responsável pela condução do tratamento e sem diagnóstico prévio de demência ou transtorno psiquiátrico.

A primeira parte do formulário adotado na pesquisa apresentava perguntas para a identificação do perfil sociodemográfico dos entrevistados. Assim, foram levantadas informações referentes ao gênero, à idade, à escolaridade e ao estado civil.

Na sequência, o questionário contava com questões provenientes da escala de adesão de Morisky, Green e Levine¹⁴ (quadro 1). Essa escala psicométrica contém quatro perguntas, nas quais os idosos respondiam de forma dicotômica entre as opções “sim” ou “não”. A pontuação da escala variava de zero a quatro pontos.

Para cada resposta negativa era atribuído um ponto, enquanto que a resposta positiva recebia zero ponto. Considerou-se aderente o paciente que respondeu negativamente a todas questões e, portanto, adquiriu escore de 4 pontos. Os pacientes que atribuíram pelo menos uma resposta positiva para as perguntas, foram considerados não aderentes.

Para o grupo de pacientes considerados não aderentes, foram conduzidas entrevistas com um roteiro (quadro 2). Este questionário foi estruturado a partir de pesquisas na literatura científica³⁻⁹. Durante a entrevista, caso os participantes demonstrassem dúvidas sobre alguma pergunta, foram prestados esclarecimentos a qualquer momento e quantas vezes fossem necessárias. Sistematizou-se o registro dessas informações por meio de gravações de áudio e anotações nos formulários impressos.

Quadro 1. Medida de adesão ao tratamento do instrumento de Morisky, Green e Levine¹⁴, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Questões da escala	Sim (0)	Não (1)
Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?		
Você às vezes se descuida do horário de tomar seus medicamentos?		
Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?		
Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?		
Total		

Quadro 2. Roteiro utilizado nas entrevistas com as pessoas idosas consideradas não aderentes, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Perguntas da entrevista
O/A senhor (a) tem dificuldade tomar os medicamentos? Se sim, cite o porquê.
O/A senhor (a) altera dose ou a forma de uso quando se sente bem ou quando se sente mal?
O que o/a senhor (a) faz quando esquece de tomar os remédios?
O/A senhor (a) tem ficado sem os medicamentos? Por quê? O que faz quando fica sem?
O/A senhor (a) acha que toma muito medicamento? Por quê?
O/A senhor (a) tem alguma preocupação com o uso dos medicamentos?
O/A senhor (a) percebe os benefícios de tomar medicamentos? Fale sobre isso.
O que dificulta o/a senhor (a) de aderir/seguir o tratamento?

Autoria própria.

A captação dos participantes se deu até a saturação teórica dos elementos que emergiram das falas das pessoas idosas. Segundo a literatura, a pesquisa qualitativa tem intuito de apreender e compreender os casos selecionados, sem que haja necessidade de generalização e, portanto, as amostras são propositais¹⁵⁻¹⁷. Nesse sentido, não houve determinação prévia de amostra. Considerou-se, dessa maneira, a “amostragem teórica”.

As entrevistas qualitativas foram analisadas utilizando a técnica de análise temática do conteúdo¹⁷. Privilegiou-se a análise a partir do “tema”, pois dentro de um campo analítico, aqui contextualizado para o conteúdo da AT, a temática geralmente é reflexo de tendências, impulsos e convicções expressas nos discursos. Dessa maneira, organizou-se as falas ao adotar as seguintes etapas de análise¹⁵⁻¹⁷:

1º Leitura inicial – tratou-se de uma leitura exaustiva e compreensiva do material transcrito. Buscou-se ter uma visão do conjunto, elaborar pressupostos iniciais, organizar uma forma de classificação inicial e de orientação de análise¹⁵⁻¹⁷.

2º Análise do material - consistiu na fase de “exploração” das transcrições já organizadas inicialmente. Nesta etapa foram separados trechos, frases e fragmentos dos textos (decomposição do material), considerando os “temas” como referência na formação das próprias unidades de registro¹⁵⁻¹⁷.

3º Distribuição do material decomposto nas categorias¹⁵⁻¹⁷.

