

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

William Lucas Ferreira da Silva

**Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos
brasileiros: uma revisão sistemática**

Juiz de Fora

2021

William Lucas Ferreira da Silva

**Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos
brasileiros: uma revisão sistemática**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Danielle Teles da Cruz

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira da Silva, William Lucas .

Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros: uma revisão sistemática / William Lucas Ferreira da Silva. -- 2021.

135 f. : il.

Orientador: Danielle Teles da Cruz

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do Idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Assistência Farmacêutica. 5. Adesão ao Tratamento Farmacológico. I. Teles da Cruz, Danielle , orient. II. Título.

William Lucas Ferreira da Silva

**Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Farmacológico em Idosos Brasileiros:
uma revisão sistemática**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 08 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Danielle Teles da Cruz - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Benilson Beloti Barreto
Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos



Prof. Dr. Marcelo Silva Silvério
Universidade Federal de Juiz de Fora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, que sempre me incentiva com as oportunidades e acredita em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por ter me proporcionado com esta incrível oportunidade de formação, por iluminar e guiar os meus passos ao longo desta trajetória, por ser minha referência de força e persistência nos momentos de dificuldades e de incertezas, por ter me abençoado com diversas experiências de crescimento pessoal e profissional e por ter colocado pessoas tão especiais e queridas no meu caminho que somaram muito com esse mestrado.

Aos meus pais, Wilson e Cida, que me deram a oportunidade de estudar e são a minha referência de honestidade, caráter e integridade. Em especial, à minha mãe por ser meu aparato de incentivo, de força e de motivação durante todos esses anos, por acreditar neste sonho antigo e em tantos outros que virão, e não medir esforços para me ver realizando e sendo feliz. Obrigado por tudo e para sempre!

Aos meus irmãos Wilsinho e Wilza, pela amizade, parceria, incentivo constante e momentos de descontração.

À minha namorada Jéssica, por todo amor, cumplicidade e carinho, por acreditar mais em mim do que eu mesmo, por todas as palavras de motivação nos instantes necessários, por ter sido minha maior escuta e pela compreensão nos momentos de ausência. Você foi meu conforto do início ao fim, obrigado!

À minha orientadora, Profa. Dra. Danielle Teles da Cruz. Talvez seja difícil expressar toda minha admiração, respeito e gratidão. Esse sonho só foi possível, porque tive você do meu lado. Agradeço pela paciência, amizade, competência, seriedade, ensinamentos, apoio, inspiração profissional e pelas inúmeras oportunidades. Obrigado por ter feito parte da minha história e por fazer a diferença na vida das pessoas, com seu senso de justiça social e pela defesa do direito à saúde e de um SUS de qualidade para todos.

Aos membros da banca examinadora - Prof. Dr. Marcelo Silvério, Prof. Dr. Benilson Beloti, Profa. Dra. Isabel Leite e Profa. Dra. Mariana Linhares - pela disponibilidade para contribuírem com este trabalho.

Aos alunos de iniciação científica Raphael e Leonardo por aceitarem este desafio, pela oportunidade de ensinar e aprender com vocês, pela amizade e pelo comprometimento, interesse, dedicação e seriedade na condução deste estudo. Vocês foram essenciais, minha eterna gratidão.

Aos meus familiares, padrinhos, amigos e colegas de trabalho por todo apoio, palavras de positividade e compreensão em diversos momentos em que estive ausente.

À minha querida turma de mestrado 2019-2021, por toda sintonia, conhecimento compartilhado e senso de coletividade nas aulas e atividades em grupo. Vocês são inesquecíveis! Em especial, a Isabela e a Graziela pela amizade, parceria e compartilhamento de ideias e experiências.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, por ter superado as minhas expectativas. Aos professores pela indubitável contribuição na minha formação acadêmica, e aos funcionários do NATES pela cordialidade e atenção.

A CAPES pelo apoio financeiro durante o primeiro ano.

Aos idosos brasileiros por constituírem-se como público-alvo deste estudo e por me instigar a pesquisar e aprofundar meus conhecimentos sobre os múltiplos aspectos da saúde do idoso.

A todos que de alguma forma estiveram envolvidos nesta caminhada, muito obrigado.

Por fim, a Universidade Federal de Juiz de Fora por ter sido meu lar de transformação pessoal e profissional nos últimos anos. Tenho muito orgulho de ter pertencido e levarei as experiências dessa jornada por onde eu for. Gratidão!!!

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.”

(Paulo Freire)

Viva o SUS!

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fato marcante e crescente na maioria das sociedades e se caracteriza principalmente como uma alteração no perfil de morbimortalidade e mudança na estrutura etária de uma determinada população, com o aumento na proporção de pessoas idosas. No Brasil, o processo de envelhecimento ocorre de forma rápida e impõe desafios para as políticas públicas e os serviços de saúde. Diante de alterações intrínsecas ao envelhecimento dos indivíduos e as diversas modificações da farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento, é imprescindível o processo acurado para a tomada de decisão relacionada à utilização de medicamentos de forma a evitar que os problemas associados sejam mais frequentes que os benefícios terapêuticos. A não adesão ao tratamento farmacológico é considerada um grave problema de saúde pública e de natureza multifatorial, visto que envolve o sistema de saúde, as políticas de saúde, a família, a comunidade, os profissionais de saúde e os pacientes. Tem como desdobramento impactos negativos na saúde individual e coletiva, haja vista o descontrole de doenças e agravos em saúde, e o impedimento do cumprimento de uma etapa essencial para o sucesso da farmacoterapia proposta. A atenção primária à saúde em decorrência dos atributos que a permeiam, oferta alto potencial para o gerenciamento adequado do tratamento farmacológico e para o fomento de ações que entendam as reais necessidades dos indivíduos, respeitando aspectos geracionais, culturais e sociais. Configura-se assim como um nível privilegiado de observação das questões envolvidas na não adesão. Diante desse contexto, o objetivo do estudo foi identificar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros no âmbito da atenção primária à saúde. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com metodologia recomendada pela Colaboração *Cochrane*. O protocolo dessa revisão foi registrado na PROSPERO e foram analisados artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados *SciELO*, *MEDLINE* (via PubMed), *LILACS*, *Embase* e *Web of Science* no período de janeiro de 2010 a junho de 2020. A seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois revisores, por meio do aplicativo de seleção *Rayyan* QCRI. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos nove estudos na revisão sistemática que revelam alta prevalência da não adesão à farmacoterapia, sendo a Escala de Morisky-Green (4-itens) o principal método de aferição. Os resultados apontam as dificuldades de acesso aos medicamentos, as multimorbidades, a polifarmácia, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, o grau de confiança no profissional de saúde e na prescrição, as crenças, a autopercepção de saúde negativa, a incapacidade funcional e as condições socioeconômicas como os principais fatores associados à não adesão à farmacoterapia na atenção primária à saúde. A literatura reconhece a não adesão ao tratamento farmacológico como um problema de saúde pública muito frequente na população idosa brasileira assistida na atenção primária à saúde. Os achados revelam a complexidade das interações entre os diversos fatores associados à não adesão e a potencialidade de consequências negativas para o controle das condições de saúde. Destaca-se que grande parte destes fatores são passíveis de intervenção nesse nível de atenção à saúde em prol de estratégias para o uso racional de medicamentos e

para o envelhecimento saudável. É eminente que este estudo pode contribuir para o direcionamento de novas estratégias e avanços do cuidado farmacêutico como modelo de prática efetivo para a atenção à saúde do idoso na sociedade brasileira.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Assistência Farmacêutica. Adesão ao Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Population aging is a marked and growing fact in most societies, characterizing changes in the morbidity and mortality profile and the age structure, due to an increase in the proportion of elderly. In Brazil, the aging process occurs quickly and poses challenges for public policies and health services. The changes intrinsic to the aging of individuals are associated with alterations in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the drugs. Hence, an accurate process for decision-making is essential to prevent that drug therapy problems become more frequent than the therapeutic benefits. Non-adherence to pharmacotherapy is considered a public health problem. It presents a multifactorial nature, involving the health system, the health policies, the family, the community, the health professionals, and the patients. It has negative impacts on individual and collective health, given the lack of control of diseases and health problems, and the failure to accomplish an essential step for the success of the proposed pharmacotherapy. Due to the attributes that permeate it, primary health care offers a high potential for the proper management of pharmacological treatment and promotion of actions that understand the real needs of individuals, respecting generational, cultural, and social aspects. It configures a privileged point to observe the issues involved in non-adherence. In this context, the study aimed to identify the factors associated with non-adherence to pharmacological treatment in elderly Brazilians assisted by primary health care. This study is a systematic literature review using the methodology recommended by the Cochrane Collaboration. The protocol of this review was registered in PROSPERO. The research carried out comprehended articles published in Portuguese, English, and Spanish from January 2010 to June 2020, accessed in the following databases: SciELO, MEDLINE (via PubMed), LILACS, Embase, and Web of Science. Study selection was performed independently by two reviewers using the Rayyan QCRI selection application. After applying the eligibility criteria, nine studies were included in the systematic review that reveals a high prevalence of non-adherence to pharmacotherapy, with the Morisky-Green Scale (4-items) being the most frequent measurement method. The results point that the main factors related to non-adherence to pharmacotherapy in primary health care are difficulties in medication access, multimorbidities, polypharmacy, the use of potentially inappropriate medications for the elderly, the degree of trust in the health professional and the prescription, beliefs, negative self-perception of health, functional disability, and socioeconomic conditions. The literature recognizes non-adherence to pharmacological treatment as a frequent public health problem in the Brazilian elderly population assisted in primary health care, triggered by several factors, such as memory, cognitive decline, attention, and concentration. The findings reveal the complexity of interactions between the various factors associated with non-adherence and the potential for negative consequences for the control of health conditions. It is noteworthy that most of these factors are subject to intervention at this level of health care in favor of strategies for the rational use of medications and for healthy aging. It is eminent that this study can contribute to directing new strategies and advances in pharmaceutical care as an effective practice model for healthcare for the elderly in Brazilian society.

Keywords: Aging. Health of the elderly. Primary Health Care. Pharmaceutical Assistance. Adherence to pharmacological treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Transição Demográfica no Brasil	21
Figura 2: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.....	30
Figura 3: Necessidades da população relacionadas ao uso de medicamento, a nível individual e coletivo.....	43
Figura 4: Processo de cuidado farmacêutico.....	46
Quadro 1: Descrição da estratégia PICO utilizada.	74
Quadro 2: Estratégia de busca para pesquisa nas bases de dados.....	75
Figura 1. Fluxograma do processo de busca, etapas de seleção e motivos de exclusão dos estudos selecionados para a revisão sistemática. Juiz de Fora, MG, 2021.....	88
Tabela 1. Características e resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática. Juiz de Fora, MG, 2021.....	89
Tabela 2. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	90
Tabela 3. Métodos de avaliação, prevalência e fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos. Juiz de Fora, MG, 2021.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGS	<i>American Geriatric Society</i>
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CBMPII	Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNP	Conferência Nacional da Pessoa Idosa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DeCS	Descritores em Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAM	Eventos Adversos a Medicamentos
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
EUA	Estados Unidos da América
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MMAS-8	Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de <i>Morisky</i>
MPI	Medicamentos Inapropriados para Idosos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PBE	Prática Baseada em Evidência
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNI	Política Nacional do Idoso
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PRF	Problemas Relacionados à Farmacoterapia
PRM	Problema Relacionado ao Uso de Medicamento
Pró-Genéricos	Associação Brasileira de Indústrias de Medicamentos Genéricos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESC	Serviço Social do Comércio
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
Web of Science	<i>Institute for Scientific Information Web of Knowledge</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS E PERSPECTIVAS.....	19
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO IDOSO....	30
2.3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA.....	38
2.3.1 O Cuidado Farmacêutico	44
2.4 OS DESAFIOS DA FARMACOTERAPIA DIANTE DO ENVELHECIMENTO.....	47
2.4.1 O Envelhecimento Biológico	47
2.4.2 Processo Farmacoterapêutico no Idoso	49
2.5 A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	60
3 OBJETIVOS	71
3.1 OBJETIVO GERAL	71
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	71
4 MÉTODO	72
4.1 DESENHO DO ESTUDO	73
4.2 PROTOCOLO E REGISTRO	74
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	74
4.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	75
4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	76
4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	77
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A - CERTIFICADO DE CURSO DE CAPACITAÇÃO	131
APÊNDICE B – REGISTRO NA BASE DE DADOS PROSPERO.	132

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno da atualidade, consolidado em praticamente todos os países do mundo. No Brasil, o seu desenvolvimento é acelerado e impõe desafios aos gestores e aos profissionais de saúde a percorrerem caminhos em busca de estratégias e ações efetivas para o atendimento às demandas geradas, como a ocorrência de doenças crônicas não degenerativas (DCNT) e o adoecimento da população idosa, que resulta em maior procura pelos serviços de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (ALEXANDRINO et al., 2019; GOUVEIA, 2012; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As alterações rápidas na pirâmide demográfica brasileira, impõe a necessidade de compreender o processo de envelhecimento populacional como um conjunto de modificações funcionais, psicológicas, cognitivas, sociais e fisiológicas. Ademais, pressiona os recursos da saúde e a otimização dos modelos de cuidado e de políticas públicas que proporcionem melhor qualidade de vida e bem-estar aos idosos brasileiros (ALEXANDRINO et al., 2019; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Com mudanças no perfil de morbimortalidade da população idosa, o tratamento farmacológico é um meio de intervenção relevante para a prevenção e controle de doenças e agravos em saúde. Entretanto, muitos são os problemas farmacoterapêuticos provenientes das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos associados ao envelhecimento biológico. Esse panorama, tende a desencadear o uso de múltiplos medicamentos, e conseqüentemente originar dificuldades para a adesão e a administração dos medicamentos (DRUMMOND, SIMÕES, ANDRADE, 2020; GADELHA et al., 2016; LEITE; VASCONCELOS; 2003; LUTZ; MIRANDA; ODA; CABRERA, 2014; OLIVEIRA et al., 2020; REMONDI, 2017; SECOLI, 2010; TAVARES et al., 2016).

Cada vez mais, estudos têm demonstrado o aumento da prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico em pessoas idosas. Caracterizada como um problema de saúde pública, a não adesão se revela preocupante por suas implicações negativas na saúde individual e coletiva da população, resultando em desafios constantes para a Assistência Farmacêutica (AF)

(ARRUDA et al., 2015; LEITE; VASCONCELOS; 2003; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014; TAVARES et al., 2013; TAVARES et al., 2016).

Frente ao exposto e após a realização de um curso de capacitação voltado para o desenvolvimento de revisões sistemáticas e também da observação de lacunas na literatura com relação a não adesão ao tratamento farmacológico, surgiu o interesse e a motivação para a realização de uma revisão sistemática. A escolha da proposta sustenta-se ainda na relevância da abordagem da não adesão ao tratamento farmacológico para o campo da saúde coletiva, da assistência farmacêutica e também da centralidade da APS para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Considerando as questões supracitadas, o presente estudo apresenta como objetivo determinar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros no âmbito da APS através da realização de uma revisão sistemática da literatura.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS E PERSPECTIVAS

O envelhecimento populacional é um fato marcante e crescente na maioria das sociedades e se caracteriza como uma mudança na estrutura etária de uma determinada população, como um aumento na proporção de pessoas idosas acima de uma determinada idade (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; MIRANDA; SILVA; MENDES, 2016). O processo de envelhecimento populacional é resultado das transições demográficas e epidemiológicas, que inicialmente ocorreram em países desenvolvidos, e mais recente nos países em desenvolvimento, porém em um ritmo acentuado (VERAS; OLIVEIRA, 2018a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025, existirá aproximadamente 1,2 bilhões de indivíduos idosos no mundo. A projeção para o ano de 2050 é em torno de 2 bilhões, com maior evidência principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WHO, 2015).

O Brasil seguindo os critérios da OMS estabelece como idoso o indivíduo que tem 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010). O número de idosos no país, passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos), alcançando cerca de 32 milhões em 2020 (VERAS; OLIVEIRA, 2018a). Em 2070, a estimativa é que a proporção da população idosa brasileira (acima de 35,0%) seria, inclusive, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos (IBGE, 2016).

O envelhecimento não se dá de forma semelhante e constante no mundo. Na França, o processo foi muito lento, demorando quase 150 anos para passar a proporção da população com mais de 60 anos de 10 para 20%, na Suécia foram cerca de 100 anos, enquanto que o Brasil, a China e a Índia terão pouco mais de 20 anos para se adaptar da mesma maneira, porém de forma muito acelerada (WHO, 2015).

Envelhecer é um processo social, progressivo e multifatorial, sendo considerado uma experiência potencialmente bem-sucedida, que não é um sinônimo de doença ou inatividade, mas sim resultante de um processo de transição ao longo de toda uma vida. O indivíduo idoso, deve encarar esse

processo como uma condição inerente a vida e que sofre influência direta da sua qualidade de vida e de seu contexto social (DAWALIBI et al., 2013; GOUVEIA, 2012).

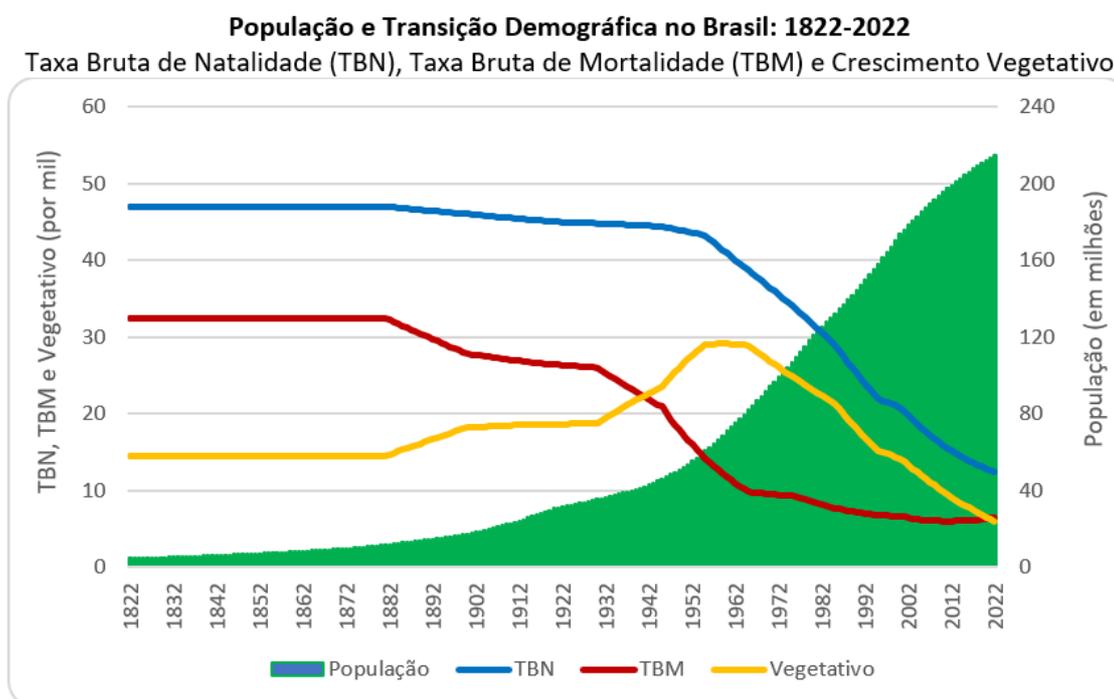
Para o desenvolvimento humano o envelhecimento populacional é um grande marco, quando acompanhado de qualidade de vida e de autonomia. Isso reflete, na Declaração de Envelhecimento da OMS em 1996: “os idosos saudáveis são uma fonte de recursos para suas famílias, suas comunidades e a economia”. Esse processo também representa como um dos principais desafios para o século XXI, visto que, é necessária uma constante estruturação das políticas de atenção ao idoso (GOUVEIA, 2012).

Em qualquer sociedade, os quatro fatores mais significativos e importantes ao se avaliar o envelhecimento populacional, são a taxa de fecundidade, a expectativa de vida, a migração e a imigração. É evidente que, este processo é um resultado direto da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida (LUNENFELD; STRATTON, 2013). No processo de envelhecimento populacional, o aumento da longevidade é perceptível, devido à transição demográfica, que é um fenômeno gradativo de redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, resultando na ocorrência de mudanças na estrutura etária de uma determinada sociedade (ALVES, 2018; KINSELA; PHILLIPS, 2005).

No transcorrer de três séculos - XIX a XXI - observa-se uma alteração significativa em relação à computação da faixa etária. Antes do século XIX, na maior parte do mundo, a esperança de vida ao nascer estava abaixo de 25 anos de idade. Ao mesmo tempo que, havia altas taxas brutas de mortalidade, a sociedade gerava muitos filhos, mantendo assim também elevadas taxas brutas de natalidade. Isso ocorria de forma que, o número de sobreviventes nas grandes guerras fosse maior que o número de pessoas falecidas. No século XX, com a diminuição da tríade de letalidade composta por guerras, miséria e doenças, atrelado ao crescente desenvolvimento econômico, urbano e industrial, houve uma diminuição nas taxas de mortalidade, com reflexo em uma consequente redução nas taxas de natalidade, observada em várias sociedades (ALVES, 2018).

No século XXI, houve expressiva redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, o que levou ao aumento do número absoluto e relativo de pessoas idosas. Assim, na contemporaneidade, o envelhecimento da população representa um dos fenômenos mais marcantes das sociedades, com considerável aumento e modificação das demandas sociais, culturais e econômicas (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

Como forma de mensurar o crescimento de uma determinada sociedade, destaca-se o crescimento vegetativo, definido como uma taxa calculada a partir da diferença entre as taxas de mortalidade e nascimento, comumente empregada em estudos com populações (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016). Na Figura 1, é apresentada a transição demográfica no Brasil entre os anos de 1900 e 2000, demonstrando acentuadas quedas de mortalidade e natalidade e uma consequente queda do crescimento vegetativo, influenciada diretamente pelo fluxo migratório crescente.



Fonte: IBGE, Séries históricas e estatísticas e Projeções (revisão 2013) <https://www.ibge.gov.br/>

Nota: os valores dos intervalos foram interpolados

Figura 1: Transição Demográfica no Brasil (Fonte: ECODEBATE, 2018).

Nessa transição, muitos fatores implicam na queda das taxas de mortalidade, como o saneamento básico, a segurança alimentar, o acesso aos serviços de saúde e o avanço de novas tecnologias no campo da saúde. Em relação à natalidade, variáveis as quais refletem, neste processo, são o aumento da renda, o trabalho como fator decorrente do processo de industrialização e urbanização, a redução das desigualdades sociais, o aumento do acesso e nível educacional, e a ampliação dos sistemas de proteção social (ALVES, 2018).

Diferente do que ocorre em outros países, no Brasil, o envelhecimento não se dá de forma homogênea em todas as regiões do país. A população nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, é mais jovem, enquanto que nas regiões Sudeste e Sul é mais envelhecida (percentual de idosos é 15,7 e 16%, respectivamente). Essas disparidades ocorrem devido a fatores socioeconômicos, ambientais e culturais, decorrentes do processo histórico de desenvolvimento econômico e político do país, que refletem no perfil de longevidade da população (IBGE, 2015; GOUVEIA, 2012; REICHERT, 2015).

A taxa de fecundidade brasileira manteve-se estável nos últimos anos. A estimativa nacional em 2015 para cada mulher era de 1,8 filho, já em 2018 chegou a 1,77. Apesar da estabilidade, é observada uma tendência de queda na taxa de fecundidade, principalmente nas regiões Sudeste e Sul. A queda na taxa de fecundidade tende a reduzir consequentemente o número de nascimentos ao longo do tempo. No que diz respeito à expectativa de vida, é observado um crescimento constante nos últimos anos (IBGE, 2018). Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é de 76,6 anos, sendo 73,1 para homens e 80,1 para mulheres (IBGE, 2020).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de idosos chegará a um quarto da população até 2060, e haverá mais idosos do que crianças vivendo em território brasileiro. Essas projeções corroboram na evidenciação da transição demográfica enquanto um dos alicerces do envelhecimento populacional, juntamente com a transição epidemiológica (IBGE, 2018).

A transição epidemiológica é fortemente associada ao envelhecimento populacional, e caracteriza-se pela mudança no perfil de morbimortalidade em uma população, sendo influenciada também por causas externas, como

acidentes e violências (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008; CASTIGLIONI, 2012). Basicamente, a transição epidemiológica envolve o deslocamento da carga de morbimortalidade da população mais jovem à população mais idosa, e substitui a alta incidência de doenças infectocontagiosas ou transmissíveis por DCNT e causas externas (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Com esse cenário, a morbidade passa ser um fator importante, já que as pessoas idosas passam a viver com uma condição crônica por muitos anos, e deixam de ter mais quadros agudos, que geralmente ocasionava em morte. Essas condições crônicas são as principais causas de morbimortalidade no mundo, e frequentemente estão associadas no envelhecimento (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Dentre as condições crônicas estão as doenças não infecciosas, como diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório, depressão e demência, e doenças infectocontagiosas, como a AIDS (TANNURE et al., 2010). No que diz respeito às DCNT, estudos atuais evidenciam que os índices de morte já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições, situação potencialmente agravada quando se considera de maneira isolada a população idosa (GOULART, 2011; DUNCAN et al., 2012).

Como pode ser observado, as mudanças na estrutura etária, na carga global de doenças e no perfil epidemiológico das populações são processos extremamente dinâmicos e que sofrem a influência de diversos fatores. Dentro desse contexto, a pandemia de COVID-19 assume destaque ao provocar alterações profundas nas sociedades e implicações diretas no processo de envelhecimento populacional, pois impeli novas configurações sobre o modo de viver (BARBOSA et al., 2020; ROMERO et al., 2021).

Desde os primeiros estudos e análises, as pessoas idosas foram identificadas como grupo de risco, o risco aumentado de morte relaciona-se ao aumento da idade e à presença de doenças crônicas. A incidência da doença é mais observada na população adulta, enquanto a letalidade é maior na população idosa (BARBOSA et al., 2020; ROMERO et al., 2021). No Brasil verificou-se que 69,3% dos óbitos ocorreram em idosos e destes, 64%

apresentavam ao menos um fator de risco (BARBOSA et al., 2020; ROMERO et al., 2021; KALACHE et al., 2020).

