



UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

JAMILLY FERNANDA BRITO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS POLIMEDICADOS**

RECIFE
2023

JAMILLY FERNANDA BRITO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS POLIMEDICADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica do Centro de Biociências da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre em Inovação Terapêutica. Área de concentração: fármacos, medicamentos e insumos essenciais para a saúde.

Orientador ^a: **Profa. Dra. Karina Perrelli Randau**

RECIFE
2023

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Natália Nascimento, CRB4/1743

Rodrigues, Jamilly Fernanda Brito.

Avaliação da influência da educação em saúde na adesão ao tratamento de usuários polimedicados. /
Jamilly Fernanda Brito Rodrigues. – 2023.

149 f. : il., fig.; tab.

Orientadora: Karina Perrelli Randau.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Programa de
Pós-graduação em Inovação terapêutica, 2023.

Inclui referências.

1. Atenção primária à saúde. 2. Polifarmácia. 3. Cuidado farmacêutico. 4. Educação em saúde -
adesão. I. Randau, Karina Perrelli. (orient.). II. Título.

587

CDD (22.ed.)

UFPE/CB – 2023-096

JAMILLY FERNANDA BRITO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADEÇÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS POLIMEDICADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de biociências, como requisito para obtenção do título de Mestre em Inovação Terapêutica. Área de concentração: Fármacos, Medicamentos e Insumos Essências para a saúde.

Aprovado em: 09/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. KARINA PERRELLI RANDAU (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. FRANCISCA SUELI MONTE MOREIRA (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dr. MARIA LUSIA DE MORAIS BELO BEZERRA (Examinador Externo)
Universidade Federal da Alagoas - UFAL

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir trilhar essa jornada, e concluí-la. Foi necessária muita dedicação! E sem o seu apoio incondicional, não teria conseguido. À nossa senhora, por me acalantar em seu manto sagrado e me tornar mais resiliente, acalmando o meu espírito nos momentos turbulentos.

Aos meus pais, Maurivaldo Rodrigues e Jandilma Brito, por estarem sempre ao meu lado e me encorajar e apoiar em qualquer decisão, e em cada projeto que tenho e que dou início. Agradeço o estímulo que sempre recebi das minhas tias (Jucinaide Pereira e Josevânia Pereira), e avó (Francisca Brito) para manter o estudo como algo a ser sempre priorizado.

À Ruan Antonys, por me ajudar e apoiar desde que nos conhecemos, com cada etapa do projeto que fosse possível, perdendo o sono junto comigo, por vezes. O seu incentivo e dedicação, não poderei esquecer.

Cheia de gratidão, cito aqui a minha orientadora Karina Randau, que esteve ao meu lado e me guiou por esse caminho acadêmico. Obrigado por cada troca, cada reunião, cada cobrança e por cada sorriso arrancado. Lhe garanto que a forma como a senhora conduziu essa orientação deixou tudo mais leve, e mais tranquilo.

Não poderia esquecer da minha parceira Dayzyanne Farias! Ela que me acompanhou da residência até aqui, e que dividiu comigo todas as sensações que só uma pós graduação pode proporcionar. Cada conversa, cada dica, cada troca, cada apoio, foram imprescindíveis para a conclusão desse ciclo. Aproveito para registrar a minha alegria em poder ter compartilhado momentos com Cledson, Marina, Wylma, Suellen e os demais pós graduandos da nossa equipe.

Aos meus amigos, que mesmo distantes fisicamente, me fizeram sorrir e me escutaram.

E por fim, sou grata pelo conhecimento adquirido durante todo o percurso realizado. Cada esforço e noites à dentro valeram a pena e são reconfortantes.

RESUMO

A polifarmácia é considerada como um dos fatores de risco à segurança do paciente por favorecer a má adesão ao tratamento. O cuidado farmacêutico, a partir das práticas de educação em saúde, pode contribuir com o processo de adesão. Assim, o objetivo foi avaliar a influência da educação em saúde na adesão ao tratamento de usuários polimedicados de uma Unidade de Saúde da Família. Foi desenvolvido um estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório, do tipo quase experimental e analítico, de intervenção antes e depois. Na pesquisa foram incluídos: indivíduos com faixa etária entre 40 à 70 anos, adscritos na unidade de saúde, que faziam uso de cinco ou mais medicamentos e possuíam baixa adesão. A captação dos usuários ocorreu a partir dos questionários *Brief Medication Questionnaire* e *WHOQOL BREF*, que avaliam a adesão e qualidade de vida, respectivamente. Os indivíduos selecionados participaram dos grupos de educação em saúde, operacionalizados a partir de oficinas. Houve aplicação do questionário Condições que Podem Dificultar a Adesão Medicamentosa, a fim de facilitar o desenvolvimento de um dispositivo educativo. A análise da percepção dos usuários sobre a atividade de educação em saúde e uso do dispositivo foi feita através da análise de conteúdo de Bardin. A reaplicação dos questionários para comparar a adesão e qualidade de vida, antes e após intervenção, foi realizada. A análise dos dados foi realizada a partir da estatística comparativa descritiva, utilização do teste t-pareado, análise de variância (ANOVA), e teste Exato de Fisher. O programa estatístico empregado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 21.0. E o nível de significância foi de 0,05. A amostra populacional foi constituída por 35 participantes. No momento pré, todos os usuários foram classificados como pouco aderentes, e a média da qualidade de vida foi 11,92, ($\pm 1,58$). Os grupos estimularam a participação ativa e a construção de novos conhecimentos, e os usuários relataram que a atividade educativa e uso do dispositivo favoreceu a autonomia e compreensão do regime terapêutico, o que corrobora com o descrito na literatura. Pós intervenção, apenas 14,3% dos usuários mantiveram-se com baixa adesão; e a média da qualidade de vida subiu para 13,56, ($\pm 1,52$). A associação entre adesão e qualidade de vida foi considerável. De modo similar, referências confirmam tal achado. Foi evidenciado que os usuários aderentes possuem um melhor conhecimento sobre a condição de saúde, o que foi remetido à atividade educativa. Demais autores também descrevem essa relação. Assim, o estudo comprova a influência positiva da educação em saúde, e uso de tecnologias leves, na melhora da adesão e qualidade de vida de usuários polimedicados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Polifarmácia; Cuidado farmacêutico; Educação em saúde; Adesão.

ABSTRACT

Polypharmacy is considered one of the risk factors for patient safety as it favors poor adherence to treatment. Pharmaceutical care, based on health education practices, can contribute to the adherence process. Thus, the objective was to evaluate the influence of health education on adherence to treatment of polymedicated users of a Family Health Unit. A quali-quantitative, descriptive and exploratory study was developed, of the quasi-experimental and analytical type, of intervention before and after. The following were included in the research: individuals aged between 40 and 70 years old, registered at the health unit, who used five or more medications and had low adherence. Users were captured using the *Brief Medication Questionnaire* and *WHOQOL BREF*, which assess adherence and quality of life, respectively. The selected individuals participated in health education groups, implemented through workshops. There was application of the Conditions that May Hinder Medication Adherence questionnaire, in order to facilitate the development of an educational device. The analysis of users' perception of health education activities and device use was performed using Bardin's content analysis. The reapplication of the questionnaires to compare adherence and quality of life, before and after the intervention, was carried out. Data analysis was performed using descriptive comparative statistics, using the paired t-test, analysis of variance (ANOVA) and Fisher's exact test. The statistical program used was the Statistical Package for the Social Sciences – version 21.0. And the significance level was 0.05. The population sample consisted of 35 participants. At the pre-moment, all users were classified as low adherent, and the mean quality of life was 11.92, (± 1.58). The groups encouraged active participation and the construction of new knowledge, and users reported that the educational activity and use of the device favored autonomy and understanding of the therapeutic regimen, which corroborates what is described in the literature. After the intervention, only 14.3% of users remained with low adherence; and the mean quality of life rose to 13.56, (± 1.52). The association between adherence and quality of life was considerable. Similarly, references confirm this finding. It was evidenced that adherent users have better knowledge about the health condition, which was referred to the educational activity. Other authors also describe this relationship. Thus, the study proves the positive influence of health education, and the use of light technologies, in improving adherence and quality of life of polymedicated users.

Keywords: Primary Health Care; Polypharmacy; Pharmaceutical care; Health education; Accession.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Plaquinhas utilizadas nas salas de espera durante a dinâmica de mitos e Verdades.....	39
Figura 2 - Fluxograma das etapas realizadas para captação dos usuários	40
Figura 3 – Caixa misteriosa: o que sei e o que não sei.....	54
Figura 4 – Muro das dificuldades	55
Figura 5 – Ideias para melhorar a adesão medicamentosa	56
Figura 6- Exemplos de dispositivos educativos	57
Figura 7 - Distribuição de frequência da Adesão ao tratamento nos momentos pré e pós intervenção	64
Figura 8 - Média e intervalo de confiança de 95% para o Escore de Qualidade de vida nos momentos pré e pós intervenção	65
Figura 9– Escore de qualidade de vida segundo adesão.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades de registro	59
Quadro 2 – Categorias de análise iniciais.....	59
Quadro 3 – Categorias intermediárias	60
Quadro 4 – Categorias finais	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos usuários participantes	47
Tabela 2 – Distribuição por classe terapêutica dos medicamentos utilizados.....	48
Tabela 3 – Medicamentos não padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (2018-2019)	49
Tabela 4 – Avaliação da adesão a terapia medicamentosa pelos usuários polimedicados antes da atividade de educação em saúde	50
Tabela 5 – Avaliação da qualidade de vida (<i>WHOQOL BREF</i>) dos usuários polimedicados antes da atividade de educação em saúde	50
Tabela 6 – Assuntos abordados para construção do contrato grupal.....	51
Tabela 7 – Perfil dos usuários polimedicados de acordo com o questionário Condições que dificultam a adesão	51
Tabela 8 – Afirmações e dúvidas sobre a polifarmácia.....	55
Tabela 9 – Tipos de dispositivos educativos desenvolvidos	57
Tabela 10 – Códigos para transcrição dos áudios.....	58
Tabela 11 – Distribuição do perfil de Adesão pré e pós procedimento (N=35)	63
Tabela 12 – Estatísticas descritivas da Qualidade de Vida Pré e Pós Procedimento	64
Tabela 13 - Análise da evolução do Escore de Qualidade de vida entre os momentos pré e pós intervenção estratificado por Adesão pós.....	66
Tabela 14 - Resultados da análise de variância (ANOVA) referente ao Escore de qualidade de vida	67
Tabela 15 – Comparação das variáveis qualitativas em relação a Adesão Pós.....	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Polifarmácia	14
2.1.1 <i>Prevalência da polifarmácia</i>	<i>15</i>
2.1.2 <i>Fatores de risco para a polifarmácia.....</i>	<i>17</i>
2.1.3 <i>Atenção Primária à Saúde e polimedicação</i>	<i>18</i>
2.1.4 <i>Riscos associados à polifarmácia</i>	<i>20</i>
2.2 Adesão.....	22
2.2.1 <i>Formas de avaliar a ocorrência da adesão.....</i>	<i>23</i>
2.2.2 <i>Consequências relacionadas à falta de adesão.....</i>	<i>25</i>
2.2.3 <i>Promoção da adesão</i>	<i>26</i>
2.3 Educação em saúde.....	29
2.3.1 <i>Métodos para promover a educação em saúde</i>	<i>31</i>
2.3.2 <i>Cuidado farmacêutico e educação em saúde</i>	<i>33</i>
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo geral.....	36
3.2 Objetivo específicos	36
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 Desenho da pesquisa.....	37
4.2 Local da pesquisa.....	37
4.3 Amostra de participantes.....	38
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	38
4.5 Aspectos éticos	38
4.6 Captação dos usuários	39
4.7 Realização de grupos operativos	41
4.8 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde	43
4.9 Análise dos dados	44
4.9.1 <i>Análise qualitativa.....</i>	<i>44</i>
4.9.2 <i>Análise quantitativa.....</i>	<i>45</i>
5 RESULTADOS	47
5.1 Captação dos usuários	47