4º Redação dos textos: descrição dos resultados de categorização, considerando também as inferências dedução lógica a partir do conteúdo com premissas já aceitas de outros estudos do tema¹⁵⁻¹⁷.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências

da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UNB), sendo concedida a autorização sob o número de parecer 1.042.855. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou inicialmente com um total de 38 participantes. A partir da aplicação do instrumento de Morisky, Green e Levine¹⁴, 30 pessoas idosas (79%) foram classificadas como não aderentes. Deste grupo seguiram para a próxima etapa 27 indivíduos, pois 3 se recusaram a participar da etapa posterior. A principal razão para a recusa foi a indisponibilidade de tempo.

A maioria da amostra é composta por mulheres (71%), com 75 anos ou mais (63,2%). A idade variou entre 60 e 90 anos, sendo a média de 76±6 anos. No total de participantes, 44,7% tem escolaridade > 8 anos (tabela 1).

No grupo 2, a partir da aplicação do teste de Morisky, Green e Levine¹⁴, o comportamento não aderente mais relatado foi o descuido quanto ao horário de administração dos medicamentos, sendo reportado por 24 indivíduos (80%). Na sequência, o segundo problema mais citado foi a dificuldade de se recordar de tomar os medicamentos, que esteve presente no relato de 27 pessoas idosas (56%).

A partir dos discursos das pessoas idosas consideradas não aderentes, a análise do conteúdo relacionado à AT produziu sete categorias descritas a seguir: “alterações na rotina”, “acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde”, “polifarmácia”, “desdobramentos dos efeitos medicamentosos”, “medicalização”, “relações com os profissionais de saúde”.

Tabela 1. Caracterização do perfil das pessoas idosas entrevistados no Centro de Medicina do Pessoa idosa, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2015.

Variáveis	Grupo 1* n (%)	Grupo 2** n (%)
Gênero		
Feminino	27 (71,0)	21 (78,0)
Masculino	11 (29,0)	06 (22,0)
Idade (anos)		
60-64	02 (5,3)	01 (3,7)
65-69	04 (10,5)	03 (11,2)
70-74	08 (21,0)	06 (22,2)
75-79	12 (31,6)	07 (25,9)
≥80	12 (31,6)	10 (37,0)
Escolaridade (em anos)		
< 4	05 (13,1)	04 (14,8)
4-8	14 (36,8)	12 (44,4)
> 8	17 (44,7)	10 (37,0)
NR	02 (5,4)	01 (3,8)
Estado civil		
Casado (a)	20 (52,6)	12 (44,4)
Viúvo (a)	13 (34,2)	12 (44,4)
Solteiro (a)	03 (5,3)	03 (11,2)
Divorciado (a) ou separado (a)	02 (7,9)	00 (0,0)

*Refere-se ao total de pessoas idosas da pesquisa; **Refere-se às pessoas idosas detectadas como não aderentes.

Alterações na rotina

Apesar de não ser constante no conteúdo dos depoimentos, a forte vinculação da administração dos medicamentos com a rotina pode interferir na AT:

“[...] às vezes é o corre-corre, doutor [...] por exemplo, hoje mesmo eu não tomei o diurético, porque quando eu vou sair, eu não tomo de manhã. Porque é difícil, né? A gente vem de ônibus, então diurético eu não tomo. Mas eu tomo quando chego em casa [...]” (pessoa idosa 11).

Diante do exposto, além de investigar individualmente as preferências de tratamento, toda a questão do cotidiano do usuário deve ser explorada. A literatura demonstra que administrar os medicamentos não parece ser empecilho para a AT quando se tem uma rotina bem estabelecida^{3-9,18-20}. Dessa maneira, a gestão do tratamento medicamentoso pela pessoa idosa deve ser fruto de um acordo no

qual o profissional de saúde e o usuário alinham como ocorrerá a incorporação da terapia no dia a dia do cuidado em saúde^{2,12,18-20}.

Não obstante, ainda na esteira da AT e sua interface com a rotina diária, as pessoas idosas também partilharam as estratégias que são adotadas quando há atrasos na administração dos medicamentos:

“[...]quando eu lembro, assim, às vezes, a hora passa um pouco, uns 10 ou 15 minutos, eu tomo. Não deixo de tomar, não. Se passa muitas horas, aí eu não tomo, deixo para tomar no outro dia” (pessoa idosa 05).