Outro aspecto importante no contexto pandêmico é o processo de evolução do conhecimento a respeito do vírus, da doença, das medidas de controle, da vacinação e de outros elementos fundamentais para o convívio com as mudanças acarretadas pela pandemia que vem produzindo essas repercussões não apenas no aspecto biológico e epidemiológico, mas também sociais, políticos, econômicos e culturais (DOMINGUES, 2021; LIMA, ALMEIDA, KFOURI, 2021).

O processo de comunicação apresenta como um desafio constante diante do excesso de informações disponibilizadas nas redes de comunicação, mas que repercute positivamente na proteção individual e coletiva, como o incentivo a adesão à campanha de vacinação iniciada em 2021. Cabe ressaltar que, com o processo de vacinação, a configuração do perfil de prevalência em pessoas idosas acometidas pela doença, está em constante modificação, implicando consequentemente nos efeitos diretos provocados neste grupo populacional que foi priorizado na Programa Nacional de Imunizações (PNI) (DOMINGUES, 2021; LIMA, ALMEIDA, KFOURI, 2021).

Os agravos decorrentes da pandemia no Brasil foram intensificados principalmente diante do contexto das desigualdades sociais que predispõem os idosos ao maior risco de pobreza, fragilidade laboral, perda de suporte social, sofrimento psíquico, invisibilidade, distanciamento social e discriminação. É fundamental destacar que a pandemia expôs marcadores sociodemográficos importantes como a maior susceptibilidade das mulheres, dos negros, dos indivíduos de baixa escolaridade e baixa renda às complicações da COVID-19, resultando em impasses para a estruturação de uma sociedade saudável e garantia de um envelhecimento digno e respeitoso (BARBOSA et al., 2020; ROMERO et al., 2021; KALACHE et al., 2020).

O bem-estar na idade avançada é fundamental para a condição de um envelhecimento saudável - um processo de desenvolvimento e de manutenção em relação à capacidade funcional, que associa a articulação das capacidades físicas e mentais, bem como o contexto de vida e as relações sociais de um indivíduo. Dessa maneira, o bem-estar sofre impacto de condições subjetivas,

envolvendo sentimentos de satisfação, felicidade e realização (TAVARES et al., 2017; WHO, 2015).

De acordo com a OMS, o envelhecimento saudável é amplo e abrange todos as pessoas idosas, independente da presença de DCNT e/ou agravos de saúde. Nesse contexto, há relação é direta com a mensuração de qualidade de vida, devendo ser vista como um processo no qual a construção e o desenvolvimento de habilidades irão proporcionar ao idoso viver da melhor forma possível, se comparado ao fato de viverem por um período de tempo maior (WHO, 2015).

Com efeito, envelhecer de forma saudável é uma preocupação global, já que é necessário a compreensão, a evolução e o desenvolvimento de suas quatro dimensões: biológica, psicológica, espiritual e social. Sob esse prisma, a dimensão biológica envolve um conjunto de hábitos e de comportamentos inerentes ao estilo de vida, como práticas de atividade física, alimentação saudável, não ser etilista e nem tabagista. Tudo que envolve tal dimensão, têm impacto direto na proteção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e agravos de saúde (TAVARES et al., 2017)

Inclusive, a dimensão psicológica tem relação com o otimismo e com a felicidade, que na etapa do envelhecimento são marcados pela articulação da rede de apoio social, qualidade de vida e atividades de rotina realizadas por idosos. Na dimensão espiritual, estão agregadas à fé e à espiritualidade, como suporte para lidar com as dificuldades cotidianas, suporte para os desafios e promover virtudes como gratidão, sabedoria e compaixão (TAVARES et al., 2017).

Como um alicerce, a dimensão social é capaz de refletir as relações sociais de um idoso, no qual mensura a capacidade de relacionar-se com a família, com um companheiro, amigos e/ou em atividades coletivas. Desse modo, a ambivalência das relações, como a capacidade de encontrar apoio de forma recíproca e singular nas relações tem um impacto muito significativo pelos idosos, principalmente através do trabalho voluntário. Ademais, a autonomia e a independência são questões centrais nesse processo, sendo a autonomia o poder de tomar decisões e agir e a independência a capacidade de realizar

tarefas e atividades sem o auxílio de outras pessoas (ALMEIDA et al., 2019; CRUZ et al., 2010; TAVARES et al., 2017).

Ainda, existem outras duas classificações de envelhecimento, de acordo com a literatura: o envelhecimento ativo e o envelhecimento bem-sucedido. Sob o envelhecimento ativo, diz respeito a participação do idoso de forma ativa na sociedade em múltiplas atividades, tendo também quatro dimensões: social, atividade física, intelectual e do trabalho. Nessas dimensões, são consideradas a capacidade do idoso de socializar-se e de frequentar grupos e/ou associações, prática regular de atividades físicas, uso da internet e/ou participação em cursos regulares, e o exercício de algum trabalho remunerado, mesmo que já aposentado (SOUSA et al., 2018).

Já o envelhecimento bem-sucedido é um termo utilizado para caracterizar idosos que não têm dependência contínua ou de cuidadores; são autônomos e capazes de contribuir na sociedade através de suas habilidades (NADAI et al., 2018). Embora existam diversos termos empregados na literatura para classificar o envelhecimento - o envelhecimento saudável é o termo mais adequado e recomendado pela OMS - se comparado aos outros mencionados (WHO, 2015).

Marcadores sociais acompanham o envelhecimento populacional, como é o caso da feminização da velhice, na qual existe maior proporção de mulheres do que homens entre os idosos brasileiros, especialmente nas idades mais avançadas, mesmo com as diferenças regionais. Cabe salientar, que embora as mulheres envelheçam mais, geralmente elas têm pior qualidade de vida se comparadas aos homens. Princípios decorrentes de toda história de vida e efeitos das relações de gênero, que influenciam no acesso desigual as oportunidades que impactam na qualidade de vida (SOUSA et al., 2018).

Historicamente, alguns determinantes de desigualdades estruturam a sociedade brasileira como o racismo, o machismo, o patriarcado e a religiosidade. Além de promoverem desigualdade, tais determinantes criam situações repetidas que mostram as diferenças entre os diversos grupos sociais, gerando trajetórias que nem sempre terminam no envelhecimento, como é o caso de negros e indígenas (RABELO et al., 2018; SILVA et al., 2018; SILVA et al., 2019a).

De forma bem preocupante, o racismo destaca-se como um determinante estruturante das iniquidades sociais e em saúde. No Brasil, sua influência no envelhecimento é notável, já que a maioria dos idosos são brancos, ainda que a população negra represente mais de 50% dos brasileiros no total. Além disso, o retrato social revela que a expectativa de vida do negro sempre foi menor se comparada ao branco, e isso é realidade até os dias atuais, bem como maiores chances de morte materna e infantil, e menor acesso aos serviços de saúde. Tal panorama, reforça os desafios diante do envelhecimento, visto que os negros vivem menos e dentro de uma estrutura marcada por iniquidades sociais e de saúde e que os colocam a margem. (PAIXÃO et al., 2010; RABELO et al., 2018; SILVA et al., 2018; SILVA et al., 2019a).

A violência contra a pessoa idosa é um marcador social e também um grave mazela de saúde pública, enfrentado cotidianamente pelos idosos brasileiros, que além de conviverem com escassas atividades de lazer, angústias pelos baixos salários, aposentadorias e pensões, e com dificuldades relacionadas à assistência à saúde, sofrem com medo de violências (VERAS et al., 2009).

A OMS (2002) define a violência contra os idosos como sendo qualquer ato ou falta de ato, único ou repetido, proposital ou impensado que cause danos e sofrimento desnecessários e uma redução da qualidade de vida da pessoa idosa. A violência pode ser classificada em cinco categorias: como física, psicológica, abuso sexual, abuso financeiro e negligência (CASTRO et al., 2018). A questão principal é que a transgressão é histórica - cultural - nas sociedades e se constitui em uma relação de poder e de força contra o mais vulnerável, como é o caso dos idosos (LOPES et al., 2018).

Nesse prisma, a crueldade violenta contra os idosos, aliados ao desrespeito e ao preconceito, se constitui como uma violação dos direitos humanos, pode resultar em hospitalizações, em morbidades, em depressão, em isolamento – potencializado atualmente-, em incapacidade e em desmotivação. Fato agravante é que a maioria dos atos, sejam físicos ou mentais, acontecem dentro do domicílio do idoso e são praticados por familiares e/ou cuidadores, ou seja, por pessoas que convivem com idoso, podendo gerar medo, vergonha, intimidação e/ou até mesmo sentimento de culpa. Tal fenômeno social precisa

ser levado a sério tanto por suas consequências, quanto pelo fato da incidência e da prevalência de maus-tratos ainda serem subnotificadas. Na América Latina, os países com maiores índices de violência são: Colômbia, Brasil e Panamá, respectivamente, sendo registrados cerca de 102 mil casos por ano, dos quais aproximadamente 37% são idosos (CASTRO et al., 2018; LOPES et al., 2018 e VERAS et al., 2009).

O envelhecimento traz consigo também, mudanças na economia, já que os níveis de consumo e de renda se modificam com a idade. No Brasil, o consumo privado e a renda do trabalho apresentam uma relação clássica de déficit (consumo maior do que a renda) na idade mais avançada. Os indivíduos mais velhos, seja por gosto ou necessidade, não consomem as mesmas coisas de quando eram jovens, além do que o preço dos produtos destinados aos idosos tende a ser mais caro e com inflação mais elevada, impactando principalmente a renda dos já aposentados. Por estas razões, a alteração na estrutura etária de um país, têm como consequência a modificação no padrão de consumo individual e das famílias (ZANON et al., 2013).

A participação da família na vida social do idoso, é peça fundamental para que se sintam amparados e tenham suas relações sociais exaltadas. É necessário que a família compreenda que o idoso tem desejos e uma história de vida, e não somente vê-lo como um indivíduo com sabedoria e com experiência. Outro aspecto social relevante são as relações amorosas, já que, a necessidade de amar e ser amado, estão presentes em todas as fases da vida. Logo, romper com o preconceito, a falta de liberdade e os estereótipos impostos pela sociedade são desafios em busca de uma inserção social respeitosa do idoso e de um envelhecimento ativo e saudável, que não resuma a vida dos sujeitos somente a participação em grupos de terceira idade e eventos religiosos (ALMEIDA et al., 2019; SANTOS; JÚNIOR, 2014). Acerca do envelhecimento, Moragas (2010, p. 21) faz suas percepções:

A idade constitui um dado importante, mas não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam.

Particularmente, no Brasil, o envelhecimento populacional constitui um fenômeno crescente e contemporâneo que demanda para o seu efetivo avanço a priorização de políticas públicas as quais abarquem um novo arranjo dos serviços de saúde, focados na prevenção e na promoção da saúde, considerando as peculiaridades da pessoa idosa, e que impulse uma melhor qualidade de vida, o combate as iniquidades sociais e de saúde, e um envelhecimento saudável (CAMPOLINA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2021).

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO IDOSO

Para a análise das políticas públicas de saúde, no contexto do idoso, é necessário antes balizarmos dois fundamentos básicos: compreensão de políticas públicas de saúde e do modelo de determinação social.

As políticas públicas estão relacionadas às questões políticas e às governamentais e que mediam a interação entre a sociedade e o Estado. São orientadas para questões coletivas, as quais atingem não só um grande contingente de pessoas, como também uma solução que não é mero produto da vontade individual. Neste cenário, estão envolvidas as relações de poder e de interesses de diversos atores e instituições, na tomada de decisões e na alocação de recursos (CONDE, 2013).

O modelo de determinação social trata-se de um referencial teórico, que concebe a saúde como resultado da organização da sociedade, pelo modelo econômico e político, e pela forma como se dá as relações produtivas e de trabalho, e que têm o potencial de gerar iniquidades sociais e em saúde. A determinação social do processo saúde-adoecimento busca compreender a produção de saúde e da doença e seus ensejos sobre as necessidades e condições de saúde de uma determinada sociedade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; GEIB, 2012; SILVA; CESSE; ALBUQUERQUE, 2014). O modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) proposto por Solar e Irwin em 2010 é apresentado na Figura 2.

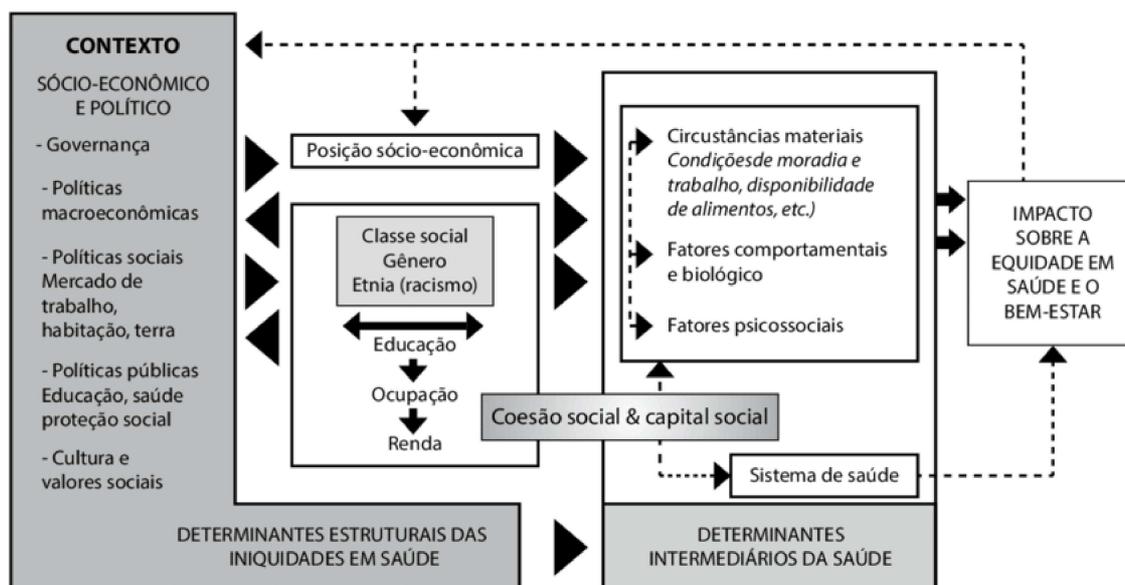


Figura 2: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin (Fonte: GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Então, o referente modelo surge como uma crítica à medicina preventivista que sustentou a visão de saúde por muitos anos. Estruturado com base no conceito ampliado de saúde, tendo como foco organizar a sociedade e desenvolver os preceitos de justiça social, a consciência sanitária, a solidariedade, a intersetorialidade, a democratização dos serviços de saúde, a participação social, autonomia e emancipação dos sujeitos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

A saúde como um direito constitui-se como um direito fundamental, que é caracterizado por uma positivação, ou seja, têm sua inserção em um texto normativo. No contexto brasileiro, o direito à saúde é assegurado pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual determina a saúde como um direito de todos e coloca ao Estado o dever de cumprir os objetivos mediante políticas econômicas e sociais, visando um acesso universal e igualitário (BRASIL, 1998; DUARTE, 2011).

Historicamente, os direitos fundamentais surgiram com os ideais iluministas no século XVII, que na época buscava-se a autonomia, a liberdade e a abstenção do Estado nas intervenções. Nos direitos fundamentais chamados de primeira dimensão estão inseridos o direito à vida, à propriedade, à liberdade e a igualdade. Porém, esses direitos não foram suficientes para a garantia

desses valores, já que diante do modo de produção capitalista, os interesses da classe burguesa e os valores do iluminismo à época, surgiram os direitos de segunda dimensão, que foram classificados como sociais, econômicos e culturais (DUARTE, 2011).

Com referência ao surgimento dos direitos fundamentais, o Estado passou a ter o dever de prestar serviços públicos essenciais para a dignidade humana e com foco na justiça social. Desse modo, a segunda dimensão trouxe consigo, direitos básicos, como direito à educação, à moradia, ao lazer, ao trabalho, à saúde e à assistência social. Portanto, a origem dos direitos fundamentais reflete na organização do sistema de saúde público brasileiro, já que a saúde é um direito básico e que envolve a dignidade humana (DUARTE, 2011).

No que diz respeito à construção das políticas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado a partir das lutas sociais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como uma política pública, integral, de acesso universal e gratuito, com participação social e popular, visando atender as necessidades de saúde da população, contudo as iniquidades sociais (AROUCA, 1975; PAIM, 2007; PAIM, 2008).

O SUS é o sistema de saúde público e gratuito brasileiro, regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. No SUS, estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e de hemoderivados, e de equipamentos para saúde. Ela prevê o financiamento com recursos da seguridade social, mas prevê também, a participação da iniciativa privada de forma complementar (BRASIL, 1990a).

Como objetivos, o SUS tem a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Embasado em um modelo assistencial em saúde integrado, o SUS, é regido pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, que garante o direito à saúde para todo e qualquer cidadão, independentemente de qualquer característica pessoal ou social; a equidade, a qual visa minimizar as desigualdades através de um atendimento as demandas de saúde distintas; e a integralidade, que é expressa como um conjunto de serviços e ações, individuais e coletivos envolvendo todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1990a).

Como suporte organizativo e estrutural, os outros princípios do SUS são importantes para a efetivação de um sistema público de saúde de qualidade. Dentre eles se destacam a regionalização, a hierarquização, o direito à informação, a autonomia das pessoas, a descentralização dos serviços para os municípios e a participação da comunidade. Amparada legalmente, pela Lei n° 8.142, a participação da comunidade é efetivada e preconizada com as instâncias colegiadas denominadas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, que têm o papel de avaliar as situações de saúde e propor estratégias diante das políticas de saúde, com a participação dos diversos seguimentos da sociedade, inclusive os usuários e profissionais de saúde do SUS, de acordo com a especificidade e funcionalidade de cada instância (BRASIL, 1990b).

Visando um melhor funcionamento e articulação das ações desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, o Decreto n° 7.508 de 2011, dispõe sobre a organização do SUS, com foco no planejamento, assistência em saúde e competências interfederativas. A partir dele, o SUS passou a caracterizar o conjunto de ações e serviços de saúde de forma integral como Rede de Atenção à Saúde (RAS), levando em conta a definição dos serviços necessários em cada Região de Saúde, para que as metas e objetivos fossem cumpridos dentro de um planejamento efetivo (BRASIL, 2011).

No processo de reordenamento do SUS, pensando na estruturação em RAS, destaca-se a APS como principal estratégia, por ser a porta de entrada para as demandas de saúde da população em geral, sobretudo do idoso. No que diz respeito a APS, as atividades de sua competência são dos municípios, no qual se deve considerar as características da população, o perfil epidemiológico, o acolhimento do usuário, a garantia de atendimento à demanda espontânea, as estratégias de gestão para um melhor fornecimento de serviços e desempenho

dentro da rede, de acordo com as necessidades individuais e coletivas de sua população adscrita (LAVRAS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizada em 2017 com a Portaria nº 2.436, propôs uma nova definição para as diretrizes que organizam o componente Atenção Básica, na RAS. Dentre as responsabilidades da APS, destacam-se a reorientação do modelo de atenção, o apoio e o estímulo à adoção da Estratégia Saúde da Família, o trabalho humanizado e as atividades integrais em saúde com participação de equipes multiprofissionais. Muito confundidos pela população, em geral, vale ressaltar que os termos, atenção básica à saúde e atenção primária à saúde nas atuais concepções e na própria PNAB são equivalentes, embora atenção primária à saúde esteja mais ligada a sistemas universais descritos na literatura internacional (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2018a).

Com mais de 30 anos de existência, o SUS percorreu diversos desafios, como também trouxe muitas conquistas para sociedade. O Brasil, desde a Constituição Federal, ainda é o único país capitalista da América Latina, o qual adotou um sistema de saúde público alcançando a universalidade, com avanços inquestionáveis, únicos e com o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (GIOVANELLA et al., 2018b; SANTOS, 2018a).

No que tange especificamente ao idoso, muitos foram os marcos históricos e legais destinados a eles nas últimas décadas à nível internacional e nacional. A nível internacional, o primeiro passo foi em 1982, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou e realizou a Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena, que estabeleceu o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. A construção desse documento foi o estopim, conjugado com o objetivo chamar a atenção e sensibilizar os governos e as sociedades do mundo todo, para a necessidade de desenvolver políticas públicas direcionadas aos idosos, bem como de evidenciar o envelhecimento populacional como tema dominante do século seguinte (FERNANDES; SOARES, 2012; VERAS; OLIVEIRA, 2018a).

Em uma nova Assembleia Geral da ONU realizada em 1991, foram aprovados os Princípios da ONU em prol das Pessoas Idosas, com a finalidade de apontar os desafios do envelhecimento, com os seguintes temas:

independência, cuidados, autorrealização, dignidade e participação (VERAS; OLIVEIRA, 2018a).

Em 1992, a Conferência Internacional sobre Envelhecimento reuniu-se e declarou o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso e deu continuidade as discussões acerca do Plano de Ação, evidenciando o idoso com uma imagem cada vez mais ativa e saudável, deixando para trás somente a ideia de dependência e vulnerabilidade. Na Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento da ONU realizada em Madri, no ano de 2002, pretendeu-se desenvolver um plano internacional que tivesse impacto principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Os fundamentos, principalmente estruturados, foram a participação ativa dos idosos na sociedade, no trabalho, na erradicação da pobreza e no desenvolvimento, bem como na promoção de saúde e na criação de um ambiente favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004; ONU, 2002). Deste Plano Internacional sobre Envelhecimento da ONU, merece destaque o registro:

“Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido, é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles” (ONU, 2002; p.18).

Com referência específica ao Brasil, os marcos das políticas públicas relacionadas ao idoso, teve início em 1923, com a Lei Eloy Chaves que ao criar o sistema previdenciário brasileiro, representou a proteção social à pessoa idosa. Porém, por muito tempo, pouco se pensava no desenvolvimento de políticas públicas com foco social, mas sim no desenvolvimento industrial e econômico. Nos anos 1960, a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, favoreceu o estímulo as iniciativas, como também as obras sociais de amparo ao idoso, e na cooperação com outras organizações no âmbito de ensino e pesquisa no campo da Geriatria e Gerontologia. Pouco tempo depois, em 1963 o assistencialismo ao idoso foi marcado pelo trabalho pioneiro e de iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC). Por meio da Lei nº 6.179 de 1974, foi criada a Renda Mensal Vitalícia para os necessitados urbanos e rurais, através do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a

aposentadoria para os trabalhadores rurais (CAMARANO; PASINATO, 2004; FERNANDES; SOARES, 2012; TELLES et al., 2015).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1980, o idoso aparece como um dos grupos incluídos no eixo de políticas de saúde, na 8ª CNS (1986) através da proposta de criação de uma política global ao idoso e na Constituição Federal (1988) em que ao idoso foi assegurado o direito à vida e a cidadania (ANDRADE et al., 2013). Por meio da Lei nº 8.742 de 1993 foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, que regulamentou a política de assistência social e possibilitou o reconhecimento de contextos multivariados, inclusive de riscos à saúde do idoso. A LOAS prevê o benefício de prestação continuada a qual é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, garantindo assim um mínimo social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993; CAMARANO, 2013; FERNANDES; SOARES, 2012; ANDRADE et al., 2013).

Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 1996 que cria o Conselho Nacional do Idoso. Com este novo arcabouço, foi estipulado o limite de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa, bem como foi estabelecido estratégias e diretrizes, com destaque para a descentralização política-administrativa. Sobretudo, esta política chamou atenção e deu responsabilidades não somente apenas aos governantes, mas para a sociedade como um todo. Além disso, ações governamentais importantes foram estabelecidas em prol do assistencialismo à saúde da pessoa idosa nos diversos níveis de atendimento do SUS. Como promover a realização de estudos voltados aos idosos, incluir a Geriatria e a Gerontologia como disciplinas curriculares em cursos de graduação e garantir programas e medidas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde (ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 1994; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela Portaria nº 1.395, que incentivou através de suas diretrizes norteadoras à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças,

à recuperação da saúde, à reabilitação da capacidade funcional dos idosos e à assistência as necessidades gerais de saúde, favorecendo a permanência no meio e na sociedade em que vivem, de forma independente. Esta foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo SUS não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas (BRASIL, 1999a; ANDRADE et al., 2013; CAMARANO; PASINATO, 2004; FERNANDES; SOARES, 2012).

A evolução de políticas as quais englobassem e fossem direcionadas aos idosos, não pararam nos anos seguintes. Foi instituído em 2003, pela Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso. Sua finalidade foi regulamentar os direitos assegurados à pessoa idosa, através de medidas de proteção e de controle social, incluindo obrigações das entidades assistenciais e critérios para penalidades em situações de crimes contra o idoso. No que diz respeito à saúde, o estatuto assegura atenção integral ao idoso por meio intermédio do SUS, com acesso universal e igualitário (BRASIL, 2003; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). Em fevereiro de 2006, foi publicado o documento Pacto pela Saúde que contempla a dimensão Pacto pela Vida. Nesta dimensão, a saúde do idoso se torna uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Considerando a necessidade do setor saúde em dispor de uma política revisada e atualizada relacionada à saúde do idoso, em outubro de 2006, por meio da Portaria nº 2.528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, readequando o idoso ao contexto de saúde da época. Na referida política estão indicadas as responsabilidades dos órgãos e as esferas de governo, para legitimar todas as ações de saúde propostas aos idosos. Em sua implementação, estão compreendidas definições e/ou readequações de planos, programas, projetos e atividades do setor da saúde coletivo (BRASIL, 2006b).

De modo geral, as diretrizes deste política tem por objetivo permitir a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, com foco na integralidade, preservação da capacidade funcional e autonomia dos idosos, a fim de favorecer uma qualidade de vida a esse grupo populacional, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS que direcionem medidas à nível individual e coletivo (BRASIL, 2006b).