5.2 Realização de grupos operativos	50
5.3 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde	58
6 DISCUSSÃO.....	70
6.1 Captação dos usuários	70
6.2 Realização de grupos operativos	73
6.3 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde	76
7 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
ANEXO B - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO <i>BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE</i> – BMQ	101
ANEXO C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – <i>WHOQOL-BREF</i>	103
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES QUE PODEM DIFICULTAR A ADESÃO.....	106
APÊNDICE B- ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL	108
APÊNDICE C – ARTIGO.....	109
APÊNDICE D – MANUSCRITO SUBMETIDO	126

1 INTRODUÇÃO

Os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde apresentam uma tendência a atuarem com enfoque no paciente e na realização de procedimentos que garantam a sua segurança (DONABEDIAN, 2003; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; MAGALHÃES et al., 2019). De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, é necessário qualificar os cuidados que são ofertados, a partir de procedimentos que reduzam a exposição do paciente à prejuízos evitáveis e assegurem a cultura de segurança, estabelecendo, entre outros, o protocolo de segurança para prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos (BRASIL, 2013; SOUZA; MENDES, 2019).

Neste contexto, a polifarmácia, termo utilizado para designar o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, pertencentes ou não a mesma classe farmacológica, é considerada um dos fatores que pode representar risco para a segurança do paciente e ocasionar dificuldades econômicas para os sistemas de gestão de saúde (DONALDSON et al., 2017; ARAUJO et al., 2019; CONSTANTINO et al., 2020).

Este cenário polimedicamentoso é facilmente visualizado na Atenção Primária à Saúde (APS), e está atrelado a um conjunto de fatores que envolvem a prevalência de doenças crônicas, comorbidades, autocuidado com medicamentos, autoavaliação de saúde e dor/desconforto, última consulta médica, a duplicidade terapêutica, associações farmacológicas, o tratamento de sintomas provocados por outros fármacos e a fragilidade de comunicação entre os profissionais prescritores (COSTA, 2015; NASCIMENTO et al., 2017; ARAUJO et al., 2019).

Em consequência, os usuários polimedicados têm maiores chances de utilizar uma farmacoterapia com Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) e com presença de interações medicamentosas; desenvolverem eventos adversos a medicamentos; possuírem baixa qualidade de vida com aumento da morbimortalidade e abandono do tratamento, e manifestarem maior propensão à utilização de serviços prestados, especificamente, por outro nível de atenção, com aumento dos custos próprios e para o sistema de saúde (ZIA; KAMARUZZAMAN; TAN, 2015; CONSTANTINO et al., 2020).

Desta maneira, a polifarmácia é uma das causas que dificulta o cumprimento do tratamento de forma adequada, interferindo assim, de modo negativo em diferentes níveis da adesão medicamentosa (HERNANDEZ et al., 2020). A má adesão ao tratamento está diretamente ligada a uma série de complicações que envolvem desde o agravamento da condição

clínica até o óbito dos pacientes e problemas referente aos custos das medicações que não foram utilizadas (MICKELSON; HOLDEN, 2018; ULLEY et al., 2019).

Portanto, a adesão medicamentosa está estritamente relacionada com a evolução clínica positiva e com o sucesso do tratamento (MENDITTO et al., 2020). Aspectos como a conciliação terapêutica, a organização dos medicamentos e sua administração conforme definido no esquema terapêutico, podem ser abordados pelo profissional farmacêutico a partir da prestação do cuidado farmacêutico associado às práticas educativas, voltadas à promoção da saúde, como forma de potencializar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida (BATISTA et al., 2020).

Conforme a Política Nacional de Promoção à Saúde, disposta em portaria Nº 687, de 30 de março de 2006, que objetiva promover a qualidade de vida e minimizar os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tal objetivo pode ser alcançado a partir de ações de promoção de saúde, com ênfase na Atenção Básica, ampliação da autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, no cuidado integral em saúde.

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017, estimula a realização da educação em saúde, a partir das diretrizes: o cuidado centrado na pessoa, que prevê a realização de ações de cuidado que auxilie os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerar e tomar decisões embasadas sobre sua saúde; e a longitudinalidade do cuidado, que visa a continuidade do cuidado com a construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários.

Já que as atividades educativas refletem um processo de construção coletiva de saberes, tanto de forma individual quanto coletiva, em que o usuário é estimulado a formar um pensamento crítico, a ser parte ativa no processo saúde-doença, e a desenvolver a corresponsabilização, tornando-se autônomo nas tomadas de decisões acerca da sua saúde, e adquirindo independência sobre sua condição (BARRETO et al., 2019).

Deste modo, uma das formas pela qual o cuidado farmacêutico pode ser realizado e disseminado na APS, é através da realização de práticas de educação em saúde, que possibilitam o estabelecimento de uma relação entre o farmacêutico e o usuário, na qual a responsabilidade do cuidado é dividida entre ambos, favorecendo o cuidado contínuo e redução dos danos referentes à polimedicação e aos eventuais problemas relacionados à baixa adesão (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Polifarmácia

A palavra polifarmácia foi alvo de discussão, pela primeira vez, no ano de 1959, quando começaram a surgir diferentes definições e estudos relacionados ao tema (CORRALO et al., 2018). A ausência de um conceito universalmente aceito é um fator que dificulta o debate sobre o uso seguro de terapia combinada de medicamentos (NEVES et al., 2013; CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016; NASCIMENTO et al., 2017).

Desta forma, a literatura classifica a polifarmácia como adequada ou inapropriada (WHO, 2019). A polifarmácia adequada acontece quando a terapia medicamentosa foi, ou é revisada periodicamente, a fim de evitar o surgimento de Reações Adversas à Medicamento (RAM), e os medicamentos são prescritos a fim de alcançar objetivos terapêuticos acordados com o paciente, e estão sendo alcançados ou serão futuramente; e os pacientes estão aptos a tomar os medicamentos e realizar o tratamento como previsto (WHO, 2019).

Logo, a polifarmácia adequada considera que o paciente pode receber e ter benefícios com o uso de muitos medicamentos, desde que tais medicamentos sejam prescritos com base em evidências sólidas, o perfil clínico do paciente seja levado em consideração, e as potenciais interações entre medicamentos sejam avaliadas (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016; WHO, 2019).

Já a polifarmácia inapropriada ocorre a partir do momento em que os medicamentos são prescritos sem que sejam necessários, ou quando continuam sendo prescritos sem que haja mais necessidade (WHO, 2019). Desse modo, a polifarmácia pode acarretar consequências negativas tanto para o bem estar do paciente quanto para o sistema de saúde (HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019).

A polifarmácia pode ser designada a partir de diversas abordagens, que envolvem: a numérica, a descritiva, o tempo de tratamento, o contexto e a indicação de medicamentos (MASNOON et al., 2017; ANDRADE et al., 2020). De forma mais comum, a polifarmácia é definida a partir do número de medicamentos que estão sob uso, em um determinado período (KHEZRIAN et al., 2020).

O método numérico é aplicado, habitualmente, através da utilização de um ponto de corte, que envolve o quantitativo de medicamentos utilizados pelo indivíduo (KHEZRIAN et al., 2020). Diferentes pontos de corte são empregados para detectar a polifarmácia, e, portanto, não há um padrão exato (MASNOON et al., 2017; KHEZRIAN et al., 2020).

Alguns estudos definem a polifarmácia a partir da utilização de dois ou mais medicamentos, e a classificam em: leve (dois a três medicamentos), moderada (de quatro a cinco) e grave (mais de cinco medicamentos) (KUSANO, 2009; COSTA, 2015). Para Santos et al. (2021), a polifarmácia ocorre quando o indivíduo faz o uso de três medicamentos ou mais. Já Araújo et al. (2019), considera em estudo, a polifarmácia a partir da utilização de quatro ou mais medicamentos.

No entanto, a definição de polifarmácia mais utilizada na literatura é referente a utilização concomitante e contínua, de cinco ou mais medicamentos, e inclui aqueles de venda livre ou Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), medicamentos prescritos e frutos da automedicação (WHO, 2019). O termo polifarmácia excessiva também surge, a fim de caracterizar a situação na qual o indivíduo faz uso, simultaneamente, de 10 medicamentos ou mais (MASNOON et al., 2017; KHEZRIAN et al., 2020).

Por outro lado, há métodos que empregam a duração do tratamento como parâmetro para identificar a polifarmácia (KHEZRIAN et al., 2020). Franchi et al. (2013), definem polifarmácia como uso de cinco ou mais medicamentos por um período de 6 meses até um ano. Enquanto para Narayan e Nishtala (2015), o tempo necessário para existência da polifarmácia, é a utilização de cinco ou mais medicamentos, por mais de 90 dias.

Há definições apenas descritivas para a polifarmácia, como pacientes que precisam ir em diferentes farmácias para conseguir obter os medicamentos, ou ainda, a utilização de diferentes medicamentos para corrigir ou tratar efeitos adversos oriundos da terapia farmacológica (MEDEIROS-SOUZA et al., 2007; GILLETE et al., 2015; KHEZRIAN et al., 2020).