Assim, considerando o uso de medicamentos como uma importante atividade instrumental de vida diária^{12,18,19,21}, também é identificada a seguinte reflexão: acompanhando a dinâmica da vida, é compreensível que as pessoas idosas auto

ajustem a forma de gerir os tratamentos. Nesse sentido, surgem desafios e, paralelamente, são desenvolvidas estratégias, que apesar de serem similares para alguns idosos, como administrar medicamentos nas refeições, na hora de dormir, entre outros, dentro da micro realidade clínica, social e emocional de cada indivíduo, o consumo da farmacoterapia não é idêntica e pode repercutir diversos desfechos¹⁹. Logo, é fundamental que a pessoa idosa seja instrumentalizada a consolidar na rotina o gerenciamento prático e efetivo de medicamentos, para garantir a continuidade do cuidado farmacológico, assim como o sucesso terapêutico do tratamento^{2,12,18,19}.

Acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde

Deixar de comprar medicamentos por motivos financeiros não foi uma constante entre os entrevistados. Entretanto, apesar do afincamento em obter os medicamentos, algumas pessoas idosas relataram maiores dificuldades financeiras:

“Ah, sem dúvida, falta é ruim [...] Às vezes alguns desses remédios eu não encontro no posto. Alguns eu não compro porque são muito caros e outros porque às vezes eu vou no posto e não tem...” (pessoa idosa 17).

“Muito bem, nós do meio humilde, nós temos dificuldade em tudo. Nós temos dificuldade para chegar até a saúde, onde cuida da saúde... Às vezes até dificuldade para comprar os medicamentos... A gente toma quando tem” (pessoa idosa 14).

Embora a discussão, a priori, tenha se concentrado na dificuldade de acesso aos medicamentos, os relatos também revelam que as desigualdades repercutem não somente no tratamento, mas refletem um cenário de precariedade geral na acessibilidade em saúde²². Para Barreto²³ grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social.

As desigualdades ora exibidas, ainda que possuam impacto sobre os diversos grupos de usuários dos

serviços de saúde, manifestam-se de forma dramática na vida da pessoa idosa. O acelerado envelhecimento populacional, cujo ritmo não é acompanhado pela execução das políticas públicas de saúde, pode colidir com uma rede de serviços que não está preparada para atender a saúde do idoso em sua integralidade³⁻⁶. Assim, ao se investigar o acesso aos medicamentos pela pessoa idosa, não se deve dissociar esse tema do itinerário adotado pelo grupo em relação à acessibilidade global ao cuidado em saúde²⁴.

Polifarmácia

Quando questionados sobre a preocupação em relação ao tratamento, os discursos ressaltavam como expressão principal a quantidade de medicamentos a ser administrada:

“[...] ah! É porque é uma porção, olha aí. Vê aí na receita, né? Muito remédio. 6 ou 8 remédios!” (pessoa idosa 11).

“Eu sei lá, todo dia todo dia vai juntando, aparecendo outras coisinhas, aí é mais além daqueles, né? [...] é a necessidade né, pronto. Pior que vai aparecendo problemas diferentes e vai ter que tomar [...] Eu preferiria não tomar” (pessoa idosa 04).

Embora tomar medicamentos constitua uma intervenção comum em saúde, a sua utilização a longo prazo possui repercussões para os indivíduos, principalmente quando os esquemas terapêuticos são complexos e enquadrados no contexto de polifarmácia^{12,18-20}.

A adoção de hábitos de cuidados de saúde é ensinada no início da vida do indivíduo, como a prática de higienização, a alimentação saudável, o estilo de vida ativo²⁵. Contudo, a necessidade do consumo rotineiro de medicamentos usualmente emerge com o processo de envelhecimento, resultando em mais uma demanda de autocuidado que, a partir da percepção de novo hábito a ser desenvolvido, pode provocar resistência por parte da pessoa idosa, principalmente quando a administração da farmacoterapia é complexa e frequente^{12,18-20}.

Desdobramentos dos efeitos medicamentosos

A experiência no cuidado de si permite à pessoa idosa a percepção de autonomia para gerenciar sua terapia:

“[...] eu sou portadora de uma asma já há muitos anos, entendeu? Então eu já aprendi a conviver com a minha doença e por isso eu tenho essa autonomia, essa liberdade de às vezes interromper um remédio ou de diminuir... desmame, né? Da cortisona... A gente toma cortisona alta e vai desmamando [...] eu por exemplo, eu sei até aonde que eu vou esperando resolver o problema em casa ou então correr para o hospital” (pessoa idosa 01).