Como espaço de participação social destinados à discussão, ao aprimoramento e ao fortalecimento das políticas públicas direcionadas à pessoa idosa, ainda em 2006 ocorreu a 1ª Conferência Nacional da Pessoa Idosa (CNPI) que propôs medidas importantes, como a criação de uma Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Nos anos 2009, 2011 e 2016 ocorreram as 2ª, 3ª e 4ª CNPI respectivamente, sendo que na 4ª, que teve como tema “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa”, entre as propostas aprovadas está a criação, implantação e manutenção de centros especializados de saúde para o atendimento de idosos em todo território nacional e o fornecimento de capacitações para familiares que desempenham a função de cuidador. A 5ª CNPI a ser realizada, foi convocada através do Decreto nº 10.043 de outubro de 2019 e terá como tema “Os Desafios de Envelhecer no Século XXI e o Papel das Políticas Públicas” (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

Nesse contexto, tendo o conhecimento a respeito da trajetória das políticas públicas de saúde, é importante refletir o impacto delas sobre a realidade dos serviços de saúde. Atualmente, a prestação de serviços no Brasil ofertadas ao idoso ainda é fragmentada, com múltiplas consultas de diversas especialidades, informações não compartilhadas e por vezes discrepantes, com falhas de comunicação, inúmeros medicamentos prescritos, exames clínicos e procedimentos, que além de sobrecarregar o sistema, têm impactos financeiros significativos, que nem sempre propiciam uma boa qualidade de vida e condições de saúde favoráveis (VERAS, 2018a; VERAS; 2018b).

A atenção à saúde deve ser organizada de forma integrada e os cuidados precisam ser coordenados e otimizados ao longo do percurso assistencial do idoso, considerando a RAS, da porta de entrada em um serviço de saúde aos cuidados de fim da vida. É fundamental, que o modelo de atenção ao idoso deixe de ser relacionado, exclusivamente, na doença e passe a desenvolver outras atividades como educação em saúde, prevenção e reabilitação precoce, visando minimizar impactos na qualidade de vida do idoso (VERAS, 2009; VERAS; OLIVEIRA, 2018b). O modelo de atenção à saúde deve ser eficiente e possuir uma linha de cuidado integral que favoreça não só ao idoso, mas também ao sistema de saúde (RODRIGUES et al., 2021; VERAS, 2009; VERAS; OLIVEIRA, 2018b).

Diante da atual conjuntura e das evoluções históricas das políticas públicas direcionadas e relacionadas aos idosos, é nítida a evolução constante de processos de trabalho, de legislações, de modelos de cuidados à saúde e de estratégias de gestões, com o fito de alcance às melhores condições de vida para o idoso brasileiro.

2.3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

No tocante à assistência terapêutica integral, prevista nas competências do SUS, outras políticas de saúde consideradas necessárias, foram criadas no decorrer dos anos para que a população em geral, inclusive os idosos, tivessem assegurada uma assistência farmacêutica efetiva e de qualidade. Desde a década de 1970, a OMS recomenda que os países implantem e adotem listas de medicamentos essenciais para a população, visando a garantia de acesso aos medicamentos mais eficazes, seguros e custo-efetivos, pautados nas doenças e agravos de saúde mais prevalentes (WHO, 1977).

No Brasil, já existiam listas similares à recomendada, mas foi em 1989 que a lista passou a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Com a adoção deste instrumento técnico-científico, o financiamento da assistência farmacêutica se legitimou e a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do SUS começou a ser incorporada. A Rename está em constante monitorização, sendo realizadas revisões periódicas que resultam em versões atualizadas, que visam o acompanhamento e o desenvolvimento de novas tecnologias atrelado as melhores evidências científicas disponíveis, identificadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (VIEIRA, 2010; BRASIL, 2020).

A orientação da Rename em todo o território nacional, visa nortear a oferta, a prescrição e a dispensação dos medicamentos. Cabe frisar que os estados e os municípios têm autonomia para definir suas listas o que na prática significa a busca pelo atendimento a específicos e a diferentes perfis de morbimortalidade na grande extensão territorial do Brasil. Portanto, a etapa de

seleção dos medicamentos na assistência farmacêutica ao idoso é variável por localidade (VIEIRA, 2010).

Uma ferramenta crucial para orientação do processo de seleção de medicamentos é o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) do Ministério da Saúde que visa a garantia do uso racional de medicamentos, ao dispor de informações essenciais para o manejo da farmacoterapia, como posologia, efeitos adversos e interações medicamentosas. Ainda, cabe destaque o aplicativo MedSUS, desenvolvido para o acesso a informações dos medicamentos constantes na Renome (COSTA, 2017; MAGARINOS-TORRES, PEPE, OSORIO-DE-CASTRO, 2013).

Em 1998, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.916 aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com o propósito de garantir a necessária qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, com incentivo à promoção da saúde e ao uso racional dos medicamentos para a população, de maneira centrada nos princípios do SUS, com grande reconhecimento para a integralidade (BRASIL, 1998).

No que tange o envelhecimento populacional, a PNM reforça que ele gera novas demandas de saúde, em que o atendimento requer constante adequação dos modelos de atenção à saúde e do sistema de saúde. Com este fim, a PNM foi essencial diante dessa transformação social, com mudanças quantitativas no consumo de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas e procedimentos com utilização de medicamentos de alto custo, antes não previsto (BRASIL, 1998).

Em 1999, teve como marco a Lei nº 9.787 que estabeleceu a criação do medicamento genérico, que é um medicamento similar a um produto inovador ou de referência, intercambiável, e produzido após o período de patente ou de direito de exclusividade. Apesar de muitos brasileiros ainda terem dúvida quanto sua funcionalidade, cabe ressaltar que, os medicamentos genéricos passam pelo rigor, segurança e eficiência das etapas de testes de equivalência e bioequivalência realizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que assegura o sucesso e a confiabilidade destes para o uso (BRASIL, 1999b).

De acordo com a Associação Brasileira de Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró-Genéricos), quando lançados, os medicamentos genéricos eram mais baratos ao serem comparados aos medicamentos de referência, tendo em vista o fato de o medicamento de referência ter passado pelos testes de custo elevado para desenvolvimento, o que não se faz necessária na produção dos genéricos. Com efeito, a otimização de valor contribui para o aumento da comercialização, como também é um fator preponderante ao acesso da população ao tratamento medicamentoso (ARAÚJO et al., 2010; BERTOLDI et al., 2016; PRÓ-GENÉRICOS, 2019).

Para além, a indústria farmacêutica nacional se fortaleceu de forma intensa, melhorou a qualidade dos medicamentos, uma nova identidade visual foi estabelecida para os medicamentos genéricos e a democratização do acesso a medicamentos se expandiu. Com um pouco mais de 20 anos dos genéricos no mercado, é evidente sua relevância, já que favorece aos usuários o acesso a medicamentos de qualidade, e aos gestores do SUS, uma maior aquisição de medicamentos para distribuição nos diversos serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2010; BERTOLDI et al., 2016; PRÓ-GENÉRICOS, 2019).

No estudo de base populacional nacional de Bertoldi et al., a prevalência de uso de pelo menos um medicamento genérico na população brasileira, calculada entre os indivíduos que apresentaram pelo menos uma embalagem dos seus medicamentos, foi de 45,5%. Ainda, observou-se que os medicamentos genéricos representaram 37,3% dos medicamentos disponibilizados no SUS (BERTOLDI et al., 2016). Diante do exposto, também é importante ponderar que na atualidade, os preços dos medicamentos genéricos podem sofrer variações e não serem necessariamente os mais baratos do mercado, se comparados aos medicamentos similares e de referência (BERTOLDI et al., 2016).

Anos depois, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada em 2004 através da Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de desenvolver ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios integralidade, equidade e universalidade do SUS, e deve ser compreendida como uma política

pública norteadora para a formulação de políticas setoriais. De acordo a PNAF, a assistência farmacêutica é definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (PNAF, 2004).

Desde a regulamentação do SUS, a assistência farmacêutica tem sido foco de reflexões e de debates entre gestores, profissionais e acadêmicos de saúde; Poder Judiciário e outros atores da sociedade, em relação ao princípio da integralidade, aos critérios de incorporação de tecnologias em saúde e à disponibilidade dos medicamentos para a população brasileira (GADELHA et al., 2016). De acordo com a definição de assistência farmacêutica presente na PNAF, a assistência farmacêutica implica na garantia do acesso aos medicamentos e também no uso racional de medicamentos na perspectiva de obtenção dos melhores resultados em saúde (BRASIL, 2004a).

Com a PNAF e todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, os medicamentos passaram a ser disponibilizados à população através dos serviços de saúde pública, porém outras formas gratuitas de aquisição foram surgindo. Convém mencionar, em 2004, foi aprovado o Decreto nº 5.090 que instituiu o programa Farmácia Popular do Brasil, o qual veio como uma alternativa para o acesso e a aquisição de vários medicamentos considerados essenciais em farmácias e em drogarias, utilizando o setor privado como forma complementar na assistência farmacêutica (BRASIL, 2004b).

Todavia, a garantia do acesso aos medicamentos é uma questão complexa direcionada ao contexto econômico, ao político e ao social. Neste cenário, a Judicialização da Saúde é outro meio para aquisição de medicamentos não contemplados pelas listas padronizadas, como é o caso da Rename. A judicialização é uma realidade consolidada no país, e contribui, efetivamente à implementação do direito à saúde, acompanhando a evolução da sociedade (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016; DUARTE, 2011).

O desconhecimento ou a não adesão dos prescritores às listas de medicamentos disponíveis no SUS, as falhas na oferta tempestiva e a pressão do setor industrial em prol do uso de medicamentos não contemplados nas listas, favorecem a utilização deste meio para a aquisição, principalmente para os medicamentos de alto custo, o que neste caso é esperado. Frente às demandas judiciais, o ideal é sempre uma reavaliação sobre os processos de seleção de medicamentos, visando alcançar um maior número de pessoas, consagrando a universalidade e conseqüentemente reduzindo custos, sobretudo na esfera de gestão municipal (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016; DUARTE, 2011).

Outras conquistas que fortalecem os pressupostos da AF aconteceram nos últimos anos, com a aprovação de legislações importantes que ampliam as oportunidades de acesso e cuidado em saúde para os usuários do SUS. Dentre elas, destacam-se a Resolução n° 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) que dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico; a Resolução n° 586 de 2013 do CFF, a qual permite a prescrição farmacêutica; e a Lei 13.021 de 2014 que reconhece a farmácia como uma unidade destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde, como também à orientação sanitária individual e coletiva (BRASIL, 2013b; BRASIL 2013c; BRASIL 2014a).

Com a disseminação e a cultura da AF no Brasil, os serviços de saúde começaram a integrar e a resgatar processos de trabalho do profissional farmacêutico voltadas ao paciente e não somente ao medicamento. Concernente, a este novo cenário de cuidado, a farmácia comunitária destaca-se por se referir aos estabelecimentos farmacêuticos de saúde não hospitalares e não ambulatoriais que atendem à comunidade, seja pública ou privada. Visando o uso racional e ótimo de medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, a farmácia comunitária no âmbito do SUS tem um papel essencial à população no fornecimento de medicamentos e produtos para saúde prescritos, assim o direito à informação sobre estes, através dos serviços de dispensação (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004a; CORRER; OTUKI, 2013).

Nas unidades de APS, o serviço de farmácia é responsável pela dispensação de medicamentos e está articulada com toda a RAS, sendo o principal local de acesso aos medicamentos para a maioria de seus usuários. A

farmácia tem a responsabilidade de agregar com os seus serviços, as atividades de dimensões técnica, sanitária e social, com o fito de alcance aos seus objetivos de assistência em saúde à nível individual e coletivo pautadas pela PNAF. Cabe destacar que há um forte movimento no Brasil, para o fortalecimento no desenvolvimento de serviços clínicos farmacêuticos nas farmácias da APS (CFF, 2016; CORRER; OTUKI, 2013).

As necessidades individuais e coletivas dos pacientes, representada pela Figura 3, iniciam-se antes mesmo do uso do medicamento, e devem ser garantidas, inclusive, durante a utilização dos medicamentos e compreende fármaco de qualidade, notoriamente prescritos e indicados, além de acessíveis, adequadamente dispensados, informações disponíveis à utilização, monitoração da efetividade e da segurança.

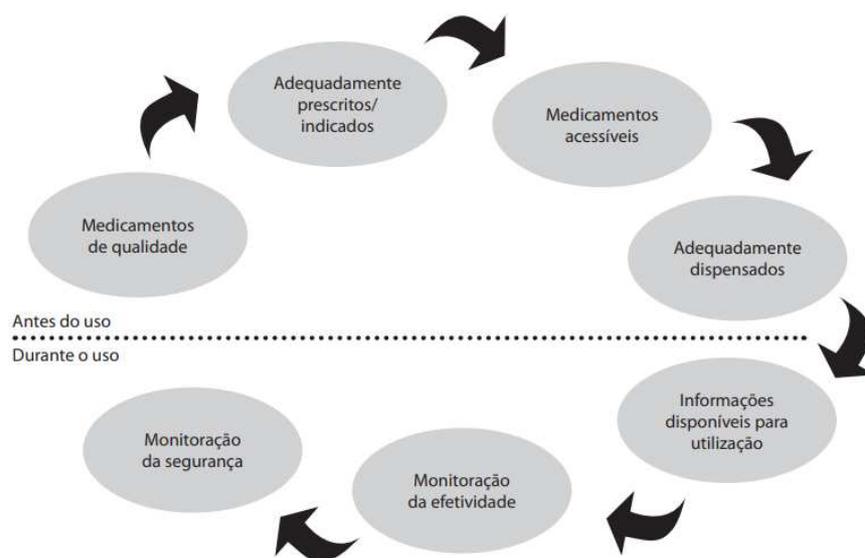


Figura 3: Necessidades da população relacionadas ao uso de medicamento, a nível individual e coletivo (Fonte: CORRER; OTUKI, 2013).

Na área científica, estudos populacionais sobre utilização de medicamentos no Brasil mostram que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco, para ser um potencial utilizador de medicamentos de uso contínuo, o que reforça a magnitude do papel da AF, em todas as etapas as quais envolvem o medicamento, como insumo digno na recuperação da saúde (RAMOS et al., 2016).

No tocante a AF, o Ministério da Saúde desenvolveu um avanço científico com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em 2014 e 2015, cujo objetivo principal foi caracterizar a organização dos serviços da APS sob a ótica do acesso e da promoção do uso racional de medicamentos, assim como, identificar e discutir fatores que interferem na consolidação da AF brasileira. Foi o primeiro estudo de base populacional com representatividade das cinco regiões do país, que avaliou o perfil sociodemográfico, a prevalência de DCNT, as condições de saúde e do perfil farmacoepidemiológico e de utilização de medicamentos pela população brasileira (ALVARES et al., 2017; RAMOS et al., 2016).

No âmbito do SUS, estratégias vêm sendo ampliadas para efetivação da Assistência Farmacêutica (AF) como uma política pública, multidisciplinar, que abrange múltiplas ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde individual e coletiva, indispensável à integralidade da atenção à saúde como o direito social, visando o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos (COSTA et al., 2017; RAMOS et al., 2016).

2.3.1 O Cuidado Farmacêutico

Em vários países, o cuidado farmacêutico tem sido assumido como uma política estratégica para o manejo e a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Essa temática tem origem com a definição de *Pharmaceutical Care* por Hepler e Strand em 1990, que foi traduzido no Brasil como atenção farmacêutica e até os dias atuais encontra dificuldades no que concerne a compreensão do seu significado. Para isso é importante abarcar que o cuidado farmacêutico é equivalente a atenção farmacêutica, amplamente utilizada na literatura (ARAÚJO et al., 2017).

Os processos de trabalho do profissional farmacêutico, passaram por diversos avanços e transformações nos últimos anos, principalmente no cenário brasileiro. Destarte, observou-se a expansão da assistência farmacêutica no SUS e a crescente necessidade e demanda da atuação clínica deste profissional, nos mais diversos seguimentos de cuidado e assistência à saúde (SANTOS et al., 2020a).

O perfil de atividades desempenhadas pelo farmacêutico pode ser analisado com base nas diversas etapas do ciclo da assistência farmacêutica as quais envolvem funções relacionadas à gestão do medicamento. Como por exemplo, a seleção, a programação, a aquisição de medicamentos, atributos essenciais ao funcionamento de qualquer serviço de saúde, mas que também demandam grande parte do tempo das rotinas de trabalho (BARROS, SILVA, LEITE, 2020; SOARES et al., 2016).

Por outro lado, existem as funções clínicas, que necessitam de farmacêuticos atuando em prol das demandas diretas do paciente, como o uso e o manejo racional dos medicamentos. Com isso, o acompanhamento farmacoterapêutico tem se tornado cada vez mais frequente e demandante nos serviços de saúde, principalmente no âmbito da APS, sendo cada vez mais frequente a inserção de mais farmacêuticos nas equipes e a implantação de programas de cuidado farmacêutico, embora ainda esteja longe do ideal (BARBERATO, SCHERER, LACOURT, 2019; BARROS, SILVA, LEITE, 2020).

O Cuidado Farmacêutico é um modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente ao paciente, à família e à comunidade. Com a visibilidade da prevenção e da resolução relacionados aos problemas da farmacoterapia, ao uso racional dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de agravos à saúde. Sem mencionar o quesito em relação ao controle das DCNT, na medida em que o paciente tem a oportunidade de adquirir mais conhecimento e compreensão sobre os seus medicamentos e problemas de saúde com obtenção de informações relevantes – as quais circundam a adesão à farmacoterapia, a comunicação com o farmacêutico, e a confiabilidade no tratamento. Com isso, os objetivos terapêuticos são alcançados, há redução nos erros de administração e nas reações adversas, e incentivo ao uso racional de medicamentos (CFF, 2016; NICOLETTI et al., 2017)

A gestão financeira do SUS, é outro aspecto importante que sofre impacto direto do cuidado farmacêutico, representado pela redução de custos com medicamentos, materiais e produtos para a saúde, sobretudo, quando são aplicadas ferramentas farmacoeconômicas que potencializam a eficiência dos serviços de saúde e traz benefícios para a coletividade (LEITE et al., 2016).

Na prática do cuidado farmacêutico são utilizados materiais e instrumentos de registro de dados para a avaliação clínica do paciente. Este processo perpassa pela anamnese farmacêutica, pelo registro e documentação de informações do paciente nas avaliações, na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, na condução de intervenções farmacêuticas e nas orientações ao paciente e aos familiares (SOARES et al., 2016).

O desenvolvimento do cuidado farmacêutico é reflexo de inúmeras publicações, marcos legais e políticas públicas de saúde dos últimos anos. A série de cadernos Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, que compartilha o processo de desenvolvimento de um projeto piloto de cuidado farmacêutico no município de Curitiba (PR) merece destaque. Trata-se de uma referência importante por dar visibilidade aos resultados alcançados, sejam eles o processo de capacitação, os instrumentos utilizados, a implantação desse novo serviço e a perspectiva de fomento para a prática de clínica farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c). O aprimoramento do processo de cuidado farmacêutico na APS dos municípios brasileiros vem se expandindo e possibilitando o alcance de vínculo entre os pacientes, a família, os profissionais de saúde, a comunidade e o ambiente, conforme apresentado na Figura 4.

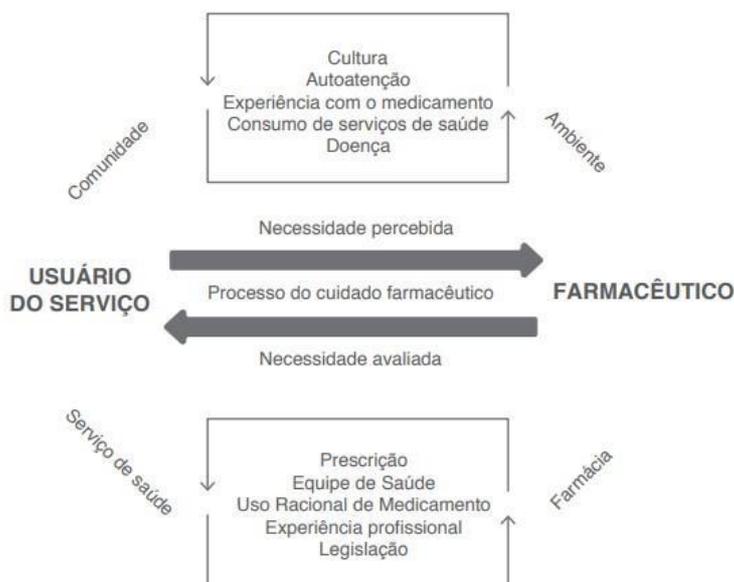


Figura 4: Processo de cuidado farmacêutico (Fonte: CORRER; OTUKI, 2013).

Dentro do modelo de prática do cuidado farmacêutico, muitos são os serviços que podem ser oferecidos, sendo eles: educação em saúde, rastreamento em saúde, manejo de problema de saúde autolimitado, dispensação, conciliação medicamentosa, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico e gestão da condição de saúde. Para o desempenho dessas funções é necessário a atualização constante em conteúdo de semiologia e farmacologia clínica para aplicar as melhores intervenções e orientações possíveis (BARROS, SILVA, LEITE, 2020; CFF, 2016).

Destarte, a atenção integral no sistema de saúde, bem como, o trabalho articulado em equipe, endossam o papel do profissional farmacêutico à serviço da sociedade. Deve-se buscar constantemente a qualidade de vida do usuário de medicamento, objetivando alcançar os melhores resultados farmacoterapêuticos, pautados em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BARBERATO, SCHERER, LACOURT, 2019; SANTOS et al., 2018).

Portanto, o cuidado farmacêutico é muito necessário e envolve inúmeros fatores que permitem ao paciente um atendimento integral de acordo com a necessidade de saúde de cada indivíduo. No SUS, a presença do farmacêutico para uma pessoa idosa, por exemplo, é fundamental na promoção da qualidade de vida, visto as inúmeras repercussões do envelhecimento e a tendência de utilização de uma quantidade maior de medicamentos e conseqüentemente maiores dificuldades para aderir à farmacoterapia (BARBERATO, SCHERER, LACOURT, 2019; SANTOS et al., 2018b; SOARES et al., 2016).

Neste processo de cuidado, é essencial a identificação das necessidades de saúde e a compreensão da experiência de uso de medicamentos relatada pelo paciente. Trata-se de aspectos fundamentais para a tomada de decisões clínicas. Isto inclui as atitudes, os desejos, as expectativas, os receios, o entendimento e o comportamento do paciente com relação aos medicamentos. A adesão ao tratamento farmacológico só é possível de ser avaliada, quando essa aproximação ocorre e a partir dela a aplicação de educação em saúde com o objetivo de

influenciar positivamente o paciente, quanto ao seu comportamento no uso correto e seguro dos medicamentos (LEITE et al., 2016; SOARES et al., 2016).

2.4 OS DESAFIOS DA FARMACOTERAPIA DIANTE DO ENVELHECIMENTO

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico trazem consigo a intensa demanda pela utilização de medicamentos pela população, sendo que o principal desafio se desenvolve a partir das complexidades da terapia medicamentosa. Contudo, esse fato se torna mais difícil tendo em consideração o envelhecimento biológico e as alterações farmacológicas no idoso, que ficam mais susceptíveis aos problemas farmacoterapêuticos, incluindo a não adesão ao tratamento farmacológico (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; TAVARES et al., 2016).

2.4.1 O Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é de natureza multifatorial e caracterizado por inúmeras alterações fisiológicas irreversíveis que atingem diferentes órgãos e sistemas do corpo humano, com variantes acordadas em interferências ambientais, genéticas e psicológicas no percurso da vida. Com inferência ao tempo, não há como definir o instante em que as modificações biológicas se iniciam ou se completam, já que o processo de envelhecimento é contínuo (CIOSAK et. al., 2011).

A senescência e a senilidade são dois termos comumente utilizados e aplicados na literatura relacionada à saúde do idoso. Foram originados a partir de teorias evolutivas da biologia do envelhecimento e são associadas ao processo de envelhecimento. A senescência diz respeito às modificações estruturais e funcionais produzidas pelo processo de envelhecimento de forma progressiva ao longo da vida, enquanto que a senilidade às modificações causadas por condições patológicas que acometem o idoso (CIOSAK et. al., 2011; MORAES; MORAES; LIMA, 2010a; TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010)

De modo geral, entre as alterações fisiológicas determinadas pela idade estão a redução de alguns parâmetros biológicos como a água corporal, o peso corporal, a albumina sérica, o fluxo sanguíneo; a redistribuição e aumento de gordura corporal. Vale ressaltar as alterações na estrutura óssea, muscular, elástica, hepática e renal; assim como diminuição das capacidades cardiorrespiratória, neurológica, imunológica, motora, auditiva e visual (MORAES; MORAES; LIMA, 2010a).

As alterações fisiológicas impactam na funcionalidade global da saúde do idoso, influenciando o grau de independência e a autonomia da pessoa idosa (PEREIRA, et al., 2014). Para o alcance desta propriedade, o indivíduo deve ser capaz de ter boas condições das seguintes funções: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A cognição é a capacidade mental de compreender e de resolver os problemas do cotidiano e o humor é a motivação necessária para os processos mentais, sendo que ambos estão relacionados à autonomia do idoso – o pleno cumprimento das atividades da vida diária. De maneira complementar, a independência do idoso é alcançada pela mobilidade e guarda relação com o sistema locomotor, mas também com a visão, fala e audição (ANDRADE et al., 2017; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010a).

Dentre as alterações no sistema musculoesquelético do idoso é verificada uma redução da massa óssea, perda de massa muscular, assim como uma atrofia da musculatura esquelética, que impacta na perda de força, redução da velocidade de marcha, diminuição da flexibilidade corporal e alterações de postura equilíbrio. Essa reduzida função fisiológica, pode predispor o indivíduo a ter maior grau de vulnerabilidade e dependência (BRITO; AQUINO; DURÃES, 2019; MORAES et al., 2019; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010b; VOLPATO et al., 2014).

Além das modificações biológicas, os idosos ficam mais susceptíveis ao desenvolvimento das síndromes geriátricas, que são condições multifatoriais que envolvem a interação de situações estressoras e fatores de risco que ocasionam danos aos sistemas e na perda de funções, sendo que geralmente se desenvolvem e intensificam com o aumento da idade. Entretanto, as síndromes geriátricas são de início insidioso e às vezes de difícil diagnóstico. Elas são classicamente conhecidas e distribuídas no que alguns estudiosos definem

como os 7 “Is”: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (MORAES et al., 2019; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010a).

Grande parte das alterações biológicas são consideradas normais, já que as reservas fisiológicas são reduzidas ao avançar da idade, tornando os idosos mais vulneráveis aos acidentes, às doenças e aos agravos de saúde, se comparado aos mais jovens. Ainda, diversas influências psicológicas, afetivas e sociais podem ocorrer nessa etapa da vida, implicando principalmente em transtornos de ansiedade e depressão (CIOSAK et. al., 2011; FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014 MORAES; MARINO; SANTOS, 2010c). Essas condicionalidades, somadas a complexidade dos regimes terapêuticos dos idosos se torna um grande desafio nas sociedades.