Um conceito alternativo para polifarmácia é o uso de mais medicamentos do que considerados necessários pela terapia, ou seja, aqueles medicamentos não indicados, ineficazes ou que configurem duplicidade terapêutica (TJIA et al., 2013; MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014; KHEZRIAN et al., 2020).

2.1.1 Prevalência da polifarmácia

Estudos descritos em literatura apontam que a prevalência da polifarmácia é representada por um percentual que varia entre 10 a 90%, de acordo com alguns critérios que envolvem a definição aplicada, a faixa etária, condições de saúde e a localização geográfica onde o trabalho foi realizado (KHEZRIAN et al., 2020).

Uma análise, realizada nos Estados Unidos, referente à prescrição de medicamentos revelou que a taxa de polifarmácia teve um aumento de 6,3% para 10,7%, entre os anos de 1999

e 2000, a 2007 e 2008 na população, de forma geral (GU; DILLON; BURT, 2010; KHEZRIAN et al., 2020).

A base de dados do *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe* (SHARE), quando analisada, evidenciou que a prevalência da polifarmácia, quando definida como uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, estava entre 26,3% e 39,9% em 17 países da Europa e Israel (MIDÃO et al., 2018; KHEZRIAN et al., 2020).

Um Projeto financiado pela União Europeia, o *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly* (SIMPATY), que tem o objetivo de gerenciar a polifarmácia até o ano de 2030, detectou que 20% dos idosos entre 70 e 74 anos utilizam no total, 10 ou mais medicamentos, e que isso é mais comum entre a população mais carente (MAIR et al., 2017; KHEZRIAN et al., 2020).

Em um pronto socorro, de um hospital geriátrico na Itália, dos 2057 participantes (com idade média de 81,7 anos), foi demonstrado que 17,8% foi classificado como paciente polimedicado (SALVI et al., 2017; KHEZRIAN et al., 2020). Já no Reino Unido, o aumento no número de medicamentos prescritos está relacionado com a taxa de envelhecimento da população (KHEZRIAN et al., 2020).

Uma pesquisa realizada no estado do Acre, na cidade de Rio Branco, com 1.016 pessoas, com faixa etária acima de 60 anos, revelou que a prevalência da polifarmácia é de 14,9% %, para idosos que utilizavam cinco ou mais medicamentos de forma contínua (REZENDE et al., 2021).

Um estudo da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), avaliou a polifarmácia em pessoas acima de 60 anos, e detectou prevalência em 60% dos idosos com quatro ou mais doenças associadas (RAMOS et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2021).

Na Escócia, na região de Tayside, a análise de um banco de dados populacional de 310.000 adultos, revelou que a proporção de adultos que utilizam cinco ou mais medicamentos dobrou para 20,8% e aqueles que usam a partir de 10 ou mais, triplicou para 5,8% entre os anos de 1995 e 2010 (GUTHRIE et al., 2015; KHEZRIAN et al., 2020).

Também na Escócia, outro estudo que analisou os registros eletrônicos de cuidados primários de saúde, mostrou que 16,9% dos adultos estavam utilizando de 4 a 9 medicamentos concomitantemente (PAYNE et al., 2014; KHEZRIAN et al., 2020). Na Suíça, foi relatada uma prevalência para polifarmácia de 11,8%, com o uso de cinco ou mais medicamentos, com diferentes princípios ativos, para uma população de 4.938 indivíduos, com faixa etária entre 40 e 81 anos (CASTIONI et al., 2017; KHEZRIAN et al., 2020).

Um trabalho realizado no estado do Mato Grosso do Sul, na cidade de Três Lagoas, entre indivíduos com 45 anos ou mais, com um total de 147 adultos e 153 idosos, detectou uma prevalência para polifarmácia de 10,2% entre os indivíduos adultos (considerados até 59 anos), e 17% para os idosos (ANDRADE et al., 2020).

Outro estudo, com objetivo de avaliar a prevalência e fatores associados da polifarmácia entre indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, no estado do Rio Grande do Sul, mostrou que a prevalência para adultos (até 59 anos), foi de 8% e para idosos, 33% (SIMONETTI et al., 2021).

Embora variável entre diferentes países e contextos, o percentual e a prevalência da polifarmácia apresentam um perfil crescente, entre indivíduos adultos e idosos, a partir da taxa de envelhecimento populacional e a disponibilidade de uma pluralidade de opções terapêuticas (KHEZRIAN et al., 2020).

2.1.2 Fatores de risco para a polifarmácia

A população global está em um processo de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e a presença de um maior número de indivíduos idosos, assim como com o crescimento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em adultos e idosos (PEREIRA et al., 2017; WHO, 2019; ANDRADE et al., 2020).

Pesquisas apontam que, mundialmente, o número de idosos irá aumentar mais que o dobro, com estimativas para ultrapassar o percentual de 8%, em 2010, e alcançar o de 16%, em 2050 (WHO, 2011; WHO, 2019). No Brasil, para o ano de 2039, projeta-se que o público idoso atingirá a marca de 24%, e ultrapassará o número de jovens (IBGE, 2011; REZENDE et al., 2021).

O envelhecimento populacional, a redução da mortalidade por causas infecciosas e transmissíveis, e o consequente aumento das DCNT, são fatores que tornam o regime terapêutico mais complexo, e ampliam a necessidade da utilização de múltiplos medicamentos, com o surgimento da polifarmácia (WHO, 2019; ANDRADE et al., 2020).

Outra condição associada à presença da polifarmácia é a existência de múltiplas morbidades (MENDITTO et al., 2020). A multimorbidade como também é conhecida, é definida como a presença de duas ou mais condições de saúde de longo prazo, que pode envolver questões físicas, mentais, deficiência sensorial, e uso indevido de álcool e outras substâncias (WHO, 2019).

A utilização de muitos medicamentos, de forma concomitante, é cada vez mais comum e é uma condição multifatorial (NASCIMENTO et al., 2017). O aumento no número de

prescrições realizadas pelos médicos sofre uma influência direta do marketing realizado pela indústria farmacêutica e pela cultura do mercado farmacêutico, com consequente amplificação dos fármacos disponíveis, e de guias que recomendam as associações medicamentosas para diferentes condições, o que estimula a prática da polifarmácia (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016; MACOVICK-PECOVICK et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2017; SILVEIRA; SILVA; ROCHA, 2018; ANDRADE et al., 2020).

Outros fatores, estão relacionados com a prescrição de tratamentos farmacológicos não baseados em evidências, adoção de associações farmacológicas com interações medicamentosas potencialmente graves, consultas com diferentes médicos e diferentes prescrições simultâneas, sem a conciliação terapêutica, autoavaliação da saúde como regular ou ruim, e a automedicação (HEPPNER et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2017; ROMANO-LIEBER et al., 2018).

A falta, ou o pouco conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos pode fazer com que estes sejam associados a uma condição clínica, e, portanto, resultar na prescrição de medicamentos para tratar efeitos secundários de outros fármacos, facilitando a ocorrência da polifarmácia, e a cascata da prescrição, como é conhecida tal situação (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY BEERS CRITERIA, 2019; OLIVEIRA et al., 2021).

Assim, os fatores de risco associados à polifarmácia podem ocorrer devido a questões relacionadas com os pacientes, como a presença de um declínio cognitivo e de desenvolvimento, fragilidade, condições de saúde mental; e também, questões a nível de sistema de saúde, que envolvem a baixa atualização e manutenção do prontuário médico, prescrições para atender as métricas de qualidade específicas da doença, e a utilização da renovação da receita com o uso de sistemas de recarga automatizados (HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019).

2.1.3 Atenção Primária à Saúde e polimedicação

A literatura destaca que ainda são poucos os estudos de base que avaliaram a polifarmácia na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS), e em sistemas públicos de saúde, quando comparado a outros níveis de atenção (WHO, 2008; NASCIMENTO et al., 2017; MOREIRA et al., 2020). No entanto, a polifarmácia é uma realidade presente na vida dos usuários atendidos na APS (NASCIMENTO et al., 2017).

Há, portanto, lacunas no conhecimento sobre essa condição, na APS, que precisam ser preenchidas para o real estabelecimento da compreensão dos desafios existentes, e assim, a prestação de um cuidado de qualidade para os pacientes, já que o monitoramento da

polifarmácia é uma prática da atenção primária (RYAN et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2017; ARAÚJO et al., 2019; MOREIRA et al., 2020).

Um estudo realizado nas cinco regiões do Brasil, em 272 municípios, entrevistou 8.803 usuários de diferentes Unidades de Saúde da Família (USF), e identificou a polifarmácia com uma prevalência de 9,4%, resultado que foi semelhante à da atenção primária na Alemanha (10%), e inferior à da Escócia (20,8%) (GRIMMSMANN; HIMMEL, 2009; GUTHRIE et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017).

Tal estudo, ainda evidenciou a associação entre a faixa etária de 45 a 64 anos e a presença da polifarmácia (NASCIMENTO et al., 2017). Contudo, são escassas as pesquisas que avaliam a correlação entre a polifarmácia, a população geral, com idade inferior a 60 anos, e atenção primária (GRIMMSMANN; HIMMEL, 2009; MIRA et al., 2013; GUTHRIE et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2017; ANDRADE et al., 2020). Esses dados precisam ser melhor compreendidos para embasar o planejamento de estratégias e qualificar o cuidado (NASCIMENTO et al., 2017).

No município de Tejuçuoca, no Ceará, foi realizado um trabalho com 165 idosos, cujo objetivo foi caracterizar o uso dos medicamentos em uma USF, e os achados com relação a quantidade de diferentes tipos de medicamentos permitiram confirmar a presença de polifarmácia entre os participantes (BEZERRA et al., 2016).

Já em um estudo realizado com 227 idosos atendidos em duas USF, do estado de Minas Gerais, a polifarmácia foi encontrada para 57,7% dos participantes e a polifarmácia excessiva para 4,8% dos usuários, o que permitiu identificar que a frequência da polifarmácia, entre idosos da atenção primária, foi elevada, e que estava associada com a idade de até 70 anos, e a presença de mais que três comorbidades (OLIVEIRA et al., 2021).

O estudo destaca que a polifarmácia é frequente entre os idosos das USF, e aponta que poucos são os trabalhos encontrados na literatura sobre a avaliação da prevalência da polifarmácia e da polifarmácia excessiva, e os fatores associados no público idoso, na Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA et al., 2021).