A produção científica já aponta que a não AT é experienciada por diversos públicos e muitas vezes isso é reflexo dos efeitos medicamentosos^{16,20}. Nesse sentido, fica evidente nos relatos acima que as experiências com a farmacoterapia podem acarretar sentimentos de segurança e autonomia para ajustar o tratamento pelas pessoas idosas, ainda que isso comprometa a AT^{12,18-20}. Contudo, parte dos ajustes reportados foram listados como estratégias terapêuticas, itinerários adotados pelos usuários objetivando a saúde e o bem-estar^{12,18-20}. Assim, relatos que aparentemente seriam enquadrados somente como comportamentos não aderentes, na prática do cuidado da pessoa idosa, são reinterpretados pelos indivíduos como proteção e zelo frente a algumas respostas prejudiciais desencadeadas pelos tratamentos²⁶⁻²⁹.

Os efeitos negativos advindos do tratamento, como as reações adversas aos medicamentos, acarretam uso descontínuo e/ou interrupções da terapia pela pessoa idosa:

“[...] tomava e me dava assim uma moleza, uma fraqueza... Boca seca, sono.... Parece que me acabava. Rapaz, me dava tudo quanto é coisa. Sem coragem até de andar, de tão ruim que era o remédio. [...] eu parei” (pessoa idosa 30).

Nessa conjuntura, é importante que o olhar da pessoa idosa sobre a resposta terapêutica seja constantemente averiguado pelos profissionais de saúde, até mesmo para avaliar a pertinência e a

necessidade de manutenção ou não da intervenção proposta¹⁸⁻²⁰. Entretanto, também é conhecido que algumas classes de medicamentos, ainda que resultem reações adversas indesejáveis, são as melhores opções terapêuticas para tratar determinados casos¹⁸⁻²⁰. Logo, as reações adversas e os respectivos manejos devem ser abordados nos atendimentos periódicos em saúde, para estimar a relação risco-benefício da terapia instituída e, paralelamente, identificar o impacto desses efeitos sobre a AT²⁶⁻²⁹.

Não obstante, no que tange o tema da efetividade, também é necessário reportar às pessoas idosas que alguns grupos farmacológicos demandam certo tempo para produzir os seus efeitos e que a AT é estratégica para alcançar o sucesso terapêutico²⁶⁻²⁹.

A redução ou o prejuízo da funcionalidade percebida pela pessoa idosa também foi citada como aspecto limitador da AT:

“[...] Bom, eu tenho uns calmantes que de vez em quando eu paro [...]. Porque eu trabalho mais com tesoura e essas coisas, e eu fico meio mole, sabe? Aquela mão... deixa a tesoura cair, cai tudo. Aí eu paro um instante de tomar. Aí quando eu fico muito nervosa, começo a tomar de novo. É assim!” (pessoa idosa 26).

A funcionalidade da pessoa idosa é aspecto essencial e está vinculada à autonomia e à qualidade de vida²⁷. Os medicamentos são instrumentos elementares na prática do cuidado, mas, por precipitarem efeitos adversos debilitantes, em alguns casos, reduzem a funcionalidade das pessoas idosas^{18-20,27}. Dessa maneira, ao fazer a avaliação do tratamento, o impacto da farmacoterapia sobre a funcionalidade também deve ser considerado pelos profissionais, assim como as pessoas idosas devem ser estimuladas a reportar esses dados nos atendimentos em saúde²⁷.

Medicalização

Além das funções clínico-terapêuticas, os medicamentos podem adquirir outros significados nas vidas das pessoas idosas e, muitos desses, vão além de seu papel terapêutico. Assim, algumas entrevistas

revelam que o cuidado em saúde é compreendido também pelo ato de “utilizar medicamentos”:

“É porque a doutora tinha afastado todos os remédios de mim. Eu estava sem medicamento nenhum. Até esse período eu não estava tomando nenhum remédio. Eu fiz o pedido daquele ômega 3 para mim ir tomando, porque diz que ele é bom...” (pessoa idosa 20).

“Eu não durmo, não adianta, sem os remédios eu não durmo” (pessoa idosa 07).