2.4.2 Processo Farmacoterapêutico no Idoso

Nesse contexto, a farmacologia nos idosos apresenta peculiaridades, decorrentes da dificuldade de eliminação de metabólitos, do acúmulo de substâncias tóxicas e das possíveis reações adversas visto a maior vulnerabilidade desses sujeitos (LUTZ et. al., 2017; MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Assim sendo, uma especial atenção deve ser dada ao prescrever medicamentos para os idosos, em função das alterações nos processos de farmacocinética e de farmacodinâmica.

A farmacocinética está relacionada à ação do organismo sobre os medicamentos, e compreende os processos e as etapas de absorção, distribuição, biotransformação e excreção (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014). A absorção refere-se aos processos pelos quais uma droga entra na corrente sanguínea a partir da via de administração e está relacionada principalmente à administração oral dos medicamentos. De modo geral, tem uma forte relação com biodisponibilidade, que é a quantidade da droga que chega aos órgãos-alvo em relação à quantidade administrada. Entre as diversas vias de administração, a via oral é a mais frequentemente utilizada, por ser mais simples, mais barata e por permitir a autoadministração (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014).

Com o processo de envelhecimento, a absorção dos medicamentos é o parâmetro farmacológico menos afetado. Apesar de ocorrer uma lentificação no processo de absorção, retardando o pico sérico, não haverá interferência na biodisponibilidade. Isso acontece porque no idoso, há uma redução do número de células intestinais e do trânsito intestinal, enquanto que o tempo de esvaziamento gástrico e o pH gástrico é mais elevado (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et al., 2012).

A distribuição é o processo no qual os medicamentos são disponibilizados para órgãos e tecidos, ao atingir a corrente sanguínea. As alterações corporais no idoso, como a redução da massa magra, aumento da gordura e diminuição da água corporal, afetam o volume de distribuição dos medicamentos. Para grande parte dos fármacos, a distribuição é realizada por intermédio de ligação com as proteínas plasmáticas, sendo a albumina a proteína de maior relevância, que é reduzida à medida que se dá o envelhecimento. Portanto, a distribuição é um elemento crítico no caso dos idosos (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et al., 2012).

A hipoalbuminemia, presente em idosos desnutridos ou com doenças crônicas, é um fator central, por exemplo, na distribuição de drogas ácidas, como varfarina, ácido valproílico, diazepam, digoxina e fenitoína, que são drogas classificadas como de baixo índice terapêutico. Questão tênue quando o limiar entre o efeito terapêutico e o efeito tóxico são muito próximos, com maior risco de toxicidade e efeitos indesejados severos (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et al., 2012).

A biotransformação ou metabolização tem a função de transformar as drogas em moléculas mais facilmente excretáveis. Nessa etapa, o fígado é o principal órgão responsável nessa etapa. Com a redução da massa hepática, do fluxo sanguíneo e do efeito de primeira passagem no envelhecimento, os processos de metabolismo de determinados fármacos podem ficar comprometidos. As enzimas do citocromo P-450, que estão localizadas no retículo endoplasmático das células hepáticas, são responsáveis por diversas reações do metabolismo. No idoso, há também uma redução da atividade desse citocromo P-450, levando a um aumento da atividade de fármacos. Os fármacos que precisam de reação de oxidação para serem metabolizados, como exemplo,

o diazepam, que tem uma meia vida de 24 horas no paciente jovem, e no idoso pode chegar a 90 horas. Vale destacar que, alguns fármacos têm o potencial de inibir ou induzir essas enzimas (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et a., 2012).

Por fim, na excreção ocorre a eliminação do fármaco por diversas vias, como a renal, a biliar, a pulmonar, entre outras. A redução da função renal (diminuição de massa renal, número de glomérulos e fluxo sanguíneo), em idosos, particularmente a taxa de filtração glomerular, interfere na eliminação de muitos fármacos. Sendo assim, além da redução de doses, é fundamental a aplicação de cálculos de ajustes renais, para fármacos os quais possuem excreção exclusivamente renal e/ou são classificados como de baixo índice terapêutico (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et a., 2012).

A farmacodinâmica por sua vez compreende os efeitos fisiológicos dos fármacos no organismo. As alterações na resposta aos fármacos podem ser explicadas pela mudança no perfil de sensibilidade do idoso, como consequência do declínio da manutenção da homeostase, modificações na afinidade dos receptores aos fármacos e no número de receptores existentes. Os anticoagulantes, os psicotrópicos e os cardiovasculares são os principais grupos de medicamentos, nas quais são observadas mudanças no perfil de resposta terapêutica (FERRACINI; ALMEIDA; FILHO, 2014; RANG et a., 2012).

Mediante as diversas alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica com o envelhecimento, fica mais claro o processo metódico envolvido na tomada de decisão relacionada à seleção, à prescrição e à utilização de medicamentos para os idosos, de forma a evitar que o risco seja maior que os benefícios terapêuticos. Por este motivo, são classificados como medicamentos, potencialmente inapropriados, aos idosos (MPI), todos aqueles que devem ser evitados nessa população, uma vez que oferecem risco elevado de reações adversas e interações medicamentosas, e há uma alternativa terapêutica mais segura disponível (LUTZ; MIRANDA; BERTOLDI, 2017).

Garantir a adequação da prescrição é um dos desafios frente às condições clínicas do idoso, e se constitui como um item indispensável à promoção de saúde e o uso seguro de medicamentos (ISMP, 2017). Instituída em 2013, a Resolução nº 36 do Ministério da Saúde normatiza ações para a

segurança do paciente em serviços de saúde, de forma que o risco de dano seja reduzido a um mínimo aceitável, propiciando assim segurança ao paciente e uma melhor provisão de cuidado possível. No que corresponde ao medicamento, ele está contido em um dos seis protocolos básicos de segurança do paciente, que é melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos (BRASIL, 2013a).

Na avaliação de prescrições geriátricas, diversos critérios objetivos e relativamente simples são empregados na prática clínica para auxiliar na escolha terapêutica, e conseqüentemente prevenir a prescrição inapropriada. O Critério de *Beers* é o mais amplamente utilizado na literatura científica e na prática clínica mundialmente (BEERS, 2019). Ele foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) em 1991, a fim de determinar o uso de medicamentos inapropriados em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Para isso, foi elaborada uma lista composta por 19 medicamentos classificados como inapropriados aos idosos e uma lista com 11 medicamentos cuja variação de posologia poderia ser considerada inapropriada.

Desde sua criação, os Critérios de *Beers* além da versão original, passaram por cinco atualizações nos anos de 1997, 2003, 2012, 2015 e mais recentemente em 2019, sendo que os três últimos foram coordenados pela *American Geriatrics Society* (AGS), que assumiu a responsabilidade de atualizá-los frequentemente, de acordo com a evolução de estudos da literatura internacional. A versão de 2019, possui quarenta e seis critérios e inclui mais de cinquenta medicamentos ou classes de medicamentos, divididos em cinco categorias: medicamentos que são potencialmente inapropriados, na maioria dos idosos; medicamentos que devem ser evitados em pessoas idosas com certas condições; medicamentos para usar com cautela; interações medicamentosas e ajuste de dose de fármaco baseado em função renal (BEERS, 2019).

O desenvolvimento de critérios tem por objetivo melhorar a seleção de medicamentos, reduzir os eventos adversos a medicamentos e servir como uma ferramenta avaliativa a despeito da qualidade de um atendimento especializado, bem como os custos e os padrões de uso de medicamentos seguros em idosos (BEERS, 2019; O'MAHONY et al., 2015). Com o envelhecimento populacional

brasileiro, muitas medidas vêm sendo tomadas a fim de melhorar as condições de saúde do idoso em todos os aspectos, prioritariamente, de acordo com a realidade local (VERAS et al., 2018).

Além de *Beers*, o modelo americano, outros países desenvolveram critérios para o uso de medicamentos inapropriados em idosos, como o STOPP (Irlanda), o EU (7) – PIM (Europa), o Taiwan (China), entre outros. Seguindo a tendência, somente em 2016, o Brasil teve o seu primeiro modelo de critério desenvolvido, o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (CBMPPII), que foi desenvolvido e validado por Oliveira e colaboradores. O CBMPPII, apesar de ter semelhanças e recomendações em comum a outros critérios internacionais, possui características adequadas à realidade do brasileiro, já que muitos medicamentos citados em outras listas não estão disponíveis para comercialização ou uso no Brasil (OLIVEIRA et al., 2016).

Com a elaboração do CBMPPII, foram estabelecidos 118 critérios, divididos em duas listas, sendo uma com 43 critérios de medicamentos que devem ser evitados independentemente da condição clínica e outra com 75 critérios a depender da condição clínica do idoso. A aplicação do critério diante dos sujeitos é de suma importância para compreender cada caso individualmente, levando em conta os objetivos do paciente, o tempo de exposição ao medicamento e o perfil de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Dentre os medicamentos mais utilizados pelos idosos, destacam-se o uso de psicofármacos, principalmente antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. O uso crônico destes medicamentos aumentou consideravelmente nos últimos anos, e pode estar relacionado a uma pior qualidade de vida, a problemas psicossociais, a uma perda de capacidade funcional, dentre outros fatores inerentes ao modelo biomédico ainda presente no contexto da assistência em saúde brasileira (ALVIM et al., 2017; NALOTO et al., 2016).

Os benzodiazepínicos destacam-se entre as classes farmacológicas de psicofármacos mais comumente utilizadas na prática clínica, devido suas diversas finalidades farmacológicas, sendo indicados principalmente para os transtornos de ansiedade e de insônia. Pelo fato dessas condições clínicas ainda serem muito frequentes ao envelhecer, os benzodiazepínicos são os

medicamentos de uso mais prevalente nos idosos (ALVARENGA et al., 2015; ALVIM et al., 2017; NALOTO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016).

A preocupação em relação aos benzodiazepínicos mais prescritos, como o alprazolam, o bromazepam, o clonazepam e o diazepam, está diretamente relacionada ao risco para o desenvolvimento de alguns efeitos adversos. Dentre as manifestações, destacam-se: vertigem, sonolência, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes, tolerância e dependência. Esses medicamentos associam-se ao aumento da frequência de quedas e fraturas, bem como no desenvolvimento de déficit cognitivo (ALVARENGA et al., 2015; ALVIM et al., 2017; NALOTO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016).

Outro aspecto envolvido no uso de benzodiazepínicos é em relação à sua farmacocinética em decorrência da eliminação demorada nos idosos. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos, principalmente por longos períodos e em situações injustificadas, é um problema de saúde pública extremamente reconhecido, visto que estão entre as cinco classes de medicamentos controlados mais vendidos no Brasil e com maior uso nas regiões com alta densidade populacional e com maior número de médicos. A emissão de prescrições com benzodiazepínicos têm sido frequentemente observadas nos serviços da APS, em que existe maior procura e demanda de assistência pelas pessoas idosas, conseqüentemente, isso impacta no maior consumo por elas (FEGADOLI; VARELA; CARLINI, 2019).

Comumente conhecidos e utilizados, os inibidores da bomba de prótons, são medicamentos utilizados para a prevenção e o tratamento de úlcera péptica e de distúrbios gastrointestinais. O omeprazol é o integrante desta classe mais prescrito e utilizado no Brasil e no mundo, principalmente na atenção primária e no ambiente hospitalar, sendo também considerado como um medicamento essencial pela OMS, visto sua função como protetor gástrico. Para suas diversas indicações clínicas, a duração máxima de tratamento preconizada é de até oito semanas. Porém, o que se percebe é o uso crônico deste medicamento por idosos que tem maior potencial para o desenvolvimento de osteoporose/fratura, demência e insuficiência renal associada, assim como maior risco de interações medicamentosas (LIMA; DALL FABRO; FUNAYAMA, 2019).

Em face à relevante complexidade terapêutica envolvida nas prescrições dos idosos, o desencadeamento de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) se torna favorável. Dessa forma, torna-se necessária a avaliação e o acompanhamento desses indivíduos em prol da otimização de um tratamento farmacológico de qualidade, eficaz e sobretudo seguro. Isso faz com que a chamada tríade iatrogênica seja evitada, que é caracterizada como a prescrição de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado (MPI) associado ao uso contínuo de polifarmácia e a presença de potenciais interações associadas a medicação (OLIVEIRA et al., 2019)

O termo PRM é utilizado nos processos de trabalho de rotina do profissional farmacêutico. Com efeito, é comum e crescente sua utilização no campo da saúde, entretanto, não há uma padronização entre os grupos de pesquisa para o uso de outras terminologias sinônimas, o que dificulta a comparação de resultados de estudos publicados ou associações. Algumas terminologias são: problemas relacionados à farmacoterapia, resultado negativo associado ao uso de medicamento e problema farmacoterapêutico. Um estudo publicado por Strand e colaboradores nos EUA em 1990, propôs a definição de PRM como um “evento indesejado da farmacoterapia, experienciado pelo paciente e que interfere, real ou potencialmente, no resultado esperado pela mesma”, ou seja, envolve os problemas que devem ser resolvidos e prevenidos (ADUSSUMILLI; ADEPU, 2014; CORRER et al., 2007).

O aprimoramento da definição de PRM e sua classificação tem sido revisada e atualizada constantemente, desde 1998, quando houve o primeiro Consenso de Granada na Espanha. Em anos seguintes, ocorreram o segundo e o terceiro Consenso de Granada, que trouxeram avanços importantes, como o desenvolvimento do Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2011). Em 2002, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi estabelecido o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que teve como objetivo promover a Atenção Farmacêutica no Brasil, elaborar estratégias de ação e propor uma harmonização de conceitos inerentes à prática farmacêutica, estabelecendo a seguinte definição para PRM:

“É um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário” (OPAS/OMS, 2002, p. 19).

O processo de utilização de medicamentos pode desencadear inúmeros PRM, principalmente na presença de polifarmácia, que se refere à utilização de múltiplos medicamentos pelo mesmo paciente. Não existe um consenso universal para polifarmácia, porém a grande maioria dos estudos científicos a classificam como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (RAMOS et al., 2016; REZENDE et al., 2019; ROMANO-LIEBER et al., 2018; SALES; SALES; CASSOTI, 2017; SECOLI et al., 2010).

Nos idosos é muito comum a polifarmácia, que sempre está associada a múltiplas consequências negativas, como a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, risco aumentado de eventos adversos, interações medicamentosas, capacidade funcional reduzida, não adesão medicamentosa e diversas síndromes geriátricas. Além disso, a polifarmácia tem impacto negativo também no aumento dos custos ao paciente e ao sistema de saúde (McGRATH et al., 2017; REZENDE et al., 2019).

A fim de reduzir a polifarmácia, a desprescrição de medicamentos vem sendo utilizada como uma das estratégias de cuidado em saúde. O processo de desprescrição é colaborativo entre os profissionais de saúde e os pacientes, e consiste inicialmente em identificar os medicamentos desnecessários, potencialmente inapropriados, inefetivos e inseguros para descontinuá-los em seguida. Desta forma, levando em conta os objetivos do tratamento, os benefícios para o paciente e sobretudo a segurança medicamentosa (MCGRATH et al., 2017; REZENDE et al., 2019).

No que diz respeito aos malefícios, destaca-se a iatrogenia como um PRM que precisa ser evitado no idoso, devido à sua natural vulnerabilidade mais acentuada às reações adversas de medicamentos, às intervenções não farmacológicas, do risco de polipatogenia e de polifarmácia, além de incapacidades (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010b; REIS; JESUS, 2017; SOUZA et al., 2016).

As reações adversas são PRM frequentemente identificados em idosos. São eventos clínicos indesejáveis associados aos medicamentos utilizados em doses adequadas à condição clínica do paciente. O risco de ocorrências aumenta substancialmente na presença de medicamentos inapropriados aos idosos e de automedicação. Problemas que ameaçam a vida ou incapacitam o idoso, como depressão, fraturas de quadril, quedas, imobilidade e constipação estão associadas as reações adversas e devem ser evitadas, já que podem provocar danos graves à saúde e, muitas vezes, hospitalizações (MODESTO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

Nos EUA, as reações adversas estão entre as dez principais causas de morte e são responsáveis pelo elevado custo financeiro para os sistemas de saúde. No Brasil e no mundo, a notificação espontânea ainda é a metodologia mais utilizada para registro de reações adversas a medicamentos, embora a subnotificação seja uma reconhecida limitação. Criado em 2008 pela Anvisa, o Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa) disponibiliza acesso à população, em geral, para notificações de incidentes, queixas técnicas e eventos adversos associados à produtos e serviços sob vigilância sanitária, como é o caso dos medicamentos (ANVISA, 2020; MOTA; VIGO; KUCHENBECKER, 2019).

No estudo de farmacovigilância conduzido por Mota et al. (2019), utilizando o Notivisa, foram analisadas as notificações espontâneas entre os anos de 2008 e 2013, no qual evidenciaram que quase 1/3 das suspeitas de reações adversas em medicamentos ocorreram em populações mais vulneráveis, incluindo os idosos (MOTA; VIGO; KUCHENBECKER, 2019).

Em 2019, a Anvisa disponibilizou um novo sistema, que é específico para notificações de eventos adversos no uso de medicamentos e vacinas, o VigiMed, que têm domínio público sendo voltado às vigilâncias sanitárias, aos cidadãos e aos profissionais de saúde. Nesse sistema, estão envolvidos todos os eventos adversos a medicamentos (EAM) que é definido pela OMS como: “qualquer ocorrência médica indesejável que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, sem necessariamente possuir uma relação causal com este tratamento”. Diversos fatores contribuem para o surgimento de EAM, como a presença de comorbidades, a polifarmácia, a idade, a presença de

medicamentos inapropriados na prescrição e a não adesão à farmacoterapia (ANVISA, 2020; SOUSA; FONTELES, et al., 2018).

A intoxicação medicamentosa consiste em uma série de manifestações clínicas produzidas quando um medicamento é administrado ou entra em contato com o organismo em doses acima das recomendadas para o tratamento, ou seja, estão diretamente ligadas à segurança medicamentosa. No Brasil, as interações medicamentosas são consideradas um problema de saúde pública por ser a principal causa de intoxicações frente a outros compostos tóxicos, e com danos alarmantes. Entre 2000 e 2012, foram notificados mais de 300 mil casos de intoxicações medicamentosas (cerca de 26 mil casos por ano) no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), com 0,3% evoluindo para óbito (SANTOS; BOING, 2018).

Quando se analisa as principais causas de intoxicações medicamentosas, a automedicação se destaca diante dos demais agravantes como erros de dosagem, terapêutica inadequada, confusão entre os medicamentos e ingestão involuntária. A automedicação, apesar de não ter uma definição universal, pode ser compreendida como o uso de medicamentos isentos de prescrição, a reutilização de medicamentos previamente prescritos sem orientação de um profissional de saúde e o uso de medicamentos que exigem prescrição médica. A indicação de medicamentos por amigos, vizinhos e familiares, ou alterações na dose administrada também são consideradas automedicação é um problema frequente entre as pessoas idosas. Os achados da literatura nacional e internacional apontam uma prevalência de automedicação superior a 70% em idosos (JAFARI; KHATONY; RAHMANI, 2015; OLIVEIRA et al., 2018).

Em um estudo no âmbito da atenção primária à saúde, no município de Natal no Rio Grande do Norte, no qual idosos foram avaliados com relação ao uso de medicamentos, 67% se automedicavam. Os achados encontrados mostram a relevância de compreender e de acompanhar as necessidades do idoso na atenção primária à saúde (SILVA et al., 2019b). Concernente ao envelhecimento populacional, as interações medicamentosas são PRM de elevada prevalência. As interações medicamentosas podem ser compreendidas como um fenômeno clínico em que um medicamento tem o potencial de

modificar a ação de outro medicamento que foi administrado simultaneamente ou posteriormente (SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2019; VELOSO et al., 2019).

Investigar interações medicamentosas potenciais é a via mais fácil para o estabelecimento da possibilidade de um dano à saúde acontecer, uma vez que as interações medicamentosas reais muitas vezes são difíceis para comprovar a sua ocorrência. A presença de polifarmácia é fator determinante ao surgimento dessas interações medicamentosas, que por serem capazes de desencadear reações adversas, colocam em risco a segurança do paciente idoso, a efetividade da farmacoterapia, assim como, sua capacidade funcional (LEÃO; MOURA; MEDEIROS, 2014; SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2019; VELOSO et al., 2019).

A maior parte das investigações relacionadas às interações medicamentosas acontecem em ambientes hospitalares ou com tratamentos específicos. Perante esse cenário científico, estudos realizados na atenção primária à saúde com idosos, reforçam que grande parte dos idosos apresentam em seus tratamentos de uso contínuo pelo menos uma interação medicamentosa potencial (IAMAGUCHI et al., 2017; LEÃO; MOURA; MEDEIROS, 2014; SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2019).

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento biológico associadas ao aumento de DCNT e os modelos fragmentados de cuidado à saúde do idoso conduzem a diversos tratamentos farmacológicos realizados concomitantemente. Assim, a farmacoterapia torna-se complexa e pode deixar as pessoas idosas susceptíveis à riscos em decorrência de alterações farmacocinéticas e às farmacodinâmicas, com o desenvolvimento de PRM e diversos outros desdobramentos que impactam negativamente na qualidade de vida, como é o caso da não adesão ao tratamento farmacológico.

2.5 A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A OMS define que a adesão ao tratamento se comporta como um fenômeno que sofre influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente e que determinam o comportamento em relação às recomendações para o tratamento e controle da doença (ADRIANO et al., 2017; WHO, 2003).

Em 2003, a OMS definiu de modo geral a “adesão a terapias de longo prazo” como:

[...] a extensão com a qual o comportamento do indivíduo – uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde. (WHO, 2003. cap. 1, p. 3).

Pesquisas relacionadas à esta temática estão vinculadas ao campo da farmacoepidemiologia, compreendida como o saber que utiliza da aplicação do método e do raciocínio epidemiológico para avaliar o uso de medicamentos em populações, observando ainda seus efeitos benéficos e/ou adversos. Ela se desenvolveu a partir da junção entre a farmacologia clínica, que estuda os efeitos dos fármacos nos seres humanos, e a epidemiologia, que estuda a distribuição e os determinantes de doenças e agravos na população. Surgiu em 1960, e desde então seus conhecimentos são utilizados na condução de estudos farmacoepidemiológicos (BALDONI; GUIDONI; PEREIRA, 2011; CASTRO, 2002).

Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) são aqueles que apresentam uma visão geral, ou de particularidades em relação ao uso de medicamentos em uma determinada sociedade, independente do seu objetivo ou metodologia. De maneira abrangente, a OMS define a utilização de medicamentos como “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes” (CASTRO, 2002; WHO, 1977).

Neste cenário, é importante destacar o papel dos estudos relacionados a não adesão ao tratamento em virtude de ser um parâmetro, para mensurar a utilização de medicamentos em uma determinada população. Sob essa ótica, a partir do panorama do envelhecimento populacional, observa-se um aumento de estudos farmacoepidemiológicos voltados à população idosa, abordando diferentes condições associadas como o uso de medicamentos, a polifarmácia, a automedicação, as interações medicamentosas, os eventos adversos, o uso inadequado e a não adesão ao tratamento (SILVA et al., 2012).

Dentre os diferentes métodos de pesquisa em farmacoepidemiologia, a grande maioria visa avaliar a presença de problemas farmacoterapêuticos, sendo os relacionados à não adesão à farmacoterapia, um dos problemas mais

preocupantes e frequentes. Segundo a OMS aponta que mais da metade dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma indevida aos usuários, dos quais cerca de 50% não os utilizam adequadamente, contribuindo assim para a elevação das taxas de morbimortalidade nas diversas populações (ALMEIDA et al., 2013; WHO, 2006).

Dessa forma, o apontamento de que grande parte da população se relaciona a dificuldades na utilização de medicamentos, faz com que a OMS classifique a inadequada adesão ao tratamento de DCNT como um problema mundial de saúde de grande magnitude. Na esfera científica é fundamental discutir a terminologia utilizada nos estudos de adesão, considerando o emprego de termos relativos provenientes da língua inglesa, como *adherence* e *compliance*, traduzidos para a língua portuguesa como adesão ou aderência e obediência ou cumprimento, respectivamente (CONN et al., 2009; CRAMER et al, 2008; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Dentre os termos mencionados, *concordance* surgiu e foi empregado na literatura médica no ano de 1975. Porém, nos últimos anos, seu uso está em declínio e não é recomendado, pois não há envolvimento do indivíduo com o profissional de saúde, mas sim a obediência da mesma, o que pressupõe o seu papel submisso e passivo. Já *adherence* surgiu em 1993 e é mais utilizada, pois seu significado permite que o indivíduo seja ativo e livre para acordar as recomendações com o profissional de saúde. Diferentemente dos dois principais, um terceiro termo denominado *compliance* foi criado em 1995, mas nunca foi muito utilizado para estudos de adesão, já que sua tradução corresponde a concordância, que envolve um acordo de cooperação do processo de cuidado e não necessariamente adesão ou não adesão (OLIBONI; CASTRO, 2018).

Apesar de sofrer algumas variações entre diversos autores, o conceito de adesão ao tratamento farmacológico, de modo geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou procedimentos de maneira total, levando em conta a posologia do tratamento, que inclui a dose do medicamento, a via de administração e a duração do tratamento. Dessa maneira, representa a etapa final do que se preconiza como uso racional de medicamentos (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

O entendimento do papel do paciente enquanto sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, é reforçado em estudos da literatura internacional. Efetivo papel envolve a compreensão de seus valores e de suas crenças em relação aos medicamentos, à doença, à saúde, ao autocuidado e até mesmo a autorreflexão do que significa usar irracionalmente os medicamentos ou não aderir à uma farmacoterapia (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Com o fenômeno do envelhecimento populacional e dependendo de determinadas condições de saúde, o idoso propende a apresentar uma redução na sua capacidade funcional e, conseqüentemente, no seu autocuidado. Portanto, incentivar a manutenção ou o resgate do autocuidado no idoso é crucial para que no processo de cuidar o indivíduo se torne ativo (SILVA et al., 2016).