Uma pesquisa desenvolvida no estado do Mato Grosso do Sul, com 16 idosos de uma USF, teve como objetivo identificar a associação entre polifarmácia e o índice de complexidade farmacoterapêutico elevado, e obteve como resultado a correlação positiva e significativa entre ambos (FREITAS; ALVARENGA, 2020).

No estado de São Paulo, um estudo foi realizado com 14 idosos que frequentavam a USF, para compreender as experiências desse público sobre a polifarmácia e seu significado, e sistematizou as opiniões em três categorias temáticas diferentes: a primeira fez menção a

importância da utilização dos medicamentos para manutenção da vida; a segunda trouxe o inconformismo com a necessidade de tomar tantos medicamentos ao mesmo tempo e a associação com a velhice; e a terceira demonstrou a confiança dos usuários no profissional médico, como detentor exclusivo do saber sobre medicamentos (SILVA et al., 2019).

Silva et al. (2019), destacam ainda que os estudos do tipo qualitativo, que buscam e permitem compreender as variáveis subjetivas envolvidas na utilização de muitos medicamentos, ao mesmo tempo, pelos idosos, no cenário da Atenção Primária à Saúde, é algo escasso e restrito.

Um trabalho desenvolvido com usuários hipertensos e diabéticos acima de 18 anos, em uma USF do estado de Minas Gerais, teve como meta caracterizar e determinar a prevalência da polimedicação em doentes crônicos, e os resultados demonstraram a prevalência do uso de drogas, Medicamentos Potencialmente Inapropriados e da polifarmácia, em que 37,6% dos usuários foram expostos à polimedicação (ARAÚJO et al., 2019).

A Polifarmácia é uma prática complexa e que, portanto, deve ser estudada a fim de aprofundar o conhecimento sobre a relação existente entre o uso de vários medicamentos, de forma simultânea, com o âmbito da atenção primária, no Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAÚJO et al., 2019).

2.1.4 Riscos associados à polifarmácia

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS), destacou a polifarmácia como uma das áreas prioritárias do terceiro desafio Global de Segurança do Paciente, cujo objetivo foi reduzir o nível de danos graves e evitáveis, relacionados a medicamentos em 50% no tempo de 5 anos, globalmente (POULTER; LACKLAND, 2017; ARAÚJO et al., 2019). Assim, a polifarmácia é considerada como um dos principais problemas de segurança do paciente, e, portanto, é configurada como um significativo desafio de saúde pública (DONALDSON et al., 2017; ARAÚJO et al., 2019; WHO, 2019).

No entanto, há quadros em que a utilização de múltiplos medicamentos, ao mesmo tempo, é necessária, como para a prevenção secundária do infarto do miocárdio, ou, para pacientes com condições complexas e crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes *mellitus* (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013; HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019; WHO, 2019).

Porém, é observado que há uma proporcionalidade direta entre o impacto negativo na qualidade de vida e o número de medicamentos que são utilizados por um indivíduo, diariamente, e esse percentual varia de 13% com a utilização de dois medicamentos, para 58%

quando a quantidade aumenta para 5, e pode chegar a 82% quando o paciente utiliza sete ou mais medicamentos (SECOLI, 2010; RODRIGUES, D et al., 2021).

O uso de polifarmácia proporciona certos riscos ao paciente, como o aumento nas chances do surgimento de interações entre medicamentos, e medicamentos-alimentos, presença de reações adversas, aumento na incidência de internações hospitalares e mortalidade dos pacientes, principalmente, sob o público idoso que tem em associação o processo natural de envelhecimento, com as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas, (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014; REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016; ROMERO et al., 2018; BATISTA et al., 2020; REZENDE et al., 2020). Além do crescimento dos custos para o sistema de saúde (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014; REZENDE et al., 2020).

Tais Reações Adversas à Medicamentos são conceituadas pela OMS como qualquer efeito indesejado, ou que traga algum tipo de prejuízo, surgindo após a administração de algum medicamento, em uma dosagem padrão, normalmente utilizada, para a finalidade de profilaxia, diagnóstico ou tratamento (OPAS, 2015; BATISTA et al., 2020).

Um estudo aponta que, quando mal gerenciada, a polifarmácia tem o potencial de representar 4% do total dos custos evitáveis no mundo, devido ao uso incorreto de medicamentos, e um total de 18 bilhões de US\$, 03%, do gasto total em saúde poderia ser poupado, simplesmente com a presença da polifarmácia adequada (AITKEN; GOROKHOVICH, 2012; WHO, 2019).

Uma pesquisa evidenciou a relação entre a polifarmácia, o maior risco de utilização de medicamentos potencialmente inapropriados e o aumento no número de consultas ambulatoriais e hospitalizações, com aumento de 30% nos custos de saúde (AKAZAWA et al., 2010; MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014; REZENDE et al., 2020).

Uma outra consequência da utilização da polifarmácia é a não adesão ao tratamento medicamentoso, o que estaria relacionado com o número de medicamentos e com a complexidade do regime terapêutico (VETRANO et al., 2017; TAN et al., 2019; FREITAS; ALVARENGA, 2020). A não adesão ao tratamento é um problema crescente que afeta os pacientes e o sistema de saúde, e compromete a eficácia do plano terapêutico (SOUZA et al., 2011; CURTIS et al., 2017; PRADOS-TORRES; CURA-GONZÁLEZ, 2017; FREITAS; ALVARENGA, 2020; LOZANO-HERNÁNDEZ et al., 2020).

Um estudo desenvolvido no estado da Paraíba, com idosos identificou que entre o público, 30% era polimedicado, e estabeleceu uma associação entre a presença da polifarmácia e a não adesão ao tratamento medicamentoso, pois em 66,67% dos indivíduos que utilizavam

muitos medicamentos, foi verificada a presença da baixa adesão, e, portanto, constatou-se que na amostra houve interferência da polifarmácia sob a adesão (SILVA et al., 2021).

2.2 Adesão

Na literatura, há uma diversidade de definições empregadas para definir o processo que envolve o seguimento do tratamento prescrito (MENDITTO et al., 2020). Os termos adesão e *compliance* comumente são utilizados com o mesmo sentido, no entanto ambos apresentam particularidades que os diferenciam enquanto conceito e aceitação (MENDITTO et al., 2020).

A concepção que envolve o paciente ter e desenvolver um comportamento baseado nas recomendações do profissional prescritor é referente à *compliance*, e caracteriza o paciente como um ser passivo, e sem envolvimento no seu próprio processo de cuidado (HORNE et al., 2005; VRIJENS et al., 2012; MENDITTO et al., 2020).

O estabelecimento de uma interação entre profissional e paciente, na qual ambos chegam a um consenso, mesmo com pontos de vista divergentes, sobre decisões terapêuticas, e que vai da comunicação da prescrição até a prestação de apoio ao paciente na tomada dos medicamentos, é definida como *concordance* (HORNE et al., 2005; CRAMER et al., 2008; ANDRZEJCZYK et al., 2012; HUGTENBURG et al., 2013; MENDITTO et al., 2020). Já a *persistense* é o intervalo existente entre a primeira e última dose do medicamento prescrita (CRAMER et al., 2008; ANDRZEJCZYK et al., 2012; HUGTENBURG et al., 2013; MENDITTO et al., 2020).

A adesão corresponde à medida em que o comportamento do paciente condiz com as recomendações acordadas com o prescritor, a partir de uma relação mútua e dinâmica, e destaca a autonomia que o paciente deve possuir para escolher entre seguir, ou não, o que foi recomendado sem que o profissional assuma uma postura de julgamento ou de punição, caso não haja o cumprimento do que foi pactuado (HORNE et al., 2005; MENDITTO et al., 2020).

De acordo com a OMS, a adesão ao tratamento é a medida com que o comportamento de uma pessoa, ao tomar medicamentos, mudar os hábitos de vida, seguir uma dieta, confere com as recomendações de um profissional de saúde, e envolve, assim, um conjunto de fatores individuais, socioeconômicos, relacionados ao sistema de saúde, ao próprio tratamento e a doença (WHO, 2003; ARAUJO et al., 2017).

Desta forma, o ato de aderir não é exclusivamente dependente da vontade do indivíduo, mas envolve também questões referentes ao âmbito social, como a acessibilidade à boas condições de vida e de trabalho, e ultrapassa as questões apenas de cunho biológico (ORLANDI et al., 2019).

A não adesão ao tratamento, é considerada um problema de saúde que afeta tanto os pacientes quanto o sistema de saúde, e ocorre quando há alterações no que foi acordado entre o paciente e o profissional de saúde, a partir da subutilização, do uso em excesso ou do uso incorreto dos medicamentos (WROE, 2002; CURTIS et al., 2017; PRADOS-TORRES; CURA-GONZÁLEZ, 2017; CROSS et al., 2020; LOZANO-HERNÁNDEZ et al., 2020).

A não adesão pode ocorrer de forma não intencional, a partir de fatores como: a complexidade do regime terapêutico e a sua não compreensão, esquecimento e problemas físicos; ou pode ser intencional, quando o indivíduo decide, por conta própria, realizar o tratamento de forma diferente daquela que foi prescrita (WROE, 2002; CROSS et al., 2020). A OMS estipula que, aderente é aquele que toma, por um determinado período de tempo, 80% a 120% os medicamentos prescritos (WHO, 2003; CROSS et al., 2020).

2.2.1 Formas de avaliar a ocorrência da adesão

Existem diferentes formas e instrumentos de avaliar a adesão ao tratamento descritos na literatura, contudo não há um entendimento sobre qual é o padrão ouro (NOGUEIRA, 2012; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014; LEMSTRA; ALSABBAGH, 2014; AQUINO et al., 2017; KINI; HO, 2018). Entre os métodos, estes podem ser classificados como diretos ou indiretos (AQUINO et al., 2017).

Como métodos diretos, destacam-se a dosagem sérica do fármaco e a taxa de excreção de metabólitos ativos, a fim de determinar se a forma e a quantidade que o medicamento foi administrado, e conseqüentemente, o percentual da substância na circulação, é adequada e suficiente para obtenção do objetivo terapêutico almejado (NOGUEIRA, 2012; ARAUJO et al., 2017). Relata-se, também, o monitoramento eletrônico de doses como forma de acompanhamento da adesão, já que permite estabelecer o quantitativo de doses administradas e os seus respectivos horários (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008; NOGUEIRA, 2012, KINI; HO, 2018).