A medicalização pode ser definida como a tradução ou a transformação das condições e comportamentos humanos em oportunidades de intervenções em saúde³⁰⁻³¹. Este fenômeno apregoa a ideia de que “ter problema é igual a ter medicamento”, o que, além de ser uma visão demasiadamente reducionista, contribui para a desconsideração de outras dimensões envolvidas no processo de adoecimento, como a historicidade dos sujeitos, o componente psicológico, os aspectos ecossociais, entre outros³¹. Ademais, alguns transtornos vividos pelas pessoas idosas correspondem às mudanças fisiológicas resultantes do envelhecimento, o que muitas vezes não implica o emprego de intervenções farmacêuticas como única proposta de resolução¹⁸⁻¹⁹.

Relações com os profissionais de saúde

Verifica-se, a partir da análise das entrevistas, que o apreço por parte das pessoas idosas com os médicos contribui para AT:

“Confio no médico. Que é eles é quem sabe, né? Se eles passam e explicam como é, com certeza não ofende, eu tomo” (pessoa idosa 12).

“[...] eu acho que já que os médicos passam aquele remédio, é confiável, né?” (pessoa idosa 16).

Nesta esteira, é preciso refletir os diferentes conceitos de adesão. Utilizados em trabalhos publicados na língua inglesa, há a diferenciação dos conceitos de *compliance* e *adherence*. *Compliance* “[...] sugere que o usuário segue passivamente as ‘ordens’ do profissional de saúde e que o plano de

tratamento não é baseado na aliança ou no contrato estabelecido entre ambos”³². Pode até representar uma concordância do usuário à sua prescrição, mas, preliminarmente, não houve consulta a respeito da sua vontade³². Já termo o *adherence* ou adesão, na prática, deve ser entendido como um processo que considera a participação e as vontades dos usuários em relação aos seus próprios tratamentos^{2,32}. Logo, deriva deste conceito que ser aderente pressupõe a participação ativa dos sujeitos que utilizam os medicamentos^{2-6,18,19}.

Ainda sobre o tema da relação dos profissionais de saúde com as pessoas idosas, alguns aspectos reforçam o *compliance* ao invés do *adherence* em si³². A confiança na prescrição, o baixo conhecimento sobre a própria terapia, a diminuída clareza sobre o processo saúde-doença e o número de medicamentos traduzido como cuidado de saúde acarretam obediência das pessoas idosas às instruções que lhes são passadas³⁰⁻³². Desta maneira, evidencia-se quadro de *compliance*, ainda que essas pessoas idosas possuam autonomia em suas vidas³³.

Além disso, cabe destacar que o *adherence* é um estágio avançado em relação ao conceito de *compliance*. Para além da disciplina e do consumo rotineiro de medicamentos como um hábito, que são inerentes ao *compliance*, também são necessárias a autoconsciência e a autonomia da pessoa idosa em relação ao tratamento, elementos que permitem que os usuários alcancem um novo dimensionamento, o de *adherence*^{4-6,32,33}.

Quando questionada sobre as preocupações a respeito da farmacoterapia, a pessoa idosa 15 se queixou da falta de orientações sobre os medicamentos:

“Se perguntar eles te explicam, mas se não perguntar...” (pessoa idosa 15).

De acordo com a OMS³⁴, *health literacy* é a capacidade de obter, assimilar e compreender informações de maneira a utilizá-las para manter a saúde de forma eficaz, sendo essencial para o emponderamento do sujeito. Se não há conhecimento sobre a doença e seu tratamento, não há possibilidade de refletir sobre ganhos (benefícios) ou perdas na saúde de forma autônoma.

Contudo, ressalta-se também que este tipo de educação, apesar de componente fundamental no conhecimento da saúde, ainda não está totalmente incorporado na prática assistencial²⁰. Assim, além das orientações transmitidas aos idosos em resposta às demandas espontâneas, é elementar que o profissional de saúde incorpore de forma ativa diálogos promotores de educação em saúde, sensibilizando sobre a importância da AT e do autocuidado¹⁸⁻²⁰.

O fato das entrevistas ocorrerem dentro da rotina de atendimento do serviço pode ter facilitado a captação de pessoas idosas para o estudo. Contudo, a preocupação e a ansiedade com as consultas médicas, objetivo da ida das pessoas idosas ao CMI, podem ter impactado na qualidade dos relatos, o que configura uma possível limitação dessa investigação.

CONCLUSÃO

Por diversas razões discutidas neste artigo, é notável que a AT apresenta dimensões multifatoriais para as pessoas idosas. De forma geral, foi possível identificar e compreender os seguintes fatores associados à AT: alterações na rotina, dificuldades de acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde, polifarmácia, efeitos produzidos pelos

medicamentos, medicalização e relações com os profissionais de saúde.