A adesão ao tratamento farmacológico é grau de coerência entre o comportamento de uma pessoa e as orientações de um profissional de saúde em relação ao uso dos medicamentos. A não adesão pode afetar negativamente a saúde e a evolução clínica do paciente, trazendo conseqüências pessoais, além de econômicas e de sociais. Dentre as barreiras relacionadas com a adesão à farmacoterapia estão às características individuais do paciente, à doença em si, os medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e os serviços de saúde, sendo mais frequentes nos idosos e devem ser observadas, já que exigem um melhor manejo clínico da farmacoterapia (SANTOS et al., 2020b; TAVARES et al., 2013; TAVARES et al., 2016).

A não adesão ao tratamento farmacológico é um problema frequentemente identificado entre os pacientes, principalmente entre os portadores de doenças crônicas não transmissíveis e os que necessitam de administrar medicamentos mais de uma vez ao dia (HUSZCZ, 2018). Segundo Ruppert e colaboradores (2011), os problemas relacionados à adesão são multifatoriais e envolvem o sistema de saúde, as políticas de saúde, a família, a comunidade, os profissionais de saúde e os pacientes.

A não adesão à farmacoterapia é considerada um problema de saúde pública. Estima-se que 50% dos pacientes portadores de DCNT em países desenvolvidos sejam não-aderentes aos tratamentos farmacológicos, sendo esta taxa superior nos países em desenvolvimento (WHO, 2003).

A respeito da não adesão ao tratamento farmacológico, alguns autores defendem e a caracterizam em diferentes tipos como intencional e não intencional ou, ainda primária e secundária. A não intencional está relacionada a escolha do próprio paciente de não seguir o regime terapêutico prescrito, sendo uma decisão individual, pautada em suas crenças, preferências e motivações em relação ao uso dos medicamentos. Já a não adesão não intencional se configura como um processo passivo, em que o paciente tem pouco controle ou motivos alheios à suas decisões e vontades. Neste caso, incluem comportamentos de esquecimento, descuido, não entendimento, confusão, nível educacional e fatores socioeconômicos (OLIBONI; CASTRO, 2018).

A não adesão primária é o processo em que o indivíduo falha em aviar um receituário, no qual os medicamentos são recentemente prescritos, ou seja, nem inicia o tratamento por não ter feito a aquisição, independente da causa. A secundária diz respeito aos medicamentos não administrados, conforme prescritos, quando o paciente já adquiriu e ainda assim, esquece de tomar um ou mais doses, para de tomar ou toma de forma errada (OLIBONI; CASTRO, 2018).

Dentre as barreiras ou motivos apresentados na literatura perante a condição de aderir ou não ao tratamento está o acesso aos medicamentos. A adesão ao tratamento farmacológico só é possível se o acesso aos medicamentos for plenamente garantido. Com a instituição da PNAF no Brasil, o acesso aos medicamentos se fortaleceu, com a oferta de meios de aquisição aos usuários do SUS em todo território nacional, desde que contemplados nas relações oficiais (BOING et al., 2013)

Na prática, a efetividade só acontece quando o planejamento e a gestão da assistência farmacêutica são capazes de adquirir e de destinar recursos financeiros satisfatórios, para a compra e distribuição dos medicamentos e materiais em toda rede de atenção à saúde, seja em qualquer esfera de financiamento de governo. Na APS, quando for prescrito um medicamento não padronizado para o idoso, o acesso vai depender das condições socioeconômicas deste, que se desfavorável, implicará na não adesão ao tratamento (BOING et al, 2013; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

A ONU considera o acesso aos medicamentos como um dos indicadores que mensuram a concretização do direito à saúde. De modo geral, no Brasil a prevalência de acesso aos medicamentos é elevada, porém se demonstra desigual, quando comparada as regiões, sendo menor no Nordeste e Norte. A avaliação contínua destes indicadores, reforçam a necessidade de fortalecimento do SUS para o fornecimento gratuito de medicamentos, com vistas à equidade e integralidade, que refletirão na adesão e no uso racional dos medicamentos (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

A descontinuação ou interrupção do tratamento é outro fator determinante na adesão à farmacoterapia, visto que muitas às vezes o indivíduo pode considerar desnecessário o tratamento ou a depender da ausência de sintomas e aparente melhora clínica, ele pode cessar a utilização por conta própria a qualquer momento, principalmente, quando se diz respeito às terapias antimicrobianas. Existem também os casos em que o paciente nem inicia o tratamento, mesmo após a aquisição do medicamento. Considerando todas essas associações, a adesão pode ser observada sobre diversos horizontes (NICOLINI et al., 2008).

A suspensão ou interrupção do tratamento por conta própria, pode ser influenciada por situações na qual o idoso sente vergonha ou medo de dizer ao profissional de saúde e/ou familiar que não está aderindo ao tratamento. A depender da autonomia do idoso, a participação familiar ou de um cuidador é essencial para a gestão dos medicamentos e cumprimento da adesão (IBANEZ et al., 2014).

O cumprimento da adesão ao tratamento farmacológico pelo idoso é frequentemente confundido com o fato deste ser persistente na utilização de todos os seus medicamentos. Entretanto, cabe ressaltar que a persistência não garante a adesão, já que a efetividade terapêutica é alcançada somente quando a administração dos medicamentos está de acordo com todas as recomendações fornecidas (OLIBONI; CASTRO, 2018; RAMOS et al., 2016).

As barreiras que impedem ou que podem interferir à conduta de aderir ou não a um tratamento farmacológico são muitas e devem ser investigadas com o intuito de garantir qualidade de vida. Dentre as principais barreiras destacam-se as sociodemográficas, as relacionadas à terapia, as relacionadas à pessoa, as

relacionadas à condição de saúde/doença e as relacionadas ao profissional de saúde/serviço de saúde/à equipe interdisciplinar de saúde. Todas essas barreiras, possuem fatores associados que implicam diretamente ou não no uso dos medicamentos (OLIBONI; CASTRO, 2018).

Para alguns autores, a adesão à farmacoterapia diz respeito ao cumprimento de pelo menos 80% das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde em relação ao uso racional dos medicamentos, visto que não é considerada como uma tarefa fácil. Para mensurar se um indivíduo adere ou não a um tratamento farmacológico, diferentes métodos de avaliação e de estratégias podem ser aplicados (LEITE; VASCONCELOS, 2003; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Os métodos de avaliação da não adesão à farmacoterapia podem ser classificados em diretos e em indiretos. Entretanto, até o presente momento, não existe um método que possa ser considerado “padrão ouro”. Cada tipo de método e sua estrutura apresentam vantagens e desvantagens que favorecem ou limitam sua aplicabilidade nesse processo de avaliação (OBRELI-NETO et al., 2012).

De modo geral, os métodos diretos consistem em análises laboratoriais avaliativas e quantitativa dos medicamentos em amostras de sangue ou fluídos biológicos do paciente e ainda podem ser aplicados marcadores químicos para detecção. Embora sejam seguros, os métodos diretos são de alto custo para o sistema de saúde e de difícil realização, visto a utilização de equipamentos analíticos robustos, que podem sofrer alterações do resultado por conta de outros fatores biológicos (alterações de funções hepáticas e renais, por exemplo). Outra limitação é o fato deste método checar apenas o uso recente do medicamento e não permitir avaliar o comportamento de adesão do paciente entre os intervalos de coleta de seus fluidos biológicos para análise (OIGMAN, 2006).

Por sua vez, os métodos indiretos são em geral fáceis de serem realizados, possuem baixo custo para aplicação, são úteis para a prática clínica, mas impossibilitam a comprovação de ingestão do medicamento pelo paciente, tendo sua reprodução limitada. Nesse grupo de métodos, compreendem relato do paciente (entrevista), opinião do médico, resposta clínica, diário do paciente,

contagem manual de comprimidos, registro de retirada de medicamentos em farmácias, monitorização eletrônica do número de tomada e questionários estruturados (OBRELI-NETO et al., 2012; OIGMAN, 2006).

No relato do paciente, também denominado entrevista ao paciente, são aplicadas questões abertas, sem nenhum tipo de julgamento pelo profissional de saúde e não requer uso de tecnologia dura. Estas questões são úteis para avaliar o comportamento de adesão e visam compreender as experiências com medicamentos vividas pelos pacientes. Questões sugeridas e comumente utilizadas são: “Conte-me como você utiliza seus medicamentos”, “Conte-me o que você sabe sobre seus medicamentos”, “Conte-me suas dúvidas sobre seus medicamentos”, demonstraram serem úteis para alcançar maiores informações sobre o comportamento de adesão. A limitação dessa técnica é a necessidade maior de tempo para aplicação, contudo, é o mais simples e de fácil aplicabilidade (OBRELI-NETO et al., 2012; WHO, 2003).

Aparentemente, a contagem manual de comprimidos é o método mais adequado, porém requer muita colaboração do paciente e pode sofrer manipulação pelo mesmo. Sua metodologia consiste no grau de coincidência entre a quantidade de comprimidos tomados pelo paciente em relação à quantidade que deveria ter sido administrada em um período de tempo de acordo com a prescrição. Também encontrado na literatura, o registro de retirada de medicamentos em farmácias é um método de fácil aplicação em serviços de saúde que atendem muitos pacientes. Entretanto, o fato de retirar o medicamento com regularidade não necessariamente quer dizer que ele está aderindo à farmacoterapia, além do que não é todas as farmácias que dispõem desse controle (OBRELI-NETO et al., 2012; OIGMAN, 2006).

Apesar de muito questionável enquanto método, a opinião do médico é um tipo pouco sensível, mas pode ser uma forma de avaliar a adesão através da avaliação clínica. Esse método é muito associado à resposta clínica que consiste em utilizar parâmetros clínicos e laboratoriais para prever o nível de adesão a um tratamento. Já o diário do paciente é um método barato e interessante, no qual o paciente é instruído pelos profissionais de saúde, a registrar todos os eventos relacionados ao uso dos medicamentos (dificuldades, horários e quantidade administrada, reações adversas) e entregá-lo em intervalos de tempo

definidos. Suas limitações são o nível de escolaridade, o esquecimento e a motivação do paciente (OBRELI-NETO et al., 2012; OIGMAN, 2006).

Como técnica de mensuração da adesão, a monitorização da medição do número de tomada é algo ainda muito distante da realidade de aplicação no SUS, mas que consiste em uma tendência em países desenvolvidos. Ela consiste em utilização de frascos especiais, os quais possuem dispositivos eletrônicos, que registram as ações – abrir e fechar o frasco para retirar o medicamento – ou seja, número de vezes e transmite a um computador (OBRELI-NETO et al., 2012; OIGMAN, 2006).

Os questionários semiestruturados, também conhecidos como métodos auto referidos, são os mais empregados na prática clínica e pesquisas para avaliar a adesão à farmacoterapia. Por meio deles são correlacionadas atitudes do paciente frente a utilização dos medicamentos, empregando questões diretas. Em termos de investigação científica se destacam pelo baixo custo, rapidez, fácil aplicação e possibilidade de acompanhar um grande número de indivíduos (GEWEHR et al., 2018; OBRELI-NETO et al., 2012; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Entre os diversos questionários estruturados descritos na literatura para avaliar a adesão à farmacoterapia, destacam-se: *Brief Medication Questionnaire*, Teste de Batalha, *Morisky-Green* e Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de *Morisky* (MMAS-8) (BORGES et al., 2012). O *Brief Medication Questionnaire* constitui-se de 22 perguntas objetivas relacionadas a 3 domínios relacionados à adesão: regime, crenças e recordações. São atribuídas pontuações às respostas do paciente comparando a terapia prescrita (SVARSTAD et al., 1999). O Teste de Batalha constitui-se de 3 perguntas objetivas que mensuram a adesão através do nível de conhecimento do paciente sobre sua doença (BORBA et al, 2013).

O Teste de *Morisky-Green* é um dos questionários mais utilizados e avalia o nível de adesão com base na atitude dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos, sendo composto por quatro perguntas objetivas com respostas dicotômicas (BEN; NEUMANN; MENGUE, et al., 2012). Na escala MMAS-8, desenvolvida em 1986, a partir do Teste de *Morisky-Green*, são aplicadas 8 perguntas - sendo sete de caráter dicotômico (sim ou não) e a última respondida conforme cinco opções (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente e

sempre). O referente questionário permite associar aos fatores relacionados à adesão e tem maior sensibilidade se comparado aos demais, além de possibilitar uma boa aplicabilidade e confiabilidade nos resultados (MORISKY et al., 2008; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Na MMAS-8, o grau de adesão é mensurado de acordo com a pontuação obtida derivada da soma de todas as respostas, que varia em uma escala de 0 a 8 pontos, sendo baixa adesão (< 6 pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e alta adesão (8 pontos). Como diferencial, as questões são formuladas de forma que as respostas do paciente não sejam sempre positivas, visto a tendência de responderem sempre sim. A versão em português foi traduzida e validada por Oliveira-Filho et al (2012), em um estudo aplicado à hipertensão arterial em um ambulatório em Maceió, Alagoas (MORISKY et al., 2008; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

A avaliação da adesão ao tratamento farmacológico é valiosa, independentemente do tipo de estratégia, posto que a não adesão prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando desfechos em saúde não desejados, como gastos em saúde e aumento da morbimortalidade. A realização de acompanhamento farmacoterapêutico é muito efetiva, visto que o farmacêutico é capaz de intervir e de contribuir de forma significativa para a qualidade de vida dos usuários. Porém, uma das barreiras a ser enfrentada na sociedade é oferecimento do cuidado farmacêutico no SUS, o qual ainda é incipiente e ofertado em baixa escala. Mas cabe reportar que a atuação do farmacêutico, neste contexto, vem ganhando cada vez mais espaço e reconhecimento, aliado ao comprometimento e dos demais profissionais da saúde para a avaliação da adesão (CFF, 2016; NICOLETTI et al., 2017).

Outro fator fortemente associado a não adesão ao tratamento farmacológico é o letramento funcional em saúde. Por definição, o termo letramento refere-se ao desenvolvimento do processo de aprendizagem da comunicação, englobando a escrita e a leitura. Sua origem no Brasil surgiu na década de 80 e foi alvo de estudos na área de educação e de linguagem, e por mais que esteja relacionado a alfabetização, o sentido do letramento vai muito além, envolvendo as diferentes formas comunicação e interação entre os indivíduos e suas práticas sociais (PASSAMAI et al., 2012; ROCHA et al., 2019).

O letramento funcional em saúde é o grau ou a capacidade pelo qual um indivíduo tem de obter, processar e compreender informações em saúde e em serviços básicos da mesma, que têm o potencial de fornecer ações e estratégias para o autocuidado e tomada de decisão em saúde, entre elas a adesão ao tratamento farmacológico (CORDEIRO; SAMPAIO, 2019; PASSAMAI et al., 2012). É considerado um dos caminhos para o alcance da promoção da saúde que envolve elementos como: competências pessoais, capacidade de leitura, controle e redução de riscos em saúde, habilidades, cognição e compreensão de informações em saúde (LIMA et al., 2018).

O letramento funcional em saúde é apontado atualmente como um determinante no processo saúde-doença. O baixo letramento funcional em saúde tem consequências diretamente relacionadas à saúde de uma população, sobretudo as mais vulneráveis, como no envolvimento das pessoas na prevenção e na detecção precoce de doenças, no gerenciamento das doenças crônicas não transmissíveis, no acesso e na utilização dos serviços de saúde. No Brasil, não são realizados grandes estudos de amplitude nacional e os resultados existentes, alertam para a prioridade de estabelecer estratégias de conhecimento e aprendizagem para os idosos desenvolverem o autocuidado (CORDEIRO; SAMPAIO, 2019; LIMA et al., 2018).

Frente ao imperativo envelhecimento populacional, é notável que o letramento funcional em saúde, em pessoas idosas, pode ser compreendido como um elemento preditivo para sensibilização em relação à promoção de saúde e à adesão ao tratamento farmacológico. Limitações neste letramento têm sido relacionadas também a altas taxas de internação hospitalar e mortalidade precoce. Além disso, é importante acontecer mudanças que aproximem o profissional de saúde ao nível de compreensão e uso das informações com os idosos, favorecendo uma boa comunicação, em paralela ao tratamento medicamentoso (AMARAL et al., 2014; MARAGNO; LUIZ, 2016; PASSAMAI et al., 2012).

No que diz respeito à aproximação do usuário ao profissional de saúde, avanços ocorreram com a evolução da área clínica, por conta do cuidado farmacêutico. Na assistência à saúde da APS, o cuidado farmacêutico é a provisão de serviços farmacêuticos fundamentais para atingir a prevenção e a

resolução de problemas da farmacoterapia. Nas consultas farmacêuticas, por exemplo, quando identificado a não adesão ao tratamento farmacológico, intervenções são realizadas (CFF, 2016).

No contexto da não adesão, por exemplo, os farmacêuticos estão em posição estratégica para se comunicarem com a sociedade e principalmente com grupos vulneráveis, como a população idosa, sobre os seus medicamentos e incentivá-la na participação da tomada de decisões destinadas às suas necessidades principais de saúde. Para isso, estudos científicos no campo da saúde coletiva envolvendo a assistência farmacêutica, o cuidado farmacêutico e a farmacoepidemiologia são recomendados (OLIBONI; CASTRO, 2018).

A conexão dos problemas enfrentados pelos usuários de medicamentos e o SUS não estão dissociados. A adesão ao tratamento farmacológico se constitui como uma etapa essencial para o sucesso da terapia medicamentosa e, conseqüentemente, no controle e na recuperação de doenças e agravos em saúde. A compreensão e o levantamento de fatores associados a este processo, utilizando-se de metodologias e técnicas para avaliação da não adesão e que favoreçam a saúde em nível individual e coletivo, são necessárias a fim de que seja garantido à efetivação do princípio da integralidade no SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros no âmbito da atenção primária à saúde através da realização de uma revisão sistemática da literatura.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos idosos brasileiros que não aderem ao tratamento farmacológico.
- Descrever os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico.
- Verificar a prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico nos estudos.
- Detectar os principais métodos utilizados na avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico na atenção primária à saúde.

4 MÉTODO

A Prática Baseada em Evidências (PBE), desenvolvida na década de 1980, no Canadá, é um processo de localização, avaliação e aplicação das evidências científicas em saúde. Considerando a constante expansão da produção científica na área de saúde e a necessidade de acompanhamento destas informações para atualização dos profissionais, a PBE se apresenta como uma oportunidade para reunião, classificação e análise dos resultados de estudos, que permitem a conclusão de evidências para o auxílio na tomada de decisão (BRASIL 2012; BROEIRO, 2015; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; GALVÃO; SAWADA, 2003; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018).

Desde então, a PBE tem sido legitimada como um instrumento de consolidação na qualificação do cuidado, no processo de ensino-aprendizagem e nas decisões de gestão em saúde. Trata-se de uma abordagem que envolve a melhor evidência científica e que leva em conta as experiências clínicas e as escolhas dos pacientes para o alcance da confiabilidade e de práticas seguras em saúde (BRASIL 2012; BROEIRO, 2015; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; GALVÃO; SAWADA, 2003; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018).

A revisão sistemática é uma metodologia que se destaca como meio para obter subsídios para a PBE. Nesse tipo de proposta metodológica, o objetivo é identificar estudos sobre um tema em questão, utilizando métodos explícitos e sistematizados para a realização da busca. Em seguida, avalia-se a qualidade da evidência destes estudos para sua aplicabilidade no contexto do objeto em pesquisa (BRASIL 2012; BROEIRO, 2015; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; GALVÃO; SAWADA, 2003; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018).

Assim, a revisão sistemática é um tipo de estudo secundário, que se apoia na literatura. Trata-se de uma ferramenta metodológica que visa sumarizar pesquisas prévias, seja estudos primários ou revisões sistemáticas para responder uma pergunta. São muito utilizadas na área clínica e de gestão por serem a base para a elaboração de protocolos, diretrizes terapêuticas e condutas

no âmbito do SUS, já que identificam lacunas do conhecimento e direcionam a otimização de recursos prioritários revelados pela investigação científica (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018).

Com a realização de revisões sistemáticas é possível reduzir vieses que ocorreriam no modo do uso da revisão não-sistemática ou narrativa, já que esta possui um perfil mais subjetivo tanto na coleta de informações como na avaliação dos dados e os resultados são apresentados de uma forma conjunta sem sumarização (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018).

As etapas que envolvem uma revisão sistemática são: elaboração da pergunta, busca, seleção de estudos, extração dos dados, avaliação do risco de viés, síntese, avaliação da qualidade da evidência, redação e publicação. Para cada etapa, ferramentas, recursos são demandadas, em paralelo ao planejamento e a organização do estudo (BRASIL 2012; GALVÃO; PEREIRA, 2014a; GALVÃO; PEREIRA, 2015; SHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ; 2018)

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. O delineamento da pesquisa foi realizado com base nas recomendações para revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane (HIGGINS et al., 2019). Assim, para a realização do presente estudo utilizou-se a seguinte pergunta: Quais são os fatores que influenciam os idosos a não aderirem ao tratamento farmacológico prescrito no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil?

A revisão sistemática foi reportada conforme o checklist PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para o desenvolvimento de revisões sistemáticas e a Estratégia PICO, um acrônimo que representa: P (*Population* – população), I (*Intervention* – intervenção), C (*Comparison* – comparação) e O (*Outcome* – desfecho). Tal estratégia é importante pois auxilia na busca de artigos nas bases de dados (GALVÃO; PEREIRA, 2014a; GALVÃO, PEREIRA, 2014b; GALVÃO, PEREIRA, 2015a;

GALVÃO, PEREIRA, 2015b). A estratégia PICO empregada encontra-se ilustrada no Quadro 1.

Acrônimo	Componente	Definição
P	População ou Paciente	Idoso. Considerou-se idoso como o indivíduo com 60 anos e mais, de acordo com o Estatuto do Idoso.
I	Intervenção	Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico na atenção primária no Brasil.
C	Comparação	Não se aplica
O	<i>Outcome</i> ou Desfecho	Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICO utilizada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

4.2 PROTOCOLO E REGISTRO

O protocolo dessa pesquisa foi registrado na base de dados PROSPERO - *International Prospective Register of Systematic Reviews* sob o código de registro CRD42020202476 (Apêndice B). O registro tem por objetivo a reprodutibilidade, ou seja, a comunicação aos pares de que a revisão está sendo conduzida, evitando deste modo, a ocorrência de duplicidade do estudo (PACHECO et al., 2018).

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram elegíveis os estudos de desenho epidemiológico observacional (transversal, caso-controle e coorte) publicados no período de janeiro de 2010 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol, que incluíam a população idosa, os serviços de saúde da atenção primária à saúde, a avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico e seus fatores associados, no contexto do Brasil.

Foram excluídos estudos sobre adesão ao tratamento de medicamentos específicos, sem descrição do método adotado para mensurar a adesão, sem descrição do tipo de estudo, publicações em anais de eventos científicos, revisões da literatura e relatos de caso.

4.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Foi realizada uma busca de estudos em cinco bases de dados eletrônicas, sendo elas: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* - via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Excerpta Medica Database (Embase)* e *Institute for Scientific Information Web of Knowledge (Web of Science)*. As bases *Embase* e *Web of Science* de acesso restrito, foram acessadas gratuitamente via acesso Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) pelo Periódicos Capes. A escolha das bases de dados levou em consideração o número de registros, a abrangência e a importância delas no campo de ciências da saúde.

Os descritores foram adaptados para cada base de dados e combinados por meio de operadores booleanos (OR, AND e NOT). Na estratégia de busca nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores de acordo com sua definição nos Descritores em Saúde (DeCS) na língua inglesa: *aged, elderly, aging, older, advanced in years, medication adherence, treatment adherence, adherence to medicinal treatment, adherence evaluation, medication non-adherence, pharmacological treatment adherence, drug therapy adherence, Primary Health Care, health services, Brazil, Brasil e Brazilian*. A estratégia de busca utilizada para todas as bases de dados encontra-se no Quadro 2.

((aged) or (elderly) or (aging) or (older) or (advanced in years)) and ((medication adherence) or (treatment adherence) or (adherence to medicinal treatment) or (adherence evaluation) or (medication non-adherence) or (pharmacological treatment adherence) or (drug therapy adherence)) and ((Primary Health Care) or (health services)) and ((Brazil) or (Brasil) or (Brazilian))

Quadro 2 - Estratégia de busca para pesquisa nas bases de dados.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Para auxílio no gerenciamento de referências e para organização e manejo durante as buscas nas bases de dados, foram utilizados os *softwares Google Forms, Excel e Rayyan QCRI*. Os textos completos dos estudos foram obtidos e salvos no formato PDF (*Portable Document Format*).

4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

A seleção dos estudos foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020, de maneira independente por dois revisores, por meio do aplicativo de seleção *Rayyan*, desenvolvido *pele Qatar Computing Research Institute (QCRI)*, como uma plataforma auxiliar para arquivamento, organização e seleção dos artigos. Previamente à essa etapa, os pesquisadores envolvidos receberam um treinamento a respeito do método, das bases de dados e do aplicativo *Rayyan QCRI*. Inicialmente os artigos foram selecionados após a leitura do título e resumo e os que atenderam os critérios de elegibilidade e que tiveram consenso entre os dois revisores, foram lidos na íntegra para inclusão ou exclusão na revisão.

Inicialmente, foi realizada a análise dos títulos e dos resumos (fase de triagem), a fim de verificar se cada estudo encontrado fazia referência à temática e se estava de acordo com os critérios de elegibilidade. Os artigos considerados elegíveis na fase de triagem, foram posteriormente analisados na íntegra, com a realização da leitura de todo o texto pelos dois revisores, que fizeram o pré-julgamento independente de inclusão ou exclusão do estudo. A efetivação da inclusão ocorreu de forma pareada por meio de consenso entre os dois revisores que avaliaram a coerência do emprego dos critérios de elegibilidade em cada estudo. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas a partir da análise de um terceiro revisor.

O processo de extração dos dados foi iniciado somente após a conclusão da inclusão dos artigos conforme critérios de elegibilidade ter sido realizada e

revisada. Nessa etapa, os dois avaliadores da seleção de estudos procederam com o preenchimento de um formulário do *software Google Forms* contendo todas as variáveis de interesse para o estudo: nome dos autores, ano de publicação, local, título do estudo, nome do periódico, o tipo de delineamento do estudo, características sociodemográficas e comportamentais da amostra, estimativas de prevalência de não adesão, o instrumento utilizado para mensurar adesão e os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico descritos.