Os monitores eletrônicos detectam e registram a abertura de frascos e caixas de medicamentos e comprimidos, como forma de mensurar a adesão, a partir da identificação de pacientes que não são aderentes ao tratamento (KINI; HO, 2018). Estudos revelam que tais dispositivos são precisos, e que há uma associação positiva, de moderada a forte, entre a adesão monitorada eletronicamente e a melhora em marcadores clínicos, mas que o custo dos aparelhos e a integração dos dados de adesão, ao atendimento clínico, são barreiras à sua utilização (ARNSTEN et al., 2001; LIU et al., 2001; DE BLESER et al., 2010; KINI; HO, 2018; MC GRADY et al., 2018).

Já os métodos indiretos envolvem a utilização de questionários de escalas de adesão, contagem direta de medicamentos, aferição de parâmetros associados à terapia, registros de dispensação constantes da farmácia, autorrelato do paciente, avaliação médica e resposta clínica (BASTOS-BARBOSA et al., 2012; NOGUEIRA, 2012; ARAUJO et al., 2017).

Um estudo, que teve como objetivo promover a adesão ao tratamento de indivíduos hipertensos e analfabetos, através de atividades lúdicas, avaliou a aderência do paciente ao tratamento medicamentoso anti hipertensivo, a partir da aferição da pressão arterial, e dos níveis pressóricos, exclusivamente (CASTRO, 2011; BASTOS-BARBOSA et al., 2012; ARAUJO et al., 2017).

A mensuração da adesão, a partir dos dados obtidos através das farmácias, corresponde, em nível moderado, à realizada a partir dos dispositivos eletrônicos (KINI; HO, 2018). Entretanto, tal modo não é tão específico quando comparado em termos de resultados clínicos, já que pode não refletir os medicamentos que, de fato, foram ingeridos (KINI; HO, 2018). Um dos fatores que facilitam esse método é a possibilidade de vinculação dos prontuários dos pacientes, pelos sistemas de saúde, às farmácias (KINO; HO, 2018).

Com relação ao autorrelato do paciente, é uma forma prática, de baixo custo, passível de ser incorporada ao fluxo de trabalho, e preditiva de desfechos clínicos (KINI; HO, 2018). Mesmo com uma correlação moderada com parâmetros objetivos, a adesão avaliada pelo autorrelato pode inclinar-se a superestimar a adesão (KINI; HO, 2018).

Quanto aos questionários, existem uma diversidade de tipos empregados entre os estudos que avaliam a adesão. O *Adherence to Refills and Medication Scale* (ARMS), aborda tópicos sobre a possibilidade de esquecimento, a preocupação do indivíduo em comprar os medicamentos e reabastece-los; e é formulado em 12 itens, com escala de Likert de 4 pontos: nunca, às vezes, frequentemente e sempre (KRIPALANI et al., 2009; ANDRZEJEVSKI et al., 2021). E o resultado é a soma das respostas, que varia de 12 a 48, com a não adesão caracterizada a partir de um número superior à 21 pontos (ANDRZEJEVSKI et al., 2021).

O Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), possui sete questões com seis opções de resposta para cada pergunta, que vão de nunca a sempre, a partir da escala de Likert; e o indivíduo pode ser considerado aderente quando apresenta uma pontuação superior à 34, e não aderente quando o total é igual ou inferior à 34 (ARRUDA et al., 2015). O número de cada pergunta corresponde ao seu valor (ARRUDA et al., 2015).

O questionário *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BaMQ), avalia as crenças do paciente sobre os medicamentos e as doenças, assim como a natureza de tais crenças, sua distribuição entre diferentes populações e a sua relação com o comportamento frente a

aderência (ARAUJO et al., 2017; ANDRZEJEVSKI et al., 2021). O resultado é dado através da divisão do escore da necessidade pelo escore de preocupações, e a melhor adesão ocorre quando se tem o maior valor da necessidade *versus* o de preocupações (ANDRZEJEVSKI et al., 2021).

O teste de Morisky e Green (TMG), é composto por uma escala psicométrica com 4 perguntas, que visam avaliar o comportamento do indivíduo frente a utilização de medicamentos, no qual, a cada resposta positiva o paciente é considerado como não aderente (NOGUEIRA, 2012; ARAUJO et al., 2017; KASPER et al., 2018). Se 1 a 2 perguntas são positivas, o indivíduo contém adesão moderada, caso todas sejam positivas, é não aderente (NOGUEIRA, 2012; ARAUJO et al., 2017).

Outro instrumento bastante utilizado é o *Brief Medication Questionnaire* (BQM), que possibilita a identificação de dificuldades que servem como barreiras para a adesão, a partir das crenças dos pacientes, do regime terapêutico e da capacidade de recordação de seguir e tomar os medicamentos como prescritos (KASPER et al., 2018). Cada domínio apresenta uma pontuação, e a baixa adesão ocorre quando há 3 ou mais respostas positivas (MANTOVANI et al., 2015; KASPER et al., 2018).

2.2.2 Consequências relacionadas à falta de adesão

A adesão aos medicamentos é um dos fatores de destaque, e que assume um papel relevante dentro do sistema de saúde, já que a não adesão está relacionada com problemas e desfechos negativos, direcionados tanto aos pacientes quanto aos serviços de saúde (OSTERBERG, 2005; MENDITTO et al., 2020).

O percentual de não adesão ao tratamento medicamentoso varia de 40% a 60%, na população geral (HIGGINS; REGAN, 2004; ARRUDA et al., 2015). Esse índice, que é considerado alto, é um sinal de alerta, pois a falta de adesão está associada a alterações na resposta clínica, aumento no número de exames, objetivos terapêuticos não alcançados, diminuição da eficácia dos medicamentos, complicações de quadros clínicos, surgimento de novas patologias, comprometimento da qualidade de vida e aumento no número de hospitalizações e mortalidade (GURWITZ et al., 2003; WHO, 2003; GASCÓN et al., 2004; GELLAD; GREINARD; MARCUM, 2011; VIEIRA; CASSIANI, 2014; ARRUDA et al., 2015; ARAUJO et al., 2017; CROSS et al., 2020).

A baixa adesão é um agravante, quando somada aos desafios, já existentes, para promover e garantir as medidas de saúde, principalmente, para as populações mais pobres, visto

que, influencia diretamente a subutilização e perdas de recursos já considerados limitados (WHO, 2003; AQUINO et al., 2017).

Entre indivíduos adultos, portadores de doenças crônicas, cerca de 30% a 50% não faz utilização dos medicamentos como prescritos BRIESACHER et al., 2008; NADERI; BESTWICK; WALD, 2012; KINI; HO, 2018; MENDITTO et al., 2020). Essa prevalência acontece, majoritariamente, em países que estão em desenvolvimento, já que há uma limitação com relação aos recursos disponíveis, e há desigualdade no acesso aos cuidados de saúde; e entre idosos polimedicados (BUSSE et al., 2010; MENDITTO et al., 2020).

Nos estados unidos (EUA), a baixa adesão está atrelada ao aumento na morbidade e mortalidade, o que pode representar cerca de 125.000 mil mortes e o índice de 10% das hospitalizações, por ano (WHO, 2003; CHISHOLM-BURNS; SPIVEY, 2012; IUGA; MCGUIRE, 2014; KINI; HO, 2018). Estima-se que são gastos 100 bilhões de dólares, anualmente nos EUA, em serviços de saúde, que estão diretamente relacionados à falta de adesão aos medicamentos, o que envolve sucessivas hospitalizações e intervenções médicas (SENST et al., 2001; HO et al., 2008; KINI; HO, 2018).

Uma análise realizada pelo *Institute for Health Care Informatics* (IMS), avaliou o impacto econômico do uso inapropriado de medicamentos em 186 países diferentes, e identificou que a questão de maior custo foi a não adesão ao tratamento medicamentoso, que representou 50% do valor total (MENDITTO et al., 2020). A OMS avalia que, o custo da não adesão, na Europa, chega a cerca de 125 milhões de euros, por ano, e inclui valores referentes a hospitalizações evitáveis, internações em lares de idosos e mortes prematuras (MENDITTO et al., 2020).

A hospitalização é o processo que representa o maior componente dos custos médicos, e, portanto, é comum que as mudanças no risco de hospitalização sejam as principais fomentadoras para garantir a economia de custos, que é observada quando há níveis elevados de adesão (MENDITTO et al., 2020).

Ao longo de 15 anos, diferentes estudos foram realizados com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, no entanto a taxa de não adesão à medicação não sofreu uma variação significativa, característica de uma melhora (OSTERBERG, 2005; BRIESACHER et al., 2008; NADERI; BESTWICK; WALD, 2012; KINI; HO, 2018). São necessárias, portanto, intervenções eficazes que reduzam a não adesão aos medicamentos e os custos de saúde evitáveis (CROSS et al., 2020).

2.2.3 Promoção da adesão

A literatura traz evidências que sugerem a existência de estratégias funcionais, que podem ser aplicadas pelos profissionais de saúde e pelo sistema de saúde, para identificar pacientes não aderentes e estimular uma melhora na adesão ao tratamento medicamentoso (KINI; HO, 2018).

Há diferentes tipos de intervenções aplicáveis, e a escolha de qual será posta em prática irá depender da disponibilidade e viabilidade dentro de um determinado contexto, e sistema de saúde (KINI; HO, 2018). A comunicação entre profissional e paciente também é fundamental para identificação das barreiras de adesão e a tomada de decisões compartilhadas, para seleção da intervenção mais assertiva (KINI; HO, 2018).

Já que, os fatores que influenciam, e são limitantes, para que o indivíduo não apresente adesão aos medicamentos, e os administre incorretamente, são variáveis e específicos para cada paciente (CROSS et al., 2020). E isso pode estar atrelado aos resultados encontrados, por diferentes estudos, que demonstram que é difícil promover uma melhora consistente na adesão à farmacoterapia (CROSS et al., 2020).

A partir do momento que a falta de adesão é identificada, os profissionais podem optar pela utilização de um ou mais métodos intervencionistas, em combinação (KINI; HO, 2018; CROSS et al., 2020). O fornecimento de informações e a realização de educação em saúde, o apoio à mudança de comportamento, a simplificação do regime terapêutico, e a utilização de atividades lúdicas e direcionadas, são alguns exemplos (CASTRO, 2011; KINI; HO, 2018).