Ao passo que são verificados comportamentos de não AT, em algum grau, coexistem intencionalidades e condutas de adesão. Isto é, a “adesão” e a “não adesão” são fenômenos experienciados pelas pessoas idosas de forma simultânea e que se manifestam de acordo com a dinâmica de vida dos indivíduos. Portanto, não há “cumpridores/obedientes” e “não cumpridores/desobedientes”, mas momentos em que a pessoa idosa apresenta uma maior tendência para um ou outro comportamento.

No que tange o raciocínio sobre o cuidado da pessoa idosa e os seus medicamentos, vale ressaltar a importância de compreender a AT em sentido amplo e integral, pois a simples categorização das pessoas idosas em aderentes e não aderentes não oferece insumos suficientes para que o cuidado em saúde seja resolutivo e singular. Nesse sentido, são importantes o reconhecimento e a compreensão dos fatores discutidos acima. Ademais, as informações levantadas contribuem para a produção acadêmica por aprofundar as discussões teóricas referentes ao tema, aperfeiçoando debates a partir da perspectiva daqueles que melhor experienciam o fenômeno: os usuários dos medicamentos.

Editado por: Daniel Gomes da Silva Machado

REFERÊNCIAS

1. Moreira FSM, Jerez-Roig J, Ferreira LMBM, Dantas APQM, Lima KC, Ferreira MAF. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2073-82.
2. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200080.
3. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por pessoas idosas usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):74-86.
4. Chakrabarti S. Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World J Psychiatry*. 2018;8(5):114-24.
5. Kleinsinger F. The Unmet challenge of medication non adherence. *Perm J*. 2018;22:18-33.
6. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e016982.
7. Atinga RA, Yarney L, Gavu NM. Factors influencing long-term medication non-adherence among diabetes and hypertensive patients in Ghana: a qualitative investigation. *PLoS ONE*. 2018;13(3):e0193995.
8. Mazzaia MC, Souza MA. Adesão ao tratamento no Transtorno Afetivo Bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2017;(17):34-42.
9. Usherwood T. Encouraging adherence to long-term medication. *Aust Prescr*. 2017;40(4):147-50.

10. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPS. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(3): 53-61.
11. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(116): 79-90.
12. Lula-Barros DSL, Mendonça-Silva DL, Leite SN. Access and use of medicines by elderly individuals with dementia. *Braz J Pharm Sci.* 2019;55:e17539.
13. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Francisco PMSB. Polypharmacy in community-based older adults: results of the Fibra study. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019; 2(5):e190118.
14. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279-89.
15. Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
16. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições, 1977.
18. Lula-Barros D, Itacaramby D, Mendonça-Silva D, Leite S. A conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos. *Infarma [Internet].* 2016;28(2):68-74.
19. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos. *Interface (Botucatu).* 2015;19(54):527-36.
20. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(1):e0024071.
21. Nunes DP, Brito TRP, Giacomini KC, Duarte YAO, Lebrão ML. Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Suppl 2):e180019.
22. Barros MBA. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:1-8.
23. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(7):2097-108.
24. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate.* 2019;43(Esp 7):204-21.
25. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(3):540-8.
26. Ribeiro AG, Cruz LP, Marchi KC, Tirapelli CR, Miasso AI. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(6):1825-33.
27. Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, de Paiva MM. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3557-64.
28. Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Abebe TB, Tefera YG, Abegaz TM. Adverse effects and non-adherence to antihypertensive medications in University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital. *Clin Hypertens.* 2019;25:1-9.
29. Devine F, Edwards T, Feldman SR. Barriers to treatment: describing them from a different perspective. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:129-33.
30. Esher A, Coutinho T. Uso racional de medicamentos, farmacêuticação e usos do metilfenidato. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(8):2571-80.
31. Birrer RB, Tokuda Y. Medicalization: a historical perspective. *J Gen Fam Med.* 2017;18(2):48-51.
32. Settineri S, Frisone F, Merlo EM, Geraci D, Martino G. Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *J Multidiscip Health.* 2019;12:299-314.
33. Baptista MKS, Santos RM, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20170064.
34. World Health Organization. Health promotion: Health Literacy [Internet]. Geneva: WHO; 1998 [acesso 10 maio 2017]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>