Em seguida, foram checadas todas as informações presentes nos formulários, sistematizando os dados dos artigos selecionados em uma planilha eletrônica do *Excel* (fase de fichamento do banco de dados). Em todos os casos necessários, o terceiro revisor equacionou as divergências apresentadas. Este processo rigoroso e organizado evitou retornos frequentes aos textos originais dos artigos e facilitou a condução das análises por reunir todos os dados de interesse para a revisão sistemática em uma única estrutura.

Um diagrama de fluxo foi elaborado para representação visual do processo de identificação dos artigos – incluídos e excluídos de acordo com os critérios estabelecidos - na revisão sistemática. Os resultados foram apresentados em formato de tabelas contendo todas as variáveis de interesse e seus achados.

4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A utilização da revisão sistemática se beneficia ao entrar em contato com uma pesquisa menos sujeita a vieses e que pode apresentar estimativas mais próximas da verdade. Assim, na sua condução, a avaliação da qualidade metodológica é fundamental para verificar eventuais vieses que podem influenciar nos resultados encontrados (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; GALVÃO, PEREIRA, 2015a; GALVÃO, PEREIRA, 2015b).

O instrumento de avaliação crítica de estudos de prevalência proposto por Loney et al. foi utilizado, com adaptações para determinar a qualidade metodológica dos artigos. Esta avaliação foi realizada com base em oito

critérios: 1) delineamento do estudo e os métodos de amostragem probabilística ou censitária apropriados; 2) fonte de amostragem adequada; 3) tamanho da amostra previamente calculado; 4) utilização de critérios objetivos e adequados, e com utilização de instrumento validado para medir o desfecho; 5) desfecho de saúde aferido de forma imparcial realizada por avaliadores treinados; 6) taxa de resposta adequada (> 70,0%) e descrição das recusas; 7) apresentação dos intervalos de confiança e análises de subgrupos, quando adequado; e 8) participantes e sujeitos do estudo bem descritos e semelhantes à pergunta de pesquisa. Cada critério poderia obter a pontuação zero ou um (critério atendido). Dessa forma, a pontuação total pode variar de zero a oito e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade. Foram considerados estudos de alta qualidade aqueles com pontuação 7 e 8; moderada qualidade, 4 a 6 pontos; e de baixa qualidade, 0 a 3 pontos (LONEY, 1998). A avaliação da qualidade não foi utilizada como critério de exclusão dos artigos. Essa avaliação permitiu verificar a interferência nos resultados e um possível comprometimento do nível da evidência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de atender aos objetivos da presente dissertação, os resultados e a discussão foram apresentados no seguinte artigo:

- Artigo - ***Fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática.***

Fatores associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática

Non-adherence to pharmacotherapy in elderly brazilians

Factors associated with non-adherence to pharmacotherapy in elderly people in primary health care in Brazil: a systematic review

Non-adherence to pharmacotherapy in elderly brazilians.

William Lucas Ferreira da Silva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Campus Universitário, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

Danielle Teles da Cruz. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Docente do Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Campus Universitário, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:
William Lucas Ferreira da Silva
e-mail: williamlucas@yahoo.com.br

Financiamento da pesquisa: Uma bolsa de um ano de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Uma bolsa de um ano de Iniciação Científica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG)** a qual será submetido na segunda quinzena de julho de 2021.

Artigo baseado em dissertação de mestrado em saúde coletiva:
William Lucas Ferreira Da Silva. Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros: uma revisão sistemática. Minas Gerais. 2021. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Resumo

Objetivos: Identificar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em pessoas idosas brasileiras no âmbito da atenção primária à saúde através da realização de uma revisão sistemática da literatura. *Método:* Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nos idiomas inglês, espanhol e português, realizada nas bases de dados eletrônicas *SciELO PubMed, MEDLINE* - via *PubMed, LILACS, Embase e Web of Science* no período de janeiro de 2010 a junho de 2020. A seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois revisores, por meio do aplicativo de seleção *Rayyan*. *Resultados:* Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos nove estudos na revisão sistemática que revelam a alta prevalência de não adesão à farmacoterapia nas pessoas idosas. O principal método utilizado para mensurar o desfecho foi a Escala de Morisky-Green (4-itens). Os resultados apontam as dificuldades de acesso aos medicamentos, as multimorbidades, a polifarmácia, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, o grau de confiança no profissional de saúde e na prescrição, as crenças, a autopercepção de saúde negativa, a incapacidade funcional e as condições socioeconômicas como os principais fatores associados à não adesão à farmacoterapia na atenção primária à saúde. *Conclusões:* No âmbito da Atenção Primária, a não adesão ao tratamento farmacológico pela população idosa se apresenta como um problema muito frequente, sendo desencadeado por múltiplos fatores e com consequências negativas para o controle das condições de saúde, para o uso racional de medicamentos e para um envelhecimento saudável. Destaca-se ainda que parte dos fatores associados são passíveis de intervenção nesse nível de atenção à saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Assistência Farmacêutica. Adesão ao Tratamento Farmacológico.

Abstract

Objectives: To identify the factors associated with non-adherence to pharmacological treatment in elderly Brazilians assisted by primary health care through a systematic review of the literature. *Method:* This is a systematic

literature review in English, Spanish, and Portuguese, carried out in the electronic databases SciELO PubMed, MEDLINE - via PubMed, LILACS, Embase, and Web of Science from January 2010 to June 2020. Study selection was performed independently by two reviewers using the Rayyan selection application. *Results:* After applying the eligibility criteria, nine studies were included in the systematic review that reveals the high prevalence of non-adherence to pharmacotherapy in the elderly. The most frequent method used to measure the outcome was the Morisky-Green Scale (4-items). The results point that the main factors related to non-adherence to pharmacotherapy in primary health care are difficulties in medication access, multimorbidities, polypharmacy, the use of potentially inappropriate medications for the elderly, the degree of trust in the health professional and the prescription, beliefs, negative self-perception of health, functional disability, and socioeconomic conditions. *Conclusions:* In the context of Primary Care, non-adherence to pharmacological treatment by the elderly population presents itself as a very frequent problem, being triggered by multiple factors and with negative consequences for the control of health conditions, the rational use of medications, and healthy aging. It is also noteworthy that part of the associated factors are subject to intervention at this level of health care.

Keywords: Aging. Health of the elderly. Primary Health Care. Pharmaceutical Assistance. Adherence to pharmacological treatment.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeros desafios tais como perdas motoras, cognitivas e mentais, aumento da vulnerabilidade, isolamento social e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A elevação da expectativa de vida no mundo, e de forma bem expressiva no Brasil, não implicou, necessariamente, em melhora na qualidade de vida das pessoas em idades mais avançadas. Dessa forma, pautadas no paradigma do envelhecimento saudável, estratégias de melhoria na vida da pessoa idosa precisam ser pensadas e instauradas em diversos âmbitos^{1,2}.

A população idosa, notadamente, apresenta características inerentes ao envelhecer que se tornam demandas sociais e de saúde à medida que essa população fica cada vez mais prevalente. Desse modo, as pessoas passaram a conviver com condições de saúde que perduram por anos e que necessitam de acompanhamento integral, podendo e, muitas vezes, se acumulando no decorrer da vida, o que torna frequente a pessoa idosa apresentar mais de uma DCNT. Com um maior número de problemas de saúde, pessoas idosas, com frequência, necessitam de esquemas farmacoterapêuticos complexos e contínuos^{3,4}.

A literatura aponta que este panorama cria precedentes para o uso irracional de medicamentos, principalmente quando a adesão ao tratamento farmacológico - entendida como o grau de correspondência entre a recomendação de um profissional de saúde e o comportamento do paciente na utilização e manejo de medicamentos - não é eficaz, e desencadeia uma série de prejuízos para a saúde da pessoa idosa⁵.

Desse modo, a não adesão à farmacoterapia é um problema de saúde pública de caráter multifatorial, que se configura como um desafio para a evolução da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a não adesão envolve o processo de acesso aos medicamentos, mas também, e principalmente, o uso e o manejo correto dos medicamentos promovidos pela orientação adequada por parte dos profissionais de saúde^{5,6}.

A atenção primária à saúde (APS) desempenha um papel crucial na execução de ações de saúde em nível individual e coletivo, na ordenação do cuidado e na busca pela integralidade, considerando a territorialização e o perfil epidemiológico, sendo frequentemente acessada pela população idosa brasileira⁷. Contudo, a implementação do cuidado farmacêutico neste cenário, ainda está distante do ideal, apesar de ser crescente e essencial para a identificação e resolução de problemas farmacoterapêuticos, como a não adesão⁸.

Levando em conta as questões supracitadas e os muitos desafios da adesão aos esquemas terapêuticos, conhecer os fatores que podem interferir na adesão à farmacoterapia é fundamental na tentativa de aumentar a qualidade da assistência em saúde e aprimorar as políticas públicas para a pessoa idosa⁵. Destarte, o presente estudo se propõe a identificar e analisar os fatores

associados à não adesão à farmacoterapia em pessoas idosas brasileiras no âmbito da atenção primária à saúde através da realização de uma revisão sistemática da literatura.

MÉTODO

Delineamento e registro do protocolo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, delineada com base nas recomendações para revisões sistemáticas da Colaboração *Cochrane*. O protocolo desse estudo foi registrado no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob o código de registro CRD42020202476.

Pergunta de pesquisa

Quais são os fatores que influenciam os idosos a não aderirem ao tratamento farmacológico prescrito no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil?

Crítérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis os estudos de desenho epidemiológico observacional, publicados no período de janeiro de 2010 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol, que incluíssem a população idosa, os serviços de saúde da atenção primária à saúde, a avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico e seus fatores associados, no contexto do Brasil.

Estudos sobre adesão ao tratamento de medicamentos específicos, sem descrição do método adotado para mensurar a adesão e sem descrição do tipo de estudo foram excluídos, bem como publicações em anais de eventos científicos, revisões da literatura e relatos de caso.

Fontes de informação e estratégia de busca

Foi realizada uma busca de estudos em cinco bases de dados eletrônicas, sendo elas: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* - via PubMed, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Excerpta Medica Database (Embase)* e *Institute for Scientific Information Web of Knowledge (Web of Science)*. As bases *Embase* e *Web of Science* de acesso restrito, foram acessadas gratuitamente via acesso Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) pelo Periódicos Capes. A escolha das bases de dados levou em consideração o número de registros, a abrangência e a importância delas no campo de ciências da saúde.

Os descritores foram adaptados para cada base de dados e combinados por meio de operadores booleanos (OR, AND e NOT). Na estratégia de busca nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores de acordo com sua definição nos Descritores em Saúde (DeCS) na língua inglesa, adotando a seguinte estratégia de busca utilizada em todas as bases de dados: ((aged) or (elderly) or (aging) or (older) or (advanced in years)) and ((medication adherence) or (treatment adherence) or (adherence to medicinal treatment) or (adherence evaluation) or (medication non-adherence) or (pharmacological treatment adherence) or (drug therapy adherence)) and ((Primary Health Care) or (health services)) and ((Brazil) or (Brasil) or (Brazilian)).

Triagem e seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020, de maneira independente por dois revisores, por meio do aplicativo de seleção *Rayyan*, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute (QCRI)*, como uma plataforma auxiliar para arquivamento, organização e seleção dos artigos.

Inicialmente, foi realizada a análise dos títulos e dos resumos (fase de triagem), a fim de verificar se cada estudo encontrado fazia referência à temática e se estava de acordo com os critérios de elegibilidade. Os artigos considerados elegíveis na fase de triagem, foram posteriormente analisados na íntegra, com a realização da leitura de todo o texto pelos dois revisores, que fizeram o pré-

juízo independente de inclusão ou exclusão do estudo. A efetivação da inclusão ocorreu de forma pareada por meio de consenso entre os dois revisores que avaliaram a coerência do emprego dos critérios de elegibilidade em cada estudo. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas a partir da análise de um terceiro revisor.

Extração dos dados

O processo de extração dos dados foi iniciado somente após a conclusão da inclusão dos artigos conforme critérios de elegibilidade ter sido realizada e revisada. Nessa etapa, os dois avaliadores da seleção de estudos procederam com o preenchimento de um formulário do *software Google Forms* contendo todas as variáveis de interesse para o estudo: autores, ano de publicação, local, título do estudo, nome do periódico, o tipo de delineamento do estudo, características sociodemográficas e comportamentais da amostra, estimativas de prevalência de não adesão, o instrumento utilizado para mensurar adesão e os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico descritos.

Em seguida, foram checadas todas as informações presentes nos formulários, sistematizando os dados dos artigos selecionados em uma planilha eletrônica do *Excel* (fase de fichamento do banco de dados). Este processo rigoroso e organizado evitou retornos frequentes aos textos originais dos artigos e facilitou a condução das análises por reunir todos os dados de interesse para a revisão sistemática em uma única estrutura. Um diagrama de fluxo foi elaborado para representação visual do processo de identificação dos artigos incluídos na revisão sistemática.

Avaliação da Qualidade Metodológica

O instrumento de avaliação crítica de estudos de prevalência proposto por Loney et al.⁹ foi utilizado com adaptações para determinar a qualidade metodológica dos artigos. Trata-se de uma avaliação orientada por oito critérios: 1) delineamento do estudo e os métodos de amostragem probabilística ou censitária apropriados; 2) fonte de amostragem adequada; 3) tamanho da

amostra previamente calculado; 4) utilização de critérios objetivos e adequados, com utilização de instrumento validado para medir o desfecho; 5) desfecho aferido de forma imparcial realizada por avaliadores treinados; 6) taxa de resposta adequada (> 70,0%) e descrição das recusas; 7) apresentação dos intervalos de confiança e análises de subgrupos, quando adequado; e 8) participantes e sujeitos do estudo bem descritos e semelhantes à pergunta de pesquisa. Cada critério poderia obter a pontuação zero ou um (critério atendido). Dessa forma, a pontuação total pode variar de zero a oito e quanto maior a pontuação, melhor a qualidade. Foram considerados estudos de alta qualidade aqueles com pontuação 7 e 8; moderada qualidade, 4 a 6 pontos; e de baixa qualidade, 0 a 3 pontos. A avaliação da qualidade não foi utilizada como critério de exclusão dos artigos. Essa avaliação permitiu verificar a interferência nos resultados e um possível comprometimento do nível da evidência.

RESULTADOS

A busca eletrônica nas bases de dados recuperou no total 1021 estudos. Os duplicados (n=80), foram removidos, resultando em 941 estudos para avaliação. Após a análise do título e do resumo de cada estudo, 909 foram removidos por não se enquadrarem a respeito da temática e/ou objetivos do estudo. Sendo assim, 32 estudos foram selecionados para a leitura do texto completo e destes 23 foram excluídos por não contemplarem os critérios de elegibilidade.

Portanto, 9 estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. A maioria dos estudos foi publicada em periódicos nacionais, sendo dois em língua inglesa e sete em português, e foram realizados em quatro das cinco regiões do Brasil entre os anos de 2010 e 2020. A Figura 1 mostra as etapas realizadas no processo de seleção dos estudos.

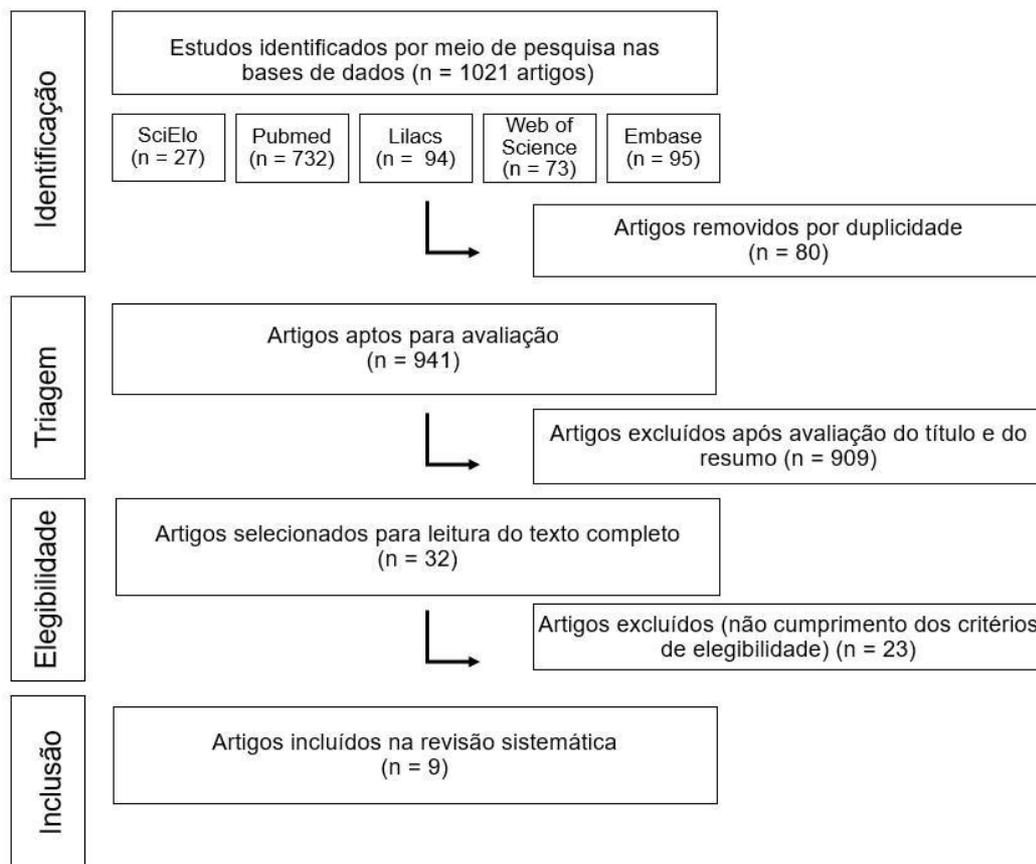


Figura 1. Fluxograma do processo de busca, etapas de seleção e motivos de exclusão dos estudos selecionados para a revisão sistemática. Juiz de Fora, MG, 2021.

Tabela 1. Características e resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática. Juiz de Fora, MG, 2021.

Autor e Ano	Periódico	Local do estudo	Delineamento da pesquisa	Caracterização sociodemográfica, perfil de saúde e comportamental
Aiolfi et al., 2015. ¹⁰	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Dourados (MS)	Estudo Transversal	N = 124 Sexo: masculino (32,3%) e feminino (67,7%) Idade: 71 anos ou mais (55,64%) Escolaridade: analfabetos (38,70%) Arranjo familiar: acompanhado (79,83%) Autoavaliação de saúde: ruim/muito ruim: (12,1%) Renda <i>per capita</i> : até um salário mínimo (73,3%) Medicamentos por dia: 4 ou mais (59,68%) Diagnósticos de saúde: 3 ou mais (58,87%) Déficit cognitivo (61,29%)
Borba et al., 2018. ¹¹	Ciência & Saúde Coletiva	Recife (PE)	Estudo Transversal	N = 150 Sexo: masculino (26,7%) e feminino (73,3%) Idade: 60 a 69 anos (54,7%) Escolaridade: até 8 anos de estudo (58,7%) Arranjo familiar: cônjuge + familiares (60%) Autopercepção da saúde: regular (62%) e ruim (12%) Renda mensal idoso: de um a dois salários mínimos (52,7%)
Obreli-Neto et al., 2010. ¹²	Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada	Salto Grande (SP)	Estudo Transversal	N = 102 Sexo: masculino (38,3%) e feminino (61,7%) Idade: média de 64,7 anos Escolaridade: ensino fundamental incompleto (76,5%) Renda Mensal Familiar: média de um salário mínimo Cor: negros (68,6%) Insatisfação com a UBS: 66,7% Número médio de doenças relatadas: 2,4
Saraiva et al., 2020. ¹³	Journal of Diabetes e Metabolic Disorders.	Crato (CE)	Estudo Transversal	N = 300 Sexo: masculino (35,7%) e feminino (64,3%) Idade: média de 61 anos Escolaridade: até 8 anos de estudo (65%) Estado civil: casados (69,7%) Renda Mensal Familiar: até 1 salário mínimo (65%) Prática regular de atividade física: 40,3% Número de complicações crônicas: 1 a 2 (52,7%)
Schmitt Júnior, Lindner, Santa Helena, 2013. ¹⁴	Revista de Associação Médica	Blumenau (SC)	Estudo Transversal	N = 150 Sexo: masculino (27,8%) e feminino (72,2%) Idade: 60 a 69 anos (62,9%) Escolaridade: 3 a 4 anos de estudo (45,7%) Cor: Branca (81,2%) Estado civil: casados/união estável (47%) Número de medicamentos: 5 ou mais (43%) Prescrição de medicamentos inapropriados para idosos (16,6%)
Silva et al., 2014. ¹⁵	Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada	Londrina (PR)	Estudo Transversal	N = 117 Sexo: masculino (35%) e feminino (65%) Idade: 60 a 69 anos (45,3%) Escolaridade: até 7 anos de estudo (65%) Cor: Branca (70,9%)

				Autopercepção de saúde: ruim ou muito ruim (13,7%) Não pratica atividade física (65%)
Stefano et al., 2017. ¹⁶	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Marília (SP)	Estudo Transversal	N = 150 Sexo: masculino (37,7%) e feminino (62,3%) Idade: 60 a 69 anos (53,5%) Escolaridade: até 4 anos de estudo (57,9%) Estado civil: casados/união estável (49,1%) Aposentados ou pensionistas (78,9%)
Tavares et al., 2013. ¹⁷	Revista de Saúde Pública	Bagé (RS)	Estudo Transversal	N = 1242 Sexo: masculino (37,7%) e feminino (62,3%) Idade: 65 a 74 anos (45,3%) Escolaridade: 55,7% (até 7 anos de estudo) Nível socioeconômico: C (39,5%) Autopercepção de saúde: regular/ruim/péssima (40,6%) Déficit Cognitivo (13,4%) Incapacidade Atividades Instrumentais de Vida Diária (34,6%) Número de morbidades referidas: 3 ou mais (30,4%)
Ungari, Amauri, 2010. ¹⁸	Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences	Ribeirão Preto (SP)	Estudo Transversal	N = 109 Sexo: masculino (15,6%) e feminino (84,4%) Idade: 60 anos ou mais (55,1%) Escolaridade: até 8 anos de estudo (75,35) Estado civil: casados (56%) Cor: Branca (81,7%) Não pratica atividade física (50,5%)

Tabela 2. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Autor e Ano	Escore da Qualidade	Avaliação
Aiolfi et al., 2015. ¹⁰	7	Alta Qualidade
Borba et al., 2018. ¹¹	7	Alta Qualidade
Obreli-Neto et. al., 2010. ¹²	7	Alta Qualidade
Saraiva et al., 2020. ¹³	7	Alta Qualidade
Schmitt Júnior, Lindner, Santa Helena, 2013. ¹⁴	8	Alta Qualidade
Silva et al., 2014. ¹⁵	8	Alta Qualidade
Stefano et al., 2017. ¹⁶	7	Alta Qualidade
Tavares et al, 2013. ¹⁷	8	Alta Qualidade
Ungari, Fabbro, 2010. ¹⁸	7	Alta Qualidade

Tabela 3. Métodos de avaliação, prevalência e fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos. Juiz de Fora, MG, 2021.

Autor e Ano	Método de Avaliação	Prevalência	Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico
Aiolfi et al., 2015. ¹⁰	Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens (MMAS-8)	68,5% (Não Adesão)	Ausência de déficit cognitivo Idosos mais jovens
Borba et al., 2018. ¹¹	Resposta positiva em perguntas relacionadas ao uso de medicamentos.	66,7% (Adesão Parcial) e 6% (Não Adesão)	Autopercepção de saúde negativa Crenças relacionadas ao uso de medicamentos Ausência de profissional responsável sobre a orientação do tratamento
Obreli-Neto et al., 2010. ¹²	Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens (MMAS-8)	37,3% (Baixa adesão)	Insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde Índice de Complexidade da Farmacoterapia Número de medicamentos consumidos Número de doenças relatadas Número de moradores por residência
Saraiva et al., 2020. ¹³	Escala de Morisky-Green (4 itens) e Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)	77,3% (Baixa adesão)	Estado civil (casado) Hipertensão Não praticar atividade física regularmente Baixa pontuação na escala de necessidade do BMQ
Schmitt Júnior, Lindner, Santa Helena, 2013. ¹⁴	Escala de Morisky-Green (4 itens)	35,4% (Não Adesão)	Interrupção prévia por falta de medicamentos Prescrição de medicamentos inapropriados para idosos
Silva et al., 2014. ¹⁵	Escala de Morisky-Green (4 itens)	45,3% (Não adesão)	Sexo masculino Idade mais avançada (idosos octagenários)
Stefano et al., 2017. ¹⁶	Haynes e Escala de Morisky-Green (4 itens)	40,3% (Baixa adesão)	Esquecimento e o atraso no horário do uso dos medicamentos – alterações de rotina Dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos
Tavares et al., 2013. ¹⁷	Brief Medication Questionnaire (BMQ)	32,9% provável baixa adesão e 1/3 baixa adesão.	Idade entre 65 e 74 anos Não ter plano de saúde Necessidade de comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos Presença de três ou mais morbidades Possuir incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária Maior número de medicamento utilizados
Ungari, Fabbro, 2010. ¹⁸	Escala de Morisky-Green (4 itens)	Menos aderentes: 20,2% (Critério 1) e 56,9% (Critério 2)	Grau de confiança na prescrição e no profissional de saúde Número de comprimidos anti-hipertensivos tomados diariamente

Na Tabela 1, estão demonstradas as características dos estudos incluídos nesta revisão, apresentando os seguintes itens: autor, ano de publicação, desenho do estudo, sujeitos do estudo, divisão dos grupos, variáveis analisadas e resultados. Na Tabela 2, está descrita a avaliação da qualidade metodológica e na Tabela 3 são apresentados os métodos de avaliação, a prevalência e os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico.

DISCUSSÃO

Em prossecução, serão discutidos os principais achados do estudo relacionados aos fatores associados à não adesão à farmacoterapia. A produção de artigos envolvendo esta temática com as pessoas idosas na APS no Brasil, mostra-se escassa, visto que apenas nove artigos contemplaram os critérios ensejados. Essa revelação presumivelmente está vinculada aos desafios da APS frente à crescente demanda do envelhecimento populacional e da existência de oferta de práticas sob a lógica do modelo biomédico, que dificultam um olhar sobre as múltiplas demandas da pessoa idosa tendo como perspectiva a da integralidade¹⁹.