As estratégias podem ser agrupadas em classes: comportamentais ou educacionais, realizadas de forma isolada ou em associação, caracterizadas como simples ou complexas (GEORGE; ELLIOTT; STEWART, 2008). As intervenções comportamentais envolvem: utilização de alarmes, calendários, listas de medicamentos, mudanças de embalagens com etiquetas de impressão grandes, caixas organizadoras de medicamentos, lembretes por telefone ou mensagens, monitoramento da adesão, com ou sem feedback, simplificação do regime terapêutico e acompanhamento, seja a partir de visitas domiciliares ou consultas (GEORGE; ELLIOTT; STEWART, 2008; CROSS et al., 2020).

O gerenciamento do regime de medicamentos, que pode acontecer baseado na utilização de diferentes fármacos, combinados em único medicamento, com a diminuição na carga de comprimidos por dia, quando possível, e a maximização da dose de um medicamento, antes de iniciar outro, é uma das táticas empregadas para facilitar o regime terapêutico, e consequentemente, melhorar a adesão ao tratamento (THOM et al., 2013; CASTELLANO et al., 2014; KINI; HO, 2018).

Intervenções do tipo comportamentais cognitivas, a exemplo, entrevistas, estratégias de autogestão e educação comportamental planejada, podem promover um aumento e uma melhora na adesão aos medicamentos (KINI; HO, 2018). Os lembretes para tomada dos medicamentos, como mensagens de texto, monitores eletrônicos de medicamentos e telefonemas, também são uma das ferramentas utilizadas no combate à baixa adesão (KINI; HO, 2018; CROSS et al., 2020). As mensagens de texto são mais eficazes quando apresentam maior interatividade, e os monitores eletrônicos, por sua vez, necessitam do apoio dos profissionais para melhor desempenho (KINI; HO, 2018).

O cuidado farmacêutico, assim como a atuação do farmacêutico, pode melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, a partir da prática do co-gerenciamento (KINI; HO, 2018). Uma das causas que podem estar associadas à baixa adesão e à resultados terapêuticos negativos, é o desconhecimento dos pacientes sobre os medicamentos, de forma que o aconselhamento farmacêutico é essencial para promover o empoderamento dos pacientes e melhorar resultados relacionados à farmacoterapia (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

Um estudo realizado na cidade de São Paulo verificou que, dentre os problemas relacionados à farmacoterapia, identificados na consulta farmacêutica, o mais comum foi a não adesão ao tratamento medicamentoso, e, portanto, a intervenção farmacêutica mais realizada foi o aconselhamento sobre a farmacoterapia, que contribuiu para melhora dos resultados terapêuticos entre os pacientes (SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

Já com relação as práticas educativas, podem ocorrer de forma individual, através de meios verbais, audiovisuais, visual, escrita, por telefone, ou correio; e coletivamente, a partir do apoio de familiares e grupos conduzidos por profissionais, realizados nos serviços de saúde (GEORGE; ELLIOTT; STEWART, 2008; CROSS et al., 2020). Intervenções educativas quando realizadas de forma personalizada, e de forma sucessiva, representam uma abordagem de sucesso na potencialização da adesão (KINI; HO, 2018).

A má adesão ao tratamento medicamentoso é uma condição complexa, que envolve questões correlacionadas ao paciente, aos profissionais e ao sistema de saúde (KINI; HO, 2018). Portanto, é crucial o estabelecimento de estratégias que estimulem os pacientes e potencializem a adesão (DANIEL; VEIGA; 2013; FREITAS; ALVARENGA, 2020). O ideal seria que todas as intervenções ocorressem de forma associada, contudo isso envolve esforços e investimentos por parte dos formuladores de políticas, sistema de saúde e profissionais da área (KINI; HO, 2018).

2.3 Educação em saúde

O conceito, a forma de pensar e de fazer educação em saúde acompanhou o processo de transformação do modelo de atenção à saúde ao decorrer dos anos (MACIEL, 2009; FERREIRA, 2019). Inicialmente, o indivíduo era considerado o único responsável pela sua condição de saúde, e não havia uma percepção sobre aspectos relacionados à fatores sociais, psicológicos e espirituais, já que as ações educativas estavam de acordo com o modelo biomédico, focado apenas no problema pontual (MACIEL, 2009; FERREIRA, 2019).

Esse modelo de educação em saúde foi definido por Da Ros (2000), como educação culpabilizadora, e contemplava ações, exclusivamente, curativas e reabilitadoras, sem envolver práticas de prevenção e de promoção da saúde, cujo foco era a questão biológica; e os demais condicionantes, como moradia, acesso à educação, condição de trabalho e acesso à serviços de saúde, não eram considerados (BESEN et al., 2007; SEVALHO, 2018; FERREIRA, 2019).

Assim, o modelo culpabilizante dava margens para o profissional de saúde ditar a forma como os indivíduos deveriam agir e se comportar, em nome de um interesse maior da coletividade, uma vez que, o mesmo pensava ter uma autoridade sanitária, na qual, ele era o único detentor dos conhecimentos acerca da saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; BESEN et al., 2007; SEVALHO, 2018).

Com a década de 1940, tais ações punitivas e culpabilizantes são transferidas do indivíduo para o coletivo, que seria, mais uma vez, o único responsável pelo seu adoecimento e pelas medidas que trariam sua melhora (ALVES, 2005; SEVALHO, 2018; FERREIRA, 2019). Em 1970, surgem críticas ao modelo educativo verticalizado e autoritário, a partir da pedagogia proposta por Paulo Freire (ALVES, 2005; SEVALHO, 2018; FERREIRA, 2019).

A educação, de acordo com Paulo Freire, tem o papel de empoderar o indivíduo, a partir da correlação da temática aplicada e da realidade vivenciada, com a consideração, por parte dos profissionais, das diversas características, dos saberes prévios, dos costumes e valores que representam o educando, para assim integrar os conhecimentos científicos com a dinâmica do usuário e alcançar o objetivo traçado (FREIRE, 1996; PRADO, 2016; FERREIRA, 2019).

Tal conceito, cada vez mais, ganha espaço na área da saúde, devido a capacidade de envolver os indivíduos e levá-los a criar atitudes que resultam em uma mudança, de fato (FERREIRA, 2019). E, desta forma, a educação em saúde pode ser conceituada como um conjunto de ações que têm o objetivo de promover a construção do conhecimento de forma compartilhada, a fim de proporcionar mudanças que resultem em desfechos positivos e em uma melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2019).

De tal modo, a educação é uma prática libertadora, que ocorre de forma bilateral, e o mais horizontal possível, entre profissional e indivíduo, e assim, é denominada de educação crítico-reflexiva por Da Ros (2000) (BESEN et al., 2007). Portanto, a educação em saúde não se resume a uma transmissão de informações, mas destina-se a auxiliar o desenvolvimento da autonomia e participação ativa do indivíduo no seu processo de cuidado, a partir do seu empoderamento e da prática da corresponsabilização (FRADE, 2006; JUNQUEIRA; SANTOS, 2013; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; RODRIGUES et al., 2018).

A prática de educação em saúde, quando realizada de forma correta, é uma ferramenta que estabelece vínculo entre a ação realizada e o cotidiano no qual se insere, e é capaz de estimular os indivíduos e o coletivo a buscar informações, para que reflitam e tomem decisões conscientes sobre o objeto de estudo, o que contribui para promoção da saúde dos mesmos (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011; RODRIGUES et al., 2018).

Há uma base conceitual direta entre educação em saúde e promoção da saúde, à qual, por sua vez, é uma forma prática e conceitual de políticas públicas, que está relacionada com atividades que envolvem a participação direta de toda a população no contexto do seu cotidiano, e não apenas aqueles com probabilidades de adoecer, por meio da busca pelo aumento na qualidade de vida (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011; BARRETO et al., 2019).

O SUS visa garantir uma atenção em saúde integral, a partir de atividades de prevenção, promoção da saúde, recuperação e reabilitação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; AITH et al., 2014; BARRETO et al., 2019). Dentre os três níveis de atenção à saúde, a APS é reconhecida como espaço mais oportuno para a realização de tais ações (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; AITH et al., 2014; BARRETO et al., 2019).

Na atenção primária, a promoção da saúde ocorre através da execução da educação em saúde (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; BARRETO et al., 2019). Que é favorecida nesse meio, pela APS ser a porta de entrada do SUS, e consequentemente, promover uma ampla cobertura de agravos à saúde, e o estabelecimento do contato direto dos profissionais de saúde com a comunidade (BRASIL, 2017; BARRETO et al., 2019).

As práticas de educação em saúde colaboram para a presença de uma assistência integral, com perfil transformador, que permite que os indivíduos optem por escolhas mais saudáveis, de acordo com o seu entendimento e necessidade; e estimulam mudanças nos comportamentos de risco à saúde (DIAS; LOPES, 2013; BARRETO et al., 2019). Assim, é fundamental a prática da educação em saúde para a prevenção de agravos (CLARES et al., 2011; BEZERRA et al., 2016; BARRETO et al., 2019).

2.3.1 Métodos para promover a educação em saúde

Existem diferentes estratégias e recursos integrativos, que podem ser utilizados para promoção da educação em saúde, e a escolha de qual será aplicado vai depender do perfil e das características do público alvo (PAIVA et al., 2016; FERREIRA, 2019). A intervenção é considerada efetiva quando se almeja os resultados esperados; e para a educação em saúde, isto ocorre a partir da construção do conhecimento, de forma compartilhada, no qual o indivíduo tenha o seu nível de aprendizado aumentado, e sejam observadas mudanças em seu padrão comportamental, assim como uma melhora em sua qualidade de vida (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010; FERREIRA, 2019).

O ministério da saúde preconiza que os profissionais desenvolvam atividades educativas, que viabilizem e estimulem a integração e participação ativa do usuário, ao invés de empregar táticas verticalizadas e unidirecionais, como palestras, nas quais há apenas uma transmissão de informações (SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Tais atividades podem ocorrer tanto de forma individual, durante as consultas, visitas domiciliares e acompanhamento por telefone, quanto de forma coletiva, a partir da realização de salas de espera, grupos, oficinas e rodas de conversa, desde que seja priorizado a relação dinâmica com o usuário (DIAS; LOPES, 2013; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017; BARRETO et al., 2019; ALMEIDA et al., 2020).

O contato por telefone pode ser considerado uma forma de garantir a longitudinalidade do cuidado, já que é capaz de reforçar as práticas educativas de modo simples, rápido e prático, e com baixo custo, realizado a partir de um roteiro semiestruturado (MORGAN, 2013; TORRES et al., 2013; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Por ser uma ferramenta que permite uma aproximação, mesmo com a distância física, o telefone promove a criação e o fortalecimento de vínculos, o que facilita a compreensão e a escuta, por parte dos usuários, que se sentem acolhidos e motivados, principalmente na APS. (MORGAN, 2013; TORRES et al., 2013; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

As visitas domiciliares permitem que o profissional de saúde entre em contato direto com a realidade do usuário, e conheça o meio social no qual o mesmo está inserido, o que facilita a criação de laços, e a criação de estratégias de saúde personalizadas, e por isso é considerada uma estratégia de educação em saúde efetiva, que é sistematizada a partir da utilização de mapas de conversação (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011; MATSUMOTO et al., 2012; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Essa técnica é classificada como vantajosa por diminuir as barreiras de acesso aos serviços de saúde, como a distância entre a moradia e a unidade de atendimento, englobar pacientes acamados ou domiciliados, que não podem sair da residência por alguma limitação de saúde, e reduzir os custos de deslocamento para os usuários socioeconomicamente mais afetados (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011; MATSUMOTO et al., 2012; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Com relação a sala de espera, esse termo pode fazer referência ao espaço, no qual os usuários ficam enquanto aguardam o atendimento, na unidade de saúde, mas também, é um dos métodos coletivos para realização da educação em saúde (ALMEIDA et al., 2020). Portanto, é um espaço privilegiado que possibilita a interação entre profissional de saúde e usuário, com aproximação dos conhecimentos científicos e populares, inserção de novos conceitos e desmistificação de outros (LOPES; ALMEIDA, 2019; ALMEIDA et al., 2020).

Desta forma, as salas de espera viabilizam discussões sobre temas que estão presentes no cotidiano dos usuários; e assim, criam espaços que os permitem refletir e assumir posicionamentos críticos, sobre o impacto que estes têm sobre a qualidade de vida e os cuidados para preservação da saúde, de forma que todos tem participação ativa, e não apenas aqueles com risco de adoecimento (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011; LOPES; ALMEIDA, 2019).

Já as atividades lúdicas, são importantes ferramentas que podem ser utilizadas para efetivar as práticas de educação em saúde, pois propiciam o bem estar físico, psicológico e proporcionam momentos de interação interpessoal, além de melhor reflexão e compreensão do tema abordado (FLEÚRI, 2013; PINHEIRO; GOMES, 2014; OLIVEIRA et al., 2018).

E entre os recursos tecnológicos disponíveis para as ações educativas, inclui-se os artifícios audiovisuais, como vídeo, cartilha, panfleto, software, dinâmicas, jogos de computador, jogos de tabuleiro e jogos de cartas (SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017; FERREIRA, 2019). O *Podcast* é um destes recursos, e é um tipo de áudio, que funciona como mecanismo midiático para divulgação de informações, mas pode ser utilizado de diferentes formas no sistema de ensino-aprendizagem, com o envolvimento dos usuários no seu processo de produção e disseminação (PAULA; SOBRINHO, 2010; FREIRE, 2013; FERREIRA, 2019).

Outro tipo de intervenção educativa é a realização de grupos de saúde, que funcionam a partir de uma prática coletiva de problematização e discussão, que resulta em um processo de aprendizagem crescente; e podem ser voltados para prevenção, promoção da saúde e prestação de cuidados específicos (MENEZES; AVELINO, 2016; DIEL et al., 2019).

A dinâmica grupal favorece o convívio social e a ampliação do vínculo entre profissional e usuário, além de facilitar a interação entre indivíduos que se identificam, por

possuírem o mesmo objetivo (TORRES; HORTALE; SHALL, 2003; BRASIL, 2007; SILVA; COSTA; FIRMINO, 2008; MORENO et al., 2009; BORBA, 2012; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017; LIMA et al., 2020). Assim, a compreensão da doença é facilitada, e há maior abertura para que os usuários expressem suas dúvidas, como também recebam apoio e sugestões de indivíduos, que já passaram ou passam por situações semelhantes (TORRES; HORTALE; SHALL, 2003; SILVA; COSTA; FIRMINO, 2008; MORENO et al., 2009; BORBA, 2012; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Os grupos têm o intuito de facilitar a elaboração de novas percepções sobre os acontecimentos, com o estabelecimento de valores, e da promoção da cultura do respeito a outras crenças, por trabalhar, justamente, os aspectos no âmbito da coletividade (MENEZES; AVELINO, 2016; DIEL et al., 2019). E, portanto, suas vantagens enquadram a diminuição no número de consultas individuais, mudanças comportamentais, que envolvem atitudes que priorizam o autocuidado, e a estimulação do conhecimento, não só individual, mas de forma geral (TORRES; HORTALE; SHALL, 2003; SILVA; COSTA; FIRMINO, 2008; MORENO et al., 2009; BORBA, 2012; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

2.3.2 *Cuidado farmacêutico e educação em saúde*

O papel do farmacêutico dentro da sociedade é alvo de intensos debates, e já passou por diferentes modificações, que, inicialmente, sofreram a influência das mudanças históricas sob os processos produtivos, com o advento da industrialização farmacêutica e a perda da função do profissional dentro da farmácia (AGONESI; SEVALHO, 2010; FUNCHAL-WITZEL et al., 2011; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

O que afetou diretamente a educação farmacêutica, cujo currículo acadêmico foi moldado, de forma que, a construção do saber era autocentrada no medicamento (SATURNINO et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; NICOLETTI; ITO, 2018; RODRIGUES, J et al., 2021). Como resultado, o profissional adquiriu uma forma de atuação tecnicista, burocrática e voltada para a logística do medicamento, com um conhecimento multicompartimentado, distante da equipe multidisciplinar de saúde e do paciente (ARAUJO; FREITAS, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; NICOLETTI; ITO, 2018; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018; RODRIGUES, J et al., 2021).

Contudo, o perfil do farmacêutico começa a passar por mais uma alteração, quando, no século XX, surgem transformações em serviços e tecnologias em saúde, que levaram países como Estados Unidos, o continente Europeu e alguns países da América Latina, a repensarem

os serviços prestados aos usuários, pelo profissional, dentro da rede de saúde (FUNCHAL-WITZEL et al., 2011; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

Em soma, já durante o século XXI, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico fizeram com que fosse necessário aumentar a cobertura e a resolubilidade dos sistemas de saúde, e com isso também, repensar os perfis dos profissionais da área da saúde, principalmente do farmacêutico (WHO, 1994; BRASIL, 2014; CRUZ; QUEIROZ; SOLER, 2020).

Com a chegada da atuação clínica, a partir da farmácia clínica e do cuidado farmacêutico, há a reorientação da prática farmacêutica, com enfoque no âmbito social, e atenção centrada no paciente, de maneira que, o profissional assume a responsabilidade pelo bem estar do mesmo, e por adquirir novas competências que o permita ser um provedor de cuidados, dentro de um contexto multidisciplinar (SOARES; COSTA; TEIXEIRA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; NICOLETTI; ITO, 2018; RODRIGUES, J et al., 2021).

A atenção farmacêutica ou cuidado farmacêutico, é um modelo de prática profissional orientado pela prestação de diferentes serviços farmacêuticos, destinados ao paciente, família e comunidade, que objetiva a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, e a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, de forma sistematizada e documentada, a fim de alcançar metas terapêuticas definidas e proporcionar uma melhor qualidade de vida (SATURNINO et al., 2012; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; AGOSTINI, 2018; CRUZ; QUEIROZ; SOLER, 2020; RODRIGUES, J et al., 2021).

Os serviços ofertados envolvem a realização de atividades técnico pedagógicas e clínico assistenciais, o rastreamento em saúde, o manejo de problemas de saúde autolimitados, a revisão e acompanhamento da farmacoterapia, a gestão da condição de saúde, o monitoramento terapêutico dos medicamentos, a conciliação medicamentosa e a realização das práticas de educação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Tais atividades educativas podem ser executadas, como intervenções, pelo profissional farmacêutico, a fim de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários, e consequentemente, promover um aumento na qualidade de vida, como demonstra alguns estudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; RODRIGUES, J et al., 2021).

Uma pesquisa, desenvolvida no estado da Paraíba, com 63 usuários portadores de síndrome metabólica, na atenção primária à saúde, teve como meta avaliar as intervenções farmacêuticas, educacionais e comportamentais, executadas em domicílio (AZEVEDO et al., 2017). A prática da educação em saúde aconteceu através da entrega de um folheto ilustrado,

que continha informações sobre a doença, alimentação saudável, tratamento e, principalmente, sobre os medicamentos utilizados (AZEVEDO et al., 2017; RODRIGUES, J et al., 2021).

A avaliação demonstrou que houveram melhoras potenciais nos parâmetros de pressão arterial sistólica e diastólica; e triglicerídeos; assim como a resolução e diminuição de Problemas Relacionados a Medicamentos, com um aumento na taxa do seguimento farmacoterapêutico, e, portanto, com a demonstração de eficácia sob o aumento na adesão ao tratamento (AZEVEDO et al., 2017; RODRIGUES, J et al., 2021).

Outro trabalho, realizado por um período de um ano, com um total de 192 pacientes asmáticos, teve como objetivo implantar e avaliar os serviços farmacêuticos, em um hospital, para atender esse público (KHDOUR et al., 2019). Dentre os serviços realizados, o farmacêutico promoveu a educação em saúde, a partir da demonstração da técnica correta de inalação, e pediu para que em seguida, os pacientes repetissem o processo, para avaliar se houve ou não a compreensão dos mesmos (KHDOUR et al., 2019; RODRIGUES, J et al., 2021).

Além disso, a educação em saúde foi reforçada através do acompanhamento por telefone, a fim de manter, também, a motivação dos usuários (KHDOUR et al., 2019). E os resultados do estudo demonstraram que o controle da asma melhorou de forma significativa, assim como a adesão medicamentosa (KHDOUR et al., 2019; RODRIGUES, J et al., 2021).

Apesar da sua importância, o quantitativo de discussões referentes a atuação do farmacêutico, através da educação em saúde, principalmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, é baixo, quando comparado a outros serviços, como o acompanhamento farmacoterapêutico, dispensação e orientação farmacêutica (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a influência da educação em saúde na adesão ao tratamento de usuários polimedicados de uma Unidade de Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes.

3.2 Objetivo específicos

- Identificar sujeitos em uso de polifarmácia no território adscrito da Unidade de Saúde da Família;
- Desenvolver grupos como instrumento de educação em saúde, com temas relacionados à polimedicação;
- Facilitar o desenvolvimento de dispositivo que auxilie na adesão ao tratamento pelos sujeitos participantes dos grupos;
- Analisar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida de usuários polimedicados antes e após a utilização do dispositivo desenvolvido, e a percepção destes usuários sob a atividade de educação em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho da pesquisa

A pesquisa é um estudo quali-quantitativo, descritivo e exploratório, do tipo quase experimental e analítico, de intervenção antes e depois. Que ocorreu entre o período de setembro de 2021 à dezembro de 2022.

4.2 Local da pesquisa

O estudo tem como local de pesquisa a Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Piedade II (JP II). Fica localizada no bairro de Jardim Piedade, no município de Jaboatão do Guararapes, estado de Pernambuco, Brasil. O município é subdividido em sete regionais de saúde, e a unidade de JP II é pertencente à regional seis, ou também como é conhecida, a regional de praias.

A USF é composta por nove microáreas, sendo uma delas descoberta. O que significa que a mesma não possui um Agente Comunitário de Saúde (ACS) próprio. A população cadastrada é de 3.222 usuários. É composta por uma equipe mínima de Saúde da Família (eSF) constituída por uma médica, uma dentista e uma enfermeira. Ainda compõe a equipe uma técnica de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal e oito ACS. A unidade possui uma em sua estrutura uma farmácia, que é gerida pelo profissional enfermeiro.

O funcionamento da unidade foi readequado com a pandemia, e ocorreu de forma que, em um dia fixo da semana, eram realizadas as visitas domiciliares pela médica. E no decorrer da semana, mais um dia era reservado para o seu turno de estudo. Nos demais dias restantes, eram distribuídas 10 fichas para atendimento médico e para prevenção, com a enfermeira. Já os atendimentos odontológicos permaneceram suspensos.

A unidade é coberta pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB), que no tempo, era formado por cinco profissionais de diferentes categorias. Constituía o NASF-AB, um profissional de educação física, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Não havia portanto, farmacêutico na equipe.

O cadastro e os dados dos usuários eram coletados pelo ACS, a partir de tablets. O mesmo tinha o registro do nome, o número do Sistema Único de Saúde (SUS), e o endereço residencial como obrigatórios. Demais informações, tanto a nível pessoal quanto com relação ao ambiente no qual o usuário vivia, poderiam ser colhidas: idade, número de telefone, comorbidades, estado civil, se possuía ou não filhos, e se sim, a quantidade; quantas pessoas residiam na mesma casa, se possuía saneamento básico e água potável, e até mesmo o tipo de

material com o qual a casa foi construída.

Apesar de tantas informações, que podem ser coletadas e interpretadas para o planejamento de ações e atividades direcionadas, o tablet não possuía a opção de registro de quais eram os medicamentos utilizados pelos usuários, e muito menos a quantidade. Assim, não foi possível identificar o número total de usuários polimedicados adscritos na unidade, por tal sistema de informação.

Essas foram as características da unidade e do seu funcionamento, na época do estudo.

4.3 Amostra de Participantes

O intervalo amostral foi definido entre o mínimo de 30 e o máximo de 50 pessoas. Para tanto, foi realizada uma busca na literatura de referências que se assemelhavam à temática proposta, já que o território não forneceu dados acerca do quantitativo de indivíduos polimedicados. E, conseqüentemente, não houve um controle com relação ao surgimento da polifarmácia durante a pandemia da COVID-19.

Assim, o estudo teve como base, para o estabelecimento do número mínimo e máximo de participantes, o *n* utilizado por García et al. (2005) cujo trabalho, desenvolvido na atenção primária, avaliou a eficácia da intervenção farmacêutica, em um programa de seguimento farmacoterapêutico, com 41 pacientes polimedicados, que possuía ao menos uma doença crônica. Foi observado a eficácia da prática farmacêutica, com a resolução de 65,6% dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) encontrados, incluindo a baixa adesão.

Foi obtido como amostra o *n* de 35 participantes.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão, foram selecionados usuários com uma faixa etária entre 40 a 70 anos, cadastrados na USF JP II, que faziam o uso de cinco medicamentos ou mais, e que apresentavam má adesão ao tratamento. O estudo incluiu indivíduos mais jovens, já que a literatura destacou a relação do uso da polifarmácia entre pessoas com 45 anos (MENDITTO et al., 2019).

E como critérios de exclusão, não foram incluídos na pesquisa indivíduos que não possuísem disponibilidade para participar de todas as etapas do projeto; mulheres grávidas; pacientes que faziam polifarmácia devido a uma condição transitória; ou pacientes que estavam em busca do atendimento na unidade apenas para a solução de demandas de urgência.

4.5 Aspectos éticos

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e aprovado com o seguinte número de parecer: 4.835.998.

4.6 Captação dos usuários

Esta etapa foi iniciada a partir da sala de espera, na USF Jardim Piedade II, em diferentes dias da semana, visto que esse espaço possibilita a detecção de problemas de saúde (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011). E gerou o contato com um total de 135 usuários.

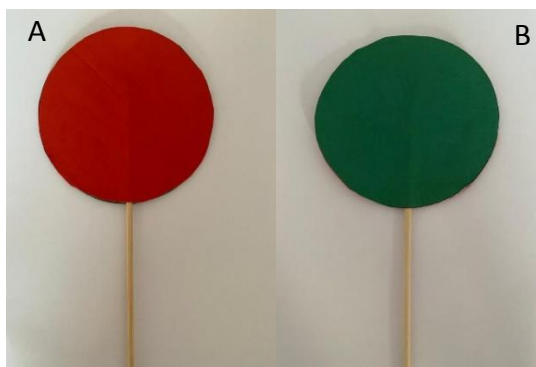
A sala de espera, além de ser um espaço físico, é considerado um espaço de promoção da educação em saúde, sendo um instrumento facilitador de tal prática (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011; PINTO et al., 2018).

Desta forma, a captação dos usuários ocorreu após a realização das salas de espera, que tiveram como tema a polimedicação e adesão medicamentosa. As salas foram esquematizadas através da aplicação da dinâmica “mitos e verdades”, cujo objetivo é compreender os saberes prévios dos usuários e construir, de forma coletiva, novos conhecimentos. Já que a utilização de atividades lúdicas contempla critérios para uma aprendizagem efetiva, permitindo que o indivíduo atue de forma participativa (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

A dinâmica ocorreu de forma que, durante as salas de espera foram ditas as seguintes proposições: quem faz o uso de muitos medicamentos é conhecido como polimedicado; o público que mais utiliza muitos medicamentos são os jovens e adultos; pessoas com doenças agudas (aquelas que tem curta duração), utilizam mais medicamentos do que aquelas que têm doenças crônicas (que precisam de cuidados constantes); quem faz utilização de muitos medicamentos têm maior chance de desenvolver alguns problemas; quem faz o uso de muitos medicamentos têm chances de apresentar dificuldades em seguir o tratamento.

Após cada afirmação, os usuários opinaram se a mesma era mito ou verdade, a partir do levantamento de plaquinhas (Figura 1), que possuíam dois lados: o verde, que corresponde à verdade; e o vermelho, ao mito.

Figura 1 - Plaquinhas utilizadas nas salas de espera durante a dinâmica de mitos e verdades.



Fonte: A autora (2023). A: mito (vermelho); B: verdade (verde)

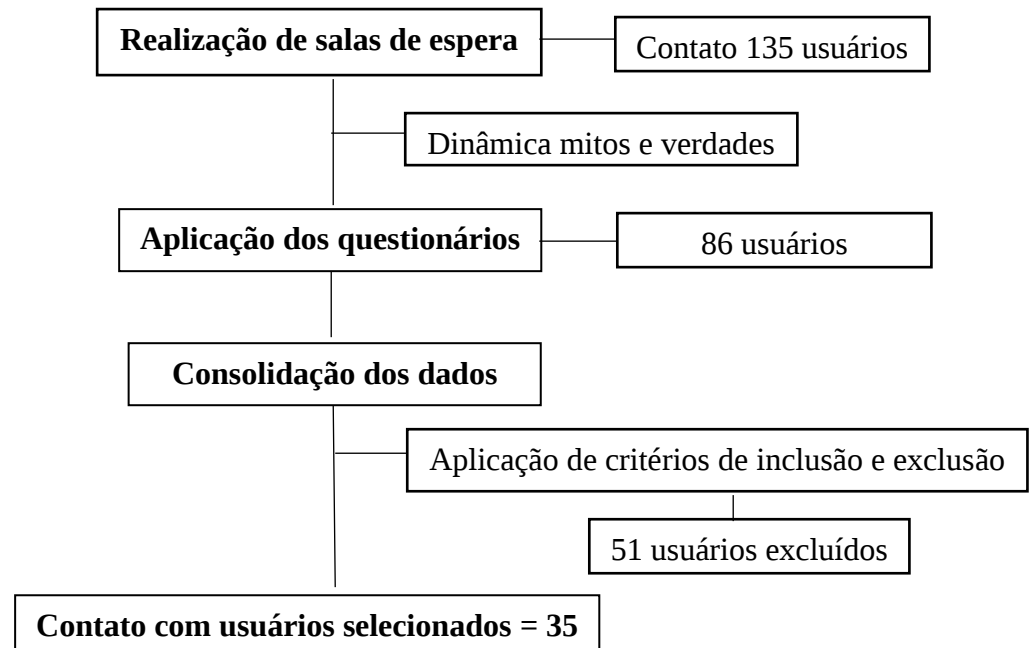
A amostra populacional foi composta por conveniência, na qual o pesquisador realizou o recrutamento, a partir dos indivíduos que estiveram presentes naquele local e que se mostraram disponíveis (FREITAG, 2018). E, também, pela técnica “bola de neve”, em que cada usuário que esteve presente na sala de espera pôde disseminar a informação e convidar um conhecido (GRACIOLI et al., 2017), que fizesse uso de polifarmácia.

Em seguida, foi explicado a intenção de formar um grupo com pessoas que fazem o uso de polifarmácia e que tem problemas em aderir ao tratamento medicamentoso. Além dos objetivos da pesquisa que foram explicados de forma clara e simples. Em seguida, os usuários que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

Após as devidas explicações, 86 usuários tiveram interesse em participar, e a coleta se deu de forma que, os usuários foram convidados a responder dois questionários, com a ajuda da pesquisadora: o *Brief Medication Questionnaire* (BQM) (ANEXO B), que identifica barreiras de adesão a partir das esferas de regime, crença e recordação, e classifica o usuário quanto a adesão em: alta adesão (nenhuma resposta positiva); provável alta adesão (1 resposta positiva); provável baixa adesão (duas respostas positivas); e baixa adesão (