Destaca-se ainda, os estudos transversais como o único tipo de pesquisa epidemiológica encontrada. Nos estudos avaliados, a maioria dos participantes são do sexo feminino, e isto está diretamente relacionada ao fenômeno da feminização do envelhecimento, caracterizado pela maior proporção de mulheres em relação a homens na população idosa, especialmente em idade mais avançada. Esse processo é complexo e multifacetado, e considera características culturais e históricas, além de comportamentos dos indivíduos ao longo de suas trajetórias. A diferença de expectativa de mulheres e homens pode ser explicada pela maior procura pelos serviços de saúde pelas mulheres e pelo maior número de eventos e situações risco de vida associados à acidentes, a violência e ao consumo de álcool e outras drogas pelos homens. Cabe ainda salientar que a configuração das relações de trabalho, o preconceito e a vulnerabilidade incidem de forma pragmática sobre as mulheres o que faz com que elas vivam com menos qualidade²⁰.

No que tange as mulheres, é fundamental ressaltar que essas questões de gênero repercutem no perfil de utilização de medicamentos e na qualidade de vida destas. A literatura aponta que as mulheres vivem mais, contudo são mais acometidas por DCNT e que diante de um gerenciamento de um cuidado medicalocêntrico, conseqüentemente utilizam mais medicamentos e estão mais susceptíveis a eventos adversos²¹. Ainda, têm maior prevalência de problemas relacionados à saúde mental, como depressão e ansiedade, apresentam maiores limitações funcionais e experimentam com maior frequência as quedas, o medo de cair, a síndrome da fragilidade e a incapacidade funcional²².

Déficit cognitivo e idade mais avançada são apontados por alguns pesquisadores como fatores de risco para não adesão à farmacoterapia, o que pode ser atribuído ao aumento de comorbidades que tender a acompanhar o envelhecimento e também dificuldades que se relacionam ao declínio cognitivo, como memória, atenção e concentração^{17,23}. Contrapondo a esses achados, o estudo de Aiolfi et al.¹⁰ observou a associação de ausência de déficit cognitivo e menor idade como fatores de risco para a não adesão. Segundo os autores, essa correlação se dá pelo fato de pessoas idosas terem menor suporte de familiares e de cuidadores para auxílio na administração dos medicamentos, se comparado a quem tem algum grau de déficit cognitivo e idade mais avançada. Esses achados reforçam a necessidade de um modelo assistencial na APS que envolva a multidimensionalidade do cuidado, que se ancora em aspectos físicos, mentais, funcionais, ambientais, sociais e outros²⁴.

No cuidado em saúde, a autopercepção é um indicador robusto e potente de mensuração de qualidade de vida e preditor de morbimortalidade recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e amplamente utilizado em estudos epidemiológicos relacionados ao envelhecimento populacional^{25,26,27,28}. Ele é capaz de sintetizar a interação de múltiplos fatores, como bem-estar físico, psíquico, cognitivo e social da pessoa idosa. Sua aplicação contribui para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde no âmbito da APS e para a identificação de necessidades prioritárias e para o planejamento de políticas públicas. No estudo de Borba et al.¹¹, a autopercepção de saúde negativa revelou associação com a não adesão à farmacoterapia. Esse resultado corrobora com outros estudos, os quais projetam

essa relação com a perda de autonomia e a incapacidade funcional, dentre elas, a condição de gerir e tomar seus próprios medicamentos^{25,26,27}.

A incapacidade funcional foi identificada como um fator associado à não adesão ao tratamento farmacológico¹⁷. Estudo realizado por Ikemagi et al.²⁸ com idosos comunitários, aponta a relação de retroalimentação entre o tratamento medicamentoso e o desempenho funcional que pode acontecer em alguns casos. Lembrando que o desempenho funcional é um componente importante para a capacidade funcional. Idade mais avançada¹⁵, maior número de doenças crônicas^{12,17} e a não realização de atividades físicas¹³ se apresentam como fatores associados à não adesão, e também são relacionados à incapacidade funcional, demonstrando assim, a interligação existente na complexa produção de saúde da pessoa idosa. Todo esse espectro evidencia as dificuldades no manejo dos medicamentos e a necessidade de suporte e apoio dos profissionais de saúde na estimulação constante do autocuidado e da adesão medicamentosa, sobretudo mediante situações de vulnerabilidade^{28,29,30}

Além disso, o grau de confiança e a relação com os profissionais de saúde também são fatores para a não adesão¹⁸. Oliveira et al.²⁹, em um estudo com idosos de um centro de saúde multidisciplinar, identificaram que o baixo conhecimento sobre a própria terapia, a baixa clareza sobre o processo saúde-doença e a comunicação prejudicada na relação paciente-profissional predispõe ao risco de não adesão. Ainda, essa condição é exacerbada quando há alterações na rotina da pessoa idosa que impactam em atrasos e esquecimentos na administração de medicamentos, sendo estes também fatores relacionados²⁹.

Nesse prisma, estão as crenças, compreendidas como ideias, convicções e atitudes tomadas pelos indivíduos em relação à saúde e que influenciam na qualidade de vida destas, inclusive no descontrole de DCNT em decorrência da não adesão por parte dos descrentes da farmacoterapia. Tal condição, tornam as crenças como um fator associado extremamente delicado e necessário de ser explorado junto aos profissionais de saúde^{11,31}.

A escolaridade da pessoa idosa é fundamental para a compreensão dos processos saúde-doença e para a análise e entendimento da adesão. Embora não tenha sido encontrada associação entre nível de escolaridade e não adesão,

cabe salientar que em todos os estudos foi identificado um perfil de baixa escolaridade. É importante considerar que a baixa escolaridade pode proporcionar uma menor compreensão daquilo que é orientado nas consultas e nos atendimentos, bem como propicia menor iniciativa para a adoção de comportamentos essenciais de rotina, como é o uso de medicamentos^{5,32}.

A magnitude das desigualdades sociais em saúde no Brasil, refletem no perfil e no comportamento de utilização e de adesão à farmacoterapia. Assim, principalmente, entre pessoas com piores condições de renda e de escolaridade a adesão é pior. Os dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), primeiro e mais recente inquérito de base populacional, identificou 20,2% de prevalência de não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas no Brasil, sendo principalmente cardiopatias e doenças metabólicas. Essa prevalência se distribui de forma desigual, na região Nordeste a não adesão é de 27,8% enquanto que na região Sul do país é de 17%. Essas disparidades regionais estão diretamente relacionadas a um pior acesso aos medicamentos e a uma menor utilização dos serviços de saúde, se comparado as outras regiões^{5,33}.

Vinculados a esse painel social brasileiro, diversos aspectos relacionados aos medicamentos podem ser identificados como fatores associados à ocorrência da não adesão à farmacoterapia. As pessoas idosas, amiúde portadores de multimorbidades, frequentemente utilizam muitos medicamentos diariamente, tornando-os expostos a polifarmácia – considerada o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos – e suas consequências, tais como a maior incidência de reações adversas, toxicidade cumulativa, iatrogenias, potenciais interações medicamentosas, e uma condição de não adesão à farmacoterapia^{12,17,18,34,35}. Pesquisa realizada por Arruda et al.³⁶, com idosos de um ambulatório em Vitória (ES), revelou que 61,4% dos não aderentes apresentavam polifarmácia. Tal cenário é complexo e pode ser evitado pelo estímulo ao uso racional dos medicamentos a nível individual e coletivo e com acompanhamento multidisciplinar³⁶.

Outro fator associado a não adesão à farmacoterapia por pessoas idosas é a utilização de medicamentos potencialmente inapropriados¹⁴, que são medicamentos que têm problemas de uso superiores aos benefícios clínicos,

devido a alterações nas respostas farmacocinéticas e farmacodinâmicas em decorrência do processo de envelhecimento. Quando atrelada a um quadro de polifarmácia, o uso destes medicamentos aumenta consideravelmente a manifestação de eventos adversos que fazem com que o paciente abandone ou interrompa o tratamento³⁷. Outrossim, a seleção e a prescrição de medicamentos para os idosos são pontos críticos a serem avaliados pela gestão da assistência farmacêutica e pelos prescritores, visando garantir a segurança do paciente na APS^{38,39}.

Contra-pondo-se a concepção de uma APS robusta e que deveria ter cobertura universal no território brasileiro, a condição socioeconômica acaba sendo um importante marcador do perfil de seus usuários, que são majoritariamente de um menor nível socioeconômico. Com isso, o acesso e a aquisição dos medicamentos são um dos fatores associados à não adesão mais preocupantes no cotidiano das pessoas idosas, haja vista que muitos dependem exclusivamente dos medicamentos disponibilizados pelo serviço de saúde que frequentam para dar seguimento aos tratamentos⁴⁰.

As dificuldades de acesso e aquisição dos medicamentos ou a falta destes foram apontados como fatores para a não adesão em grande parte dos estudos , o que demonstra sua relevância para uma farmacoterapia aderente. Considerando os pressupostos e objetivos que orientam uma APS robusta e resolutiva é imprescindível que os medicamentos prescritos sejam padronizados pela farmácia da unidade básica de saúde e identificados pelo princípio ativo, com posologia completa e com orientações sobre o uso. Situações divergentes poderão culminar em problemas de não adesão, seja por falta de condição financeira para aquisição, baixo grau de confiança no profissional de saúde ou até mesmo falta de informação para tal aquisição e manutenção desta prescrição^{40,41,42}.

A Escala de Morisky-Green (4 itens) foi o instrumento utilizado com maior frequência^{10,12,13,14,15,16,18}. Trata-se de uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim/não) e o usuário classificado como aderente é aquele cuja todas respostas foram negativas. Atualmente, é o instrumento mais utilizado no Brasil, e sua ampla escolha se deve a fácil aplicação e ao baixo custo⁸.

Concernente a mensuração da prevalência de não adesão à farmacoterapia, diversos métodos podem ser empregados, como entrevista, contagem de comprimidos, controle da dispensação, monitorização terapêutica, questionários semiestruturados, entre outros. A diversidade de instrumentos utilizados para avaliar o desfecho configura-se como um desafio para a análise comparativa dos achados. Todavia, cabe salientar que muitas vezes a escolha do método parte da disponibilidade orçamentária do serviço de saúde, da disponibilidade de profissionais de saúde, dos atributos metodológicos e operacionais de uma pesquisa ou até mesmo do perfil da população a ser avaliada⁴³.

Com a significativa evolução da assistência farmacêutica nos últimos anos e a promulgação de diversas políticas relacionadas à área e ao contexto de atuação do profissional farmacêutico, fica perceptível, a importância do cuidado farmacêutico, especialmente para a população idosa na APS. Tal relevância sustenta-se na possibilidade de acompanhamento dos indivíduos pelo farmacêutico no que se refere à utilização de medicamentos e identificação de problemas relacionados a estes. A partir do levantamento dessas questões são propostas intervenções pelo farmacêutico na utilização de seus medicamentos e a cada identificação de problemas relacionados a estes, intervenções são propostas com o objetivo de otimizar a efetividade e a segurança dos tratamentos terapêuticos^{44,45}.

O cuidado farmacêutico tem como uma de suas propostas, possibilitar ao farmacêutico o acompanhamento e o monitoramento do uso de medicamentos pelos pacientes, permitindo assim, uma avaliação contínua da adesão à farmacoterapia e a adoção de diferentes estratégias para uma adesão segura e racional^{44,45}. É criterioso destacar que a pessoa idosa assistida pelo cuidado farmacêutico, tem todo o suporte necessário para o estímulo à adesão, como é o caso do município de Curitiba (PR), no qual é ofertado na APS para todos os usuários e apresenta bons resultados e desdobramentos positivos na saúde destes^{44,45,46}.

Portanto, a oferta do cuidado farmacêutico é um potencial investimento e incremento que converge com os princípios do SUS e refletem no estímulo constante de um envelhecimento saudável através de propostas de educação

em saúde que auxiliam na autonomia da pessoa idosa. A não adesão à farmacoterapia reflete em insucesso no controle de doenças e em consequências negativas à saúde a curto e a longo prazo, gera factíveis gastos inesperados e adicionais para o SUS, refletindo em novas necessidades de saúde, hospitalizações e aplicação de novas tecnologias e recursos^{45,46}.

Nesse sentido, estudos que investigam aspectos da saúde da pessoa idosa e as potencialidades do cuidado farmacêutico nos serviços de saúde requer investimentos e investigações contínuas a fim de difundir o conceito ampliado de saúde e atender as necessidade de saúde desta população em consonância com os atributos da APS como a longitudinalidade, a integralidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado. A compreensão dos fatores associados à não adesão à farmacoterapia para a pessoa idosa, contribui no campo da saúde coletiva e da assistência farmacêutica para uma busca contínua pela qualidade assistencial da APS e pela implementação efetiva de políticas públicas de saúde^{47,48,49,50}.

Destaca-se que a presença do cuidado farmacêutico na APS é incipiente e corrobora com os resultados encontrados, no qual o cuidado farmacêutico não foi utilizado como proposta de avaliação da não adesão nos estudos.

CONCLUSÃO

Considerando a importância da prática baseada em evidências na tomada de decisão clínica, enfatiza-se a realização de revisões sistemáticas da literatura para apresentação de problemas de saúde pública, que instigam diretamente a qualidade de vida e as condições de saúde da população em nível individual e coletivo.

Os resultados apontam as dificuldades de acesso aos medicamentos, as multimorbidades, a polifarmácia, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, o grau de confiança no profissional de saúde e na prescrição, as crenças, a autopercepção de saúde negativa e a incapacidade funcional como os principais fatores associados à não adesão à farmacoterapia.

Cabe ressaltar, que esses fatores são passíveis de intervenções desde que sejam adotadas políticas intersetoriais que incidam sobre os indivíduos ao

longo de todo o ciclo de vida e também ações estratégicas que impliquem em um novo modelo de atenção à saúde centrado na pessoa, na construção de vínculos, na corresponsabilização do cuidado e na autonomia dos sujeitos. Tal inversão de modelo ganha centralidade a partir do fortalecimento da APS.

A alta prevalência de não adesão à farmacoterapia na população idosa brasileira no contexto da APS é uma realidade. Essa conjuntura impõe a necessidade de intervenções em saúde pautadas na integralidade do cuidado, na promoção da saúde em seu sentido ampliado, no incentivo ao uso racional de medicamento e à adesão à farmacoterapia com o intuito de contribuir para a qualidade de vida da pessoa idosa e para a garantia de um envelhecimento ativo e saudável.

REFERÊNCIAS

1. Duarte GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
2. Belasco AGS, Okuno MFP. Realidade e desafios para o envelhecimento. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(supl2):1-2.
3. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publ.* 2016;50(supl2):1-13.
4. Melo LA, Lima, KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet.* 2020;25(10):3869-77.
5. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publ.* 2016;50(supl2):1-10.
6. World Health Organization. Adherence to long term-therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 15 abr 2021]. Chapter 5, Towards the solution; 27-38. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
8. Bem AJ, Neumann CR.; Mengue SS. Teste de *Morisky-Green* e *Brief Medication Questionnaire* para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publ.* 2012;46(2):279-89.

9. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can.* 1998;19(4):170-6.
10. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura C de S, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2015;18(2):397–404.
11. Borba AK de OT, Marques AP de O, Ramos VP, Leal MCC, de Arruda IKG, Ramos RSP da S. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(3):953–61.
12. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Peloso SM, Marcon SS et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010;31(5790):229–33.
13. Saraiva EMS, Coelho JLG, dos Santos Figueiredo FW, do Souto RP. Medication non-adherence in patients with type 2 diabetes mellitus with full access to medicines. *J Diabetes Metab Disord.* 2020;19(2):1105–13.
14. Schmitt Júnior AA, Lindner S, De Santa Helena ET. Assessment of adherence in elderly patients in primary care. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(6):614–21.
15. Silva LFRS, Marino JMR, Guidoni CM, Giroto E. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciencias Farm Basica e Apl.* 2014;35(2):269–76.
16. Stefano ICA, Conterno LO, da Silva Filho CR, Marin MJS. Medication use by the elderly: analysis of prescribing, dispensing, and use in a medium-sized city in the state of São Paulo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(5):679–90.
17. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, de França GVA, Mengue SS. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev Saude Publica.* 2013;47(6):1092–101.
18. Ungari AQ, Fabbro AL. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Brazilian J Pharm Sci.* 2010;46(4):811–8.
19. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Amorim Matos CCS, Pascoal MDHA. Primary health care in caring for dependent older adults and their caregivers. *Cienc e Saude Coletiva.* 2021;26(1):99–108.
20. Cepellos VM. Feminização do Envelhecimento: um Fenômeno Multifacetado. *Rev Adm Empres.* 2021;61(2):1-7.

21. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Texto Contexto Enferm*. 2015;14(1):115-31.
22. Silva WLF, Paula GL, Gomes LC, Cruz DT. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitárias. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2020;23(5):e.200246.
23. Amaral ILP da S, Rodrigues APSB, Miranda MSS, Carvalho SCA, Silva MC, Dos Santos ACS. Adesão de idosos hipertensos ao tratamento farmacológico. *Enferm Bras*. 2019;18(2):303.
24. Araújo LUA, Gama ZA da S, do Nascimento FLA, de Oliveira HFV, de Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(8):3521–32.
25. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4):302-10.
26. Vaz CT, Almeida NAV, Kelmann RG, Queiroz ACC, Barbosa MCA, Silva CLA. Factors associated with self-rated health in older adults from Community groups. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020;33:1-11.
27. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras de Enfermagem*. 2018; 71(suppl2):914-21.
28. Ikemagi EM, Souza LA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(3):1083-90.
29. Oliveira GL, Lula-Barros DS, Silva SLM, Leite SN. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2020;23(4):e200160.
30. Moreira LB, Silva SLA, Castro AEF, Lima SS, Estevam DO, Freitas FAS, et al. Factors associated with functional capacity in the elderly enrolled in the family health strategy. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(6):2041–50.
31. Gouveia BLA, Sousa MM, Almeida TCF, Sousa VAG, Oliveira SHS. Crenças relacionadas ao uso de insulina em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):1-8.
32. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc e Saude Coletiva*. 2012;17(1):123–33.

33. 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.
34. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Francisco PMSB. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(5):e-190118.
35. Da Silva MRR, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araújo VE, Álvares J, Acurcio FA. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(8):2565-74.
36. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015; 18(2):327-37.
37. Moreira FSM, Jerez-Roig J, Ferreira LM de BM, Dantas APQM, Lima KC, Ferreira MÂF. Use of potentially inappropriate medications in institutionalized elderly: Prevalence and associated factors. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(6):2073–82.
38. Aires JMP, Silva LT, Frota DL, Dewulf NLS, Lopres FM. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes de um Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(4):e-200144.
39. Rêgo AS, Radovanovic CAT, Salci MA, Zulin A, Correia ET, Silva M, Tonin PT. Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos com hipertensão. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl3):e20200078.
40. Soares LSS, Brito EVS, Galato D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. *Saúde Debate.* 2020;44(125):411-42.
41. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária. *Saúde Debate.* 2018;42(116):179-990.
42. Meiners MMMA, Tavares NUL, Guimarães LSP, Bertoldi AD, Pizzol TS, Luiza VL et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(3):445-59.
43. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez LC, Luz RT et al. Método de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm.* 2012;93(4):403-10.
44. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(10):3717-26.

45. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0024071.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 4: Resultados do Projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.102 p.
47. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in primary health care. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(4):1369–80.
48. Araújo LUA, Gama ZA da S, do Nascimento FLA, de Oliveira HFV, de Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(8):3521–32.
49. Medeiros KKAS, Pinto Júnior EP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe3):288–95.
50. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Lack of access and the trajectory of healthcare use by elderly Brazilians. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(6):2213–26.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações nos perfis demográfico e epidemiológico na sociedade brasileira - caracterizada principalmente pelo aumento da expectativa de vida e a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis - estabeleceu novas demandas e a necessidade de políticas públicas de saúde que propiciem um envelhecimento saudável para os idosos brasileiros.

Dentro desta perspectiva, diversas alterações associadas ao envelhecimento populacional como perda motora, física, social, cognitiva e psíquica tem sido evidenciada e se tornam cada vez mais frequentes no cotidiano da pessoa idosa, sobretudo quando existe a presença de incapacidades e comorbidades, fazendo-se necessário o estabelecimento de tratamentos farmacológicos.

Tal panorama tem implicações e predispõem as pessoas idosas a um uso significativo e contínuo de medicamentos, enquanto instrumento terapêutico para prevenção, controle e recuperação de doenças e agravos em saúde. Contudo, problemas farmacoterapêuticos relacionados a esta utilização no âmbito da atenção primária à saúde são cada vez mais frequentes entre os idosos, como é o caso da não adesão ao tratamento farmacológico.

A não adesão ao tratamento farmacológico é multifatorial e envolve uma série de aspectos como as políticas públicas, o modelo de determinação social, a assistência farmacêutica, o envelhecimento biológico, as alterações farmacológicas e outros problemas farmacoterapêuticos. Todos esses aspectos foram importantes para a elucidação e compreensão da magnitude deste objeto de estudo.

De acordo com a metodologia de revisão sistemática utilizada e com a análise dos resultados obtidos, destaca-se a importância e a necessidade de investigações científicas direcionadas ao tema de não adesão e suas repercussões no processo saúde-adoecimento de idosos, bem como as condicionalidades da atenção primária à saúde.

Percebe-se a alta prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico nos estudos selecionados, o que corrobora com as hipóteses motivadoras do

desenvolvimento deste estudo. Morisky-Green (4 itens) foi o método mais utilizado para mensurar o nível de adesão à farmacoterapia.

Como fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico encontrou-se as dificuldades de acesso aos medicamentos, as multimorbidades, a polifarmácia, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, o grau de confiança no profissional de saúde e na prescrição, as crenças, a autopercepção de saúde negativa, a incapacidade funcional e diferentes condições socioeconômicas como os principais.

Considerando os múltiplos fatores associados à não adesão e a sua complexidade, compreende-se que a utilização de medicamentos pelos idosos não se trata de um fato pontual. A atenção primária à saúde se apresenta como um cenário primordial para o atendimento das necessidades em saúde pelos idosos brasileiros e o papel da assistência farmacêutica no provimento do acesso seguro e racional de medicamentos, é fundamental que seja ofertado serviços farmacêuticos que contemplem tais anseios.

Para isso, a implementação do cuidado farmacêutico, cada vez mais frequente, se apresenta como uma nova possibilidade de manejo da farmacoterapia. Dentre as inúmeras potencialidades, destaca-se a sua contribuição para um efetivo acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários, possibilitando a compreensão sobre o próprio tratamento e as condições de saúde, a criação de vínculo com o profissional e com o serviço, e a condução de estratégias para uma efetiva adesão à farmacoterapia.

A adoção da metodologia de revisão sistemática da literatura teve como proposta a valorização da prática baseada em evidências para o fortalecimento do SUS. O interesse na investigação dos fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico se deu por essa se configurar como um problema de saúde pública de alta prevalência na população idosa e diante da necessidade de intervenções que tenha potencial de reduzir os impactos negativos à saúde individual e coletiva, sobretudo por estarmos diante de um cenário no qual observamos incremento do envelhecimento populacional.

Assim sendo, espera-se que os achados do presente estudo sejam instrumentos para a compreensão, o desenvolvimento e o aprimoramentos do cuidado em saúde à pessoa idosa na APS, com vistas ao fortalecimento e a luta

pela garantia de uma assistência em saúde de qualidade, resolutiva, integral, universal e pelo desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam o envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, L. S.; FONTELES, M. M. F.; AZEVEDO, M. F. M.; BESERRA, M. P. P.; ROMERO, N. R. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com artrite idiopática juvenil por meio de questionários. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 1, p. 23-29, 2017.

ADUSUMILLI, P. K.; ADEPU, R. *Drug Related problems: An over view of various classification systems*. **Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research**, v. 7, n. 4, p. 7-10, 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portal Vigimed. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/vigimed>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

ALANO, G. M.; CORRÊA, T. S.; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 757-764, 2012.

ALEXANDRINO, A.; CRUZ, E. K. L.; MEDEIROS, P. Y. D.; OLIVEIRA, C. B. S.; ARAÚJO, D. S.; NOGUEIRA, M. F. Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1-12, 2019.

ANDRADE, L. M.; SENA, E. L. S.; PINHEIRO, G. M. L.; MEIRA, E. C.; LIRA, L. S. S. P. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

ALMEIDA, F. L. S. C. P. O envelhecimento e as relações sociais, políticas e familiares. **Revista Longeiver**, v. 1, n. 1, p. 14-25, 2019.

ALVARENGA, J. M.; FILHO, A. I. L.; GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015.

ALVARES, J.; ALVES, M. C. G.; ESCUDER, M. M. L.; ALMEIDA, A. M.; IZIDORO, J. B.; JUNIOR, A. A. G.; COSTA, K. S.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, ACURCIO, F. S. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl 2:4s, 2017.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, envelhecimento e a reforma da previdência. **Cadernos Adenauer**, v. 1, n. 2, p. 79 -101, 2018.

ALVIM, M. M.; CRUZ, D. T.; VIEIRA, M. T.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 463-474, 2017.

AMARAL, A. L. G. M.; GUBERT, F. A.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Letramento em Saúde e Envelhecimento. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 187-192, 2014.

American Geriatrics Society. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. American Geriatrics Society, v. 67, p. 674-694, 2019.

ANDRADE, L. M.; SENA, E. L. S.; PINHEIRO, G. M. L.; MEIRA, E. C.; LIRA, L. S. S. P. Políticas públicas para pessoa idosa no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

ANDRADE, F. L. J. P.; LIMA, J. M. R.; FIDELIS, K. N. M.; JEREZ-ROIG, J.; LIMA, K. C. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p.186-196, 2017.

ARAUJO, L. U.; ALBUQUERQUE, K. T.; KATO, K. C.; SILVEIRA, G. S.; MACIEL, N. R.; SPÓSITO, P. A.; BARCELLOS, N. M. S.; SOUZA, J.; BUENO, M.; STORPITIS, S. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 6, p. 480-492, 2010.

ARAUJO, P. S.; COSTA, E. A.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ALVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, supl.2:6s, 2017.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, 1975.

ARRUDA, D. C. J.; ETO, F. N.; VELTEN, A. P. C.; MORELATO, R. L.; OLIVEIRA, E. R. A. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 327-337, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS - PRÓ-GENÉRICOS. Genérico ganha mercado sobre remédio de referência. 2019. Disponível em: <https://www.progenericos.org.br/noticias/109/generico-ganha-mercado-sobre-remedio-de-referencia>. Acesso em 12 de junho de 2020.

BALDONI, A. O.; GUIDONI, C. M.; PEREIR, L. R. L. A Farmacoepidemiologia no Brasil: estado da arte da produção científica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 1, p. 78-88, 2011.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.

BARBOSA, I. R.; GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, T. A.; GOMES, S. M.; MEDEIROS, A. A.; LIMA, K. C. Incidência e mortalidade de COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, e200171, 2020.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, e.0024071, 2020.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de *Morisky-Green* e *Brief Medication Questionnaire* para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2301-2313, 2008.

BERTOLDI, A. D.; ARRAIS, P. S. D.; TAVARES, N. U. L.; RAMOS, L. R.; LUIZA, V. L.; MENGUE, S. S.; DAL-PIZZOL, T. S.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA,

M. A. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 11s, 2016.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J. F. PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, R. S. P. S.; GUERRA, A. C. C, G.; CALDAS, T. M. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Revista da Rede Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 394-404, 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. [Internet]. Brasília. Disponível em: <<https://www.gov.br/planalto/pt-br>>.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf>>.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; 1990b. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-norma-pl.html>>.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social; LOAS. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-norma-pl.html>>.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-norma-pl.html>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. de 1998. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999a. Disponível em: < https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>.

BRASIL. **Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 11 fev. 1999b. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet] Brasília; 2003. Disponível em: http://www.cmparaibuna.sp.gov.br/docs/estatuto_idoso.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria. Diário Oficial da União, Brasília DF, 20 maio 2004a. Seção 1, p. 52.

BRASIL. **Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, institui o programa "Farmácia Popular do Brasil" e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2004b. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006a.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Lei n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas para elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. 92p. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – **RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013a.

BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013b – Seção 1, p.186.

BRASIL, Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013c – Seção 1, p. 136.

BRASIL, Subchefia para assuntos jurídicos da Casa Civil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2014a. Seção 1, p.1, edição extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 108 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 4: Resultados do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 102 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_4_1ed.pdf. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a.

BRASIL. **Decreto n. 10.043, de 03 de outubro de 2019.** Convoca a 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10043.htm> Acesso em 11 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename.** Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, p. 238-240, 2015.

BRITO, A. C. L.; AQUINO, R. D. A.; DURÃES, R. R. Avaliação do nível cognitivo e equilíbrio em idosos. **Revista Intercâmbio**, v. 16, p. 17-28, 2019.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 256-292.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CASTIGLIONI, A. H. **Inter-relações entre os processos de transição demográfica, envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil.** In: V Congresso de ALAP *Las transiciones em America Latina y el Caribe.* Cambios demográficos, 2012.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudo de utilização de medicamentos: noções básicas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl. 2, p. 830-838, 2018.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. A.; ROCHA, A. C. A. L. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.

CONDÉ, E. S. Abrindo a caixa: dimensões e desafios na análise de Políticas Públicas. **Pesquisa e Debate em Educação**, v. 2, p. 78-100, 2013.

CONN, V. S.; HAFDAHL, A. R.; COOPER, P. S.; RUPPAR, T. M.; MEHR, D. R.; RUSSELL, C. L. *Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials.* **Gerontologist**, v. 49, n. 4, p. 447-462, 2009.

Conselho Federal de Farmácia. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual** / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CORDEIRO, M. D.; SAMPAIO, H. A. C. Aplicação dos fundamentos do letramento em saúde no consentimento informado. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 410-418, 2019.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; FERREIRA, L. C.; BAPTISTÃO, S. A. M. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 43, n. 1, p. 55-62, 2007.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, p. 215-246, 2013.

COSTA, R. J. **A influência da articulação tipográfica na legibilidade, leiturabilidade e usabilidade de um aplicativo de bulário: uma análise do aplicativo móvel MedSUS**. 2017. 106f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Maranhão. 2017.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ALVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

CRAMER, J. A.; ROY, A.; BURREL, A. *Medication compliance and persistence: terminology and definitions*. **Value Health**, v. 11, p. 44-47, 2008.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; GONÇALVES, I. C. Envelhecimento populacional e base legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DAWALIBI, N. W.; ANACLETO, G. M. C.; WITTER, C; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.

DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-14, 2018.

DUARTE, L. G. M. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde: um contributo para o diagnóstico do direito à saúde**. Belo Horizonte. Fórum, 2011. 389p.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

DOMINGUES, C. M. A. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

ECODEBATE. **A Transição Demográfica nos 200 anos da Independência do Brasil, artigo de José Eustáquio Diniz Alves**. 2018. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2018/09/05/a-transicao-demografica-nos-200-anos-da-independencia-do-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/> Acesso em: 01 de março de 2020.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-11, 2019.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6. p. 1494-1502, 2012.

FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; FILHO, W. M. B. **Farmácia clínica: manuais de especialização**. FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; FILHO, W. M. B. Albert Einstein, 1º Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, K. S.; JÚNIOR, J. M. N.; SOEIRO, O. M.; MENGUE, S. S.; MOTTA, M. L.; CARVALHO, A. C. C. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Revista Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p.1-8, 2016.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Prática Baseada em Evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014a.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369-371, 2014b.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 173-175, 2015a.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 333-334, 2015b.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GEIB, L; T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GEWEHR, D. M.; BANDEIRA, V. A. C.; GELATTI, G. T.; COLET, C. F.; OLIVEIRA, K. R. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018a.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C.; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. L.; CASTRO, V. C. G.; SILVA, P. O.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018b.

GOTTLIEB, M. G. V.; MORASSUTTI, A. L.; CRUZ, I. B. M. Transmissão epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. **Scientia Medica**, v. 21, n. 2, p. 69-80, 2011.

GOULART, F. A. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Brasília, 2011.

GOUVEIA, L. A. G. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 101-111, 2012.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico**. 3ª ed. Lisboa: Universidade de Granada; 2009. Disponível em: <http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf>.

HIGGINS, J. P. T.; THOMAS, J.; CHANDLER, J.; CUMPSTON, M.; LI, T.; PAGE, M. J.; WELCH, V. A. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0. Cochrane, 2019. Disponível em: <www.training.cochrane.org/handbook>.

HUSZCZ, R. S. Consultório farmacêutico: atuação do farmacêutico no SUS. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 144-159, 2018.

IAMAGUCHI, F. E.; CROZATTI, M. T. L.; BERTOLINI, D. A.; DEMARCHI, I. G.; OKAWA, R. T. P.; TEIXEIRA, J. J. V. Frequência de interações potenciais medicamento-medicamento em prescrições médicas na atenção primária em saúde. **Revista Uningá Review**, v. 29, n. 1, p. 54-60, 2017.

IBANEZ, G.; MERCEDES, B. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 556-562, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores. 2015. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.108p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016 146 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da População; 2018 / IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 11 de junho de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da População; 2020 / IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia->

de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos. Acesso em 10 de março de 2021.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Medicamentos Potencialmente Inadequados para Idosos. **Boletim ISMP**, v. 7, n; 3, p. 1-8, 2017.

JACOBSEN, T. F.; MUSSI, M. M.; SILVEIRA, M. P. T. Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 23-23, 2015.

JAFARI, F.; KHATONY, A.; RAHMANI, E. *Prevalence of Self-Medication Among the Elderly in Kermanshah-Iran*. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 2, p. 360-365, 2015.

KALACHE, A.; SILVA, A.; GIACOMIN, K. C.; LIMA, K. C.; RAMOS, L. R.; LOUVISON, M; VERAS, R. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria de Gerontologia**, v. 23, n. 6, e200122, 2020.

KINSELLA, K.; PHILLIPS, D. R. *Global aging: the challenge of success*. **Population Bulletin**, v. 60, n. 1, 2005.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEÃO, D. F. L.; MOURA, C. S.; MEDEIROS, D. S. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 311-318, 2014.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEITE, S. N.; SOARES, L.; MENDES, S. J.; VILVERT, A. F.; SCHNEIDER, L. M. C. **Gestão da Assistência Farmacêutica** (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica). Florianópolis: Ed. da UFSC, v. 2, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187550/2-%20Gest%C3%A3o%20da%20assist%C3%Aancia%20farmac%C3%Aautica%20ebook.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LIMA, M. F. G.; VASCONCELOS, E. M. R.; BORBA, A. K. O. T. Instrumentos utilizados para avaliar o letramento funcional em saúde de idosos com doença renal crônica: revisão crônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 1-11, 2018.

LIMA, J. M.; DAL FABRO, A. L.; FUNAYAMA, A. R. Uso do omeprazol: estudo descritivo de pacientes idosos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 1, p. 46-23, 2019.

LIMA, E. J. F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. V. Vaccines for COVID-19 - state of the art. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 1, p. 13-19, 2021.

LONEY, P. L.; CHAMBERS, L. W.; BENNETT, K. J.; ROBERTS, J. G.; STRATFORD, P. W., Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. **Chronic Dis Can**, v. 19, n. 4, p. 170-176, 1998.

LOPES, E. D. S.; FERREIRA, A. G.; PIRES, C. G.; MORAES, M. C. S.; D'ÉLBOUX, M. J. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 652-662, 2018.

LUNENFELD, B; STRATTON, M. *The clinical consequences of na ageing world and preventive strategies.* **Best Practice e Research Clinical Obstetrics e Gynaecology**, v. 27, p. 643-659, 2013.

LUTZ, B. H.; MIRANDA, V. I. A.; BERTOLDI, A. D. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p.188-196, 2013.

MARAGNO, C. A. D.; LUIZ, P. P. V. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**, v. 14, n. 1, p. 5-18, 2016.

McGRATH, K.; HAJJAR, E. R.; KUMAR, C.; HWANG, C.; SALZMAN, B. *Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. The Journal Of Family Practice*, v. 66, n. 7, p. 436-445, 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento polacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MODESTO, A. C. F.; FERREIRA, T. X. A. M.; PROVIN, M. P.; AMARAL, R. G.; LIMA, D. M. Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 401-410, 2016.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010a.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010b.

MORAES, D. C.; LENARDT, M. H.; SEIMA, M. D.; MELLO, B. H.; SETOGUCHI, L. S.; SETLIK, C. M. Instabilidade postural e a condição de fragilidade física em idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-10, 2019.

MORAGAS, M. R. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. 3ª. ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

MORISKY, D. E.; ANG, A.; KROUSEL-WOOD, M.; WARD, H. J. *Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in na Outpatient Setting. The Journal of Clinical Hypertension*, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MOTA, D. M.; VIGO, A.; KUCHENBECKER, R. S. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8. p. 1-14, 2019.

NADAI, M. B. A.; PINHEIRO, L. S.; MELO, D. M. Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: uma revisão da literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 403-422, 2018.

NALOTO, D. C. C.; LOPES, F. C.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C.; FIOL, F. S. D.; BERGAMASCHI, C. C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016.

NICOLETTI, M. A.; KUBOTA, L. L. Benefícios decorrentes de prática do cuidado farmacêutico em hipertensão e diabetes tipo 2 para sua efetivação em unidades de saúde. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, n. 29, n. 4, p. 307-312, 2017.

NICOLINI, P.; NASCIMENTO, J. W. L.; GRECO, K. V.; MENEZES, F. G. Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 1, p. 689-696, 2008.

OBRELI-NETO, P. R.; BALDONI, A. O.; GUIDONI, C. M.; BERGAMINI, D.; HERNANDES, L. C.; LUZ, R. T.; SILVA, F. B.; SILVA, R. O.; PEREIRA, L. R. L.; CUMAN, R. K. N. Método de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIBONI, L. S.; CASTRO, M. S. Adesão à farmacoterapia, que universo é esse? Uma revisão narrativa. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 2, p. 178-195, 2018.

OLIVEIRA-FILHO, A. D.; BARRETO-FILHO, J. A.; NEVES, S. J. F.; JÚNIOR, D. P. L. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

OLIVEIRA, M. G.; AMORIM, W. W.; OLIVEIRA, C. R. B.; COQUEIRO, H. L.; GUSMÃO, L. C.; PASSOS, L. C. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 4, p. 168-181, 2016.

OLIVEIRA, H. S. B.; MANSO, M. E. G. Tríade iatrogênica em um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2019.

OLIVEIRA, G. L.; LULA-BARROS, D. S.; SILVA, S. L. M.; LEITE, S. N. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, e-200160, 2020.

O'MAHONY, D.; O'SULLIVAN, D.; BYME, S.; O'CONNOR, M. N.; RYAN, C.; GALLAGHER, P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. **Age Ageing**, v. 44, n. 2, p. 213-218, 2015.

ONU. Segunda Assembleia Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (2002). Disponível em <http://www.social.un.org/ageing-working-group/documents/mi-paa-sp.pdf> Acesso em 10 de junho de 2020.

PACHECO, R. L.; LATORRACA, C. O. C.; MARTIMBIANCO, A. L. C.; PACHITO, D. V.; RIERA, R. PROSPERO: base de registros e protocolos de revisões sistemáticas. Estudo descritivo. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 23, n. 3, p. 101-104, 2018.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 291-322.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVANELE, F.; CARVANO, L. M. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil**. 2009-2010. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; DIAS, A. M. I.; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 41, p. 301-314, 2012.

PEREIRA, E. E. B.; SOUZA, A. B. F.; CARNEIRO, S. R.; SARGES, E. S. N. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 165-176.

RABELO, D. F.; SILVA, J.; ROCHA, N. M. F. D.; GOMES, H. V.; ARAÚJO, L. F. Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 193-215, 2018.

RAMOS, L. R.; TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; PIZZOL, T. S. D.; ARRAIS, P. S. D.; MENGUE, S. S. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 1-13, 2016.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. **Farmacologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REICHERT, H. **A transição demográfica no Brasil: a distribuição espacial, oportunidade e desafios**. 2015. 106f. Dissertação (Mestrado em Economia e Desenvolvimento) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2015.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-9, 2017.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2014.

REZENDE, R. W. S.; SANTOS, K. R.; RODRIGUES, G. L.; FRANCO, S. C. Polifarmácia: Peculiaridades epidemiológicas, efeitos e atualidades. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 50-55, 2019.

ROCHA, M. R.; SANTOS, S. D.; MOURA, K. R.; CARVALHO, L. S.; MOURA, I. H.; SILVA, A. R. V. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1-7, 2019.

RODRIGUES, D. C.; SOUZA, F. H. T. N.; ALMEIDA, E. B.; SILVA, T. B. L. Políticas Públicas Gerontológicas: Desafios, lacunas e avanços, uma revisão da literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 24, especial, p. 203-220, 2021.

ROMANO-LIEBER, N. S.; CORONA, L. P.; MARQUES, L. F. G.; SECOLI, S. R. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo>

Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, suppl. 2, p. 1-11, 2018.

ROMERO, D. E.; MUZY, J.; DAMACENA, G. N.; SOUZA, N. A.; ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. A.; JÚNIOR, P. R. B. S.; AZEVEDO, L. O.; FRACIE, R.; PINA, M. F.; LIMA, M. G.; MACHADO, I. E.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00216620, 2021.

RUPPAR, T. M.; CONN, V. S. *Medication Adherence: Still Looking for the Answer*. **Research in Gerontological Nursing**, v. 4, n. 3, p. 159-160, 2011.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 121-132, 2017.

SANTOS, F. S.; JUNIOR, J. L. O Idoso e o Processo de Envelhecimento: Um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 8, p. 24, p. 34-55, 2014.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018a.

SANTOS, G. A. S.; BOING, A. C. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018b.

SANTOS, V. P.; LIMA, W. R.; ROSA, R. S.; BARROS, I. M. C.; BOERY, R. N. S. O.; CIOSAK, S. I. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p. 2322-2337, 2018c.

SANTOS, J. S.; GIORDANI, F.; ROSA, M. L. G. Interações medicamentosas potenciais em adultos e idosos na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4355-4344, 2019.

SANTOS, J. B.; LUQUETTI, T. M.; CASTILHO, S. R.; CALIL-ELIAS, S. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1-18, 2020a.

SANTOS, A. L.; MARCON, S. S.; TESTON, E. F.; BACK, I. R.; LINO, I. G. T.; BATISTA, V. C.; MATSUDA, L. M.; HADDAD, M. C. F. L. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus e relação com a atenção primária. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-10, 2020b.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SILVA, A. L. RIBEIRO, A. Q.; KLEIN, C. H.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

SILVA, V. L.; CESSE, E. A. P.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. suppl, p. 178-193, 2014

SILVA, A. P. A.; OLLER, G. A. S. A.; POMPEO, A. A.; EID, L. P.; KUSUMOTA, L. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 2, p. 76-80 2016.

SILVA, A.; ROSA, T. E. C.; BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S.; LOUVISON, M. C. P.; TEIXEIRA, D. S. C.; LEBRÃO, M. L. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, suppl. 2, p. 1-14, 2018.

SILVA, A. O envelhecimento na perspectiva do racismo e de outras formas de discriminação: influências dos determinantes institucionais e estruturais para a vida das pessoas idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-2, 2019a.

SILVA, I. D. D.; BEZERRA, I. N. M.; PIMENTA, I. D. S. F.; SILVA, G.; WANDERLEY, V. B.; NUNES, V. M. A.; SOUZA, D. L. B.; PIUVEZAM, G.

Acesso e implicações da automedicação em idosos na atenção primária à saúde. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 132-150, 2019b.

SOARES, L.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N.; CAMPESE, M.; MANZINI, F. Atuação clínica do farmacêutico (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica). Florianópolis: Ed. da UFSC, v.V, 2016, 353 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%c3%a7%c3%a3o%20cl%c3%adnica%20do%20farmac%c3%aatico%20ebook.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOUSA, L. A. O.; FONTELES, M. M. F.; MONTEIRO, M. P.; MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; PIZZOL, T. S. D.; TAVARES, N. U. L.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; ARRAIS, P. S. D. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 1-14, 2018.

SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p.1-14, 2018.

SOUZA, T. R.; VIEIRA, M. A.; COSTA, F. M.; LIMA, C. A. Fatores associados à frequência de polipatologia entre idosos atendidos em um centro de referência de Montes Claros - Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 661-669, 2016.

SVARSTAD, B. L.; CHEWNING, B. A.; SLEATH, B. L.; CLAESSION, C. *The brief medication questionnaire: A tool for screening adherence and barriers to adherence*. **Patient Educations na Counseling**, v. 37, p. 113-124, 199.

TANNURE, M. C; ALVES, M; SENA, R. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 817-822, 2010.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. R.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; PIZOOL, T. S.

D. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 10s, 2016.

TAVARES, R. E.; JESUS, M. C. P.; MACHADO, D. R.; BRAGA, V. A. S.; TOCANTINS, F. R.; MERIGHI, M. A. B. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2010.

TELLES, S.; ELIAS, R. V.; REIS, R. M.; LUTZ, T. Saúde, economia e qualidade de vida do idoso na sociedade contemporânea: do reconhecimento à legitimação de um problema social. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 351-374, abr./jun. 2015.

VELOSO, R. C. S. G.; FIGUEREDO, T. P.; BARROSO, S. C. C.; NASCIMENTO, M. M. G.; REIS, A. M. M. Fatores associados às interações medicamentosas em idosos internados em hospital de alta complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 17-26, 2019.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 371-377, 2018a.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018b.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VOLPATO, S.; BIANCHI, L.; CHERUBINI, A.; LANDI, F.; MAGGIO, M.; SAVINO, E.; BANDINELLI, S.; CEDA, G. P.; GURALNIK, J. M.; ZULIANI, G.; FERRUCCI, L. *Prevalence and Clinical Correlates of Sarcopenia in Community-Dwelling Older People: Application of the EWGSOP Definition and Diagnostic*

Algorithm. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 69, n. 4, p. 438-446, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The selection of essential drugs: first report of the WHO Expert Committee*. Geneva: WHO, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long term therapy: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool*. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO, 2015.

ZANON, R. R.; MORETTO, A. C.; RODRIGUES, R. L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, suppl. 1, p. S45-S67, 2013.

APÊNDICE A - CERTIFICADO DE CURSO DE CAPACITAÇÃO

	UNICAMP	15.06.2020	<h1>William Lucas Ferreira da Silva</h1>	concluiu com êxito o Programa de cursos integrados	<h3>Revisão Sistemática e Meta-análise</h3>	um curso on-line sem direito a créditos acadêmicos autorizado pela Universidade Estadual de Campinas e ministrado através do Coursera	COURSE CERTIFICATE	WITH HONORS		Verifique em coursera.org/verify/DSH3PT42C9LP A Coursera confirmou a identidade desta pessoa e sua participação no curso.
										
			Talis Freire Galvão Professora Doutora Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Campinas							

APÊNDICE B – REGISTRO DO ESTUDO NA BASE DE DADOS PROSPERO

Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros: uma revisão sistemática

William Silva, Danielle Cruz, Leonardo Gomes, Raphael Dias

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility.

Citation

William Silva, Danielle Cruz, Leonardo Gomes, Raphael Dias. Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em idosos brasileiros: uma revisão sistemática. PROSPERO 2020 CRD42020202476 Available from:

https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020202476

Review question

Quais são os fatores que influenciam os idosos a não aderir ao tratamento farmacológico prescrito no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil?

Searches

Será realizada uma busca de estudos em cinco bases de dados eletrônicos, sendo elas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) - via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados Excerpta Medica (Embase) e Instituto de Informação Científica Web do Conhecimento (Web of Science). Estudos publicados no período de janeiro de 2010 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Types of study to be included

Serão incluídos os estudos de desenho epidemiológico observacional (transversal, caso-controle e coorte).

Condition or domain being studied

A não adesão ao tratamento farmacológico é um problema de saúde pública, frequentemente identificado entre os idosos, principalmente entre os portadores de doenças crônicas não transmissíveis e os que formulam de administrar medicamentos mais de uma vez ao dia. Os problemas relacionados à adesão são multifatoriais e envolvem o sistema de saúde, as políticas de saúde, a família, a comunidade, os profissionais de saúde e os pacientes.

Participants/population

Idoso.

Serão incluído os estudos de desenho epidemiológico observacional (transversal, caso-controle e coorte) publicado no período de janeiro de 2010 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol, que inclui uma população idosa, os serviços de saúde da atenção primária à saúde, a avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico e seus fatores associados, no contexto do Brasil.

Serão excluídos os estudos sobre adesão ao tratamento de medicamentos específicos, não relacionado à atenção primária à saúde, sem descrição do método adotado para mensurar a adesão, sem descrição do tipo de estudo, publicações em análises de eventos científicos, revisões da literatura e relatos de caso.

Intervention(s), exposure(s)

Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico na atenção primária no Brasil.

Comparator(s)/control

Não é aplicável

Main outcome(s)

nome dos autores, ano de realização, local, título do estudo, nome do periódico, o tipo de delineamento do estudo, características da amostra, prevalência de adesão e os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico anterior.

* Measures of effect

Prevalência

Additional outcome(s)

Não aplicável

* Measures of effect

Não aplicável

Data extraction (selection and coding)

Durante toda a pesquisa, dois revisores independentes conduzirão com o processo de seleção dos estudos e extração dos dados. Inicialmente, será realizada uma análise dos títulos e resumos (fase de triagem) nas bases de dados após a aplicação das estratégias de busca, um fim de verificar se cada material encontrado faz referência à temática e se está de acordo com os critérios de elegibilidade.

Os artigos elegíveis elegíveis na fase de triagem, serão eliminados na íntegra, com a realização da leitura de todo o texto pelos dois revisores, que farão o pré-julgamento independente de inclusão ou exclusão do estudo. A efetivação da inclusão de ocorrerá de forma pareada por meio de consenso entre os dois revisores que irão avaliar a coerência de emprego dos critérios de elegibilidade em cada estudo. A participação de um terceiro revisor será adotada em todos os casos que houver discordância ou necessidade para a definição final da seleção.

Todos os artigos recuperados na busca das bases de dados registrados registrados com os motivos explícitos para sua inclusão ou exclusão no presente estudo, tendo em vista o potencial de reprodutibilidade e transparência da revisão sistemática da literatura.

O processo de extração dos dados será iniciado somente após a conclusão da inclusão dos artigos conforme os critérios de elegibilidade ter sido realizada. Nessa etapa, os dois avaliadores da seleção de estudos procederão com o preenchimento de um formulário contendo todas as variáveis ??de interesse para o estudo: nome dos autores, ano de realização, local, título do estudo, nome do periódico, o tipo de delineamento do estudo, características da amostra, características de diferenciação de adesão e critérios associados à não adesão ao tratamento farmacológico adequado.

Risk of bias (quality) assessment

A metodologia disponível pela Colaboração Cochrane será aproveitada para mensurar o risco de viés dos estudos incluídos, o que permite avaliar uma interferência nos resultados e possível comprometimento do nível de seleção.

Strategy for data synthesis

Um diagrama de fluxo será elaborado para representação visual do processo de identificação dos artigos - incluído e excluído de acordo com os critérios refletidos - na revisão sistemática. Os resultados também serão incluídos em formato de tabelas e quadros contendo todas as variáveis ??de interesse.

Analysis of subgroups or subsets

Grupo único: idosos.

Contact details for further information

William Lucas Ferreira da Silva
williamluccas@yahoo.com.br

Organisational affiliation of the review

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de

Juiz de Fora, Brasil.
<https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva/>

Review team members and their organisational affiliations

Mr William Silva. Universidade Federal de Juiz de Fora
Dr Danielle Cruz. Universidade Federal de Juiz de Fora
Leonardo Gomes. Universidade Federal de Juiz de Fora
Raphael Dias. Universidade Federa de Juiz de Fora

Type and method of review

Systematic review

Anticipated or actual start date

01 September 2020

Anticipated completion date

31 August 2021

Funding sources/sponsors

Financiado pelos pesquisadores.

Conflicts of interest

Language

Inglês, Português-Brasil (there is not an English language summary)

Country

Brazil

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

MeSH headings have not been applied to this record

Date of registration in PROSPERO

10 September 2020

Date of first submission

10 August 2020

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Stage of review at time of this submission

The review has not started

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

10 September 2020

PROSPERO

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. The registrant confirms that the information supplied for this submission is accurate and complete. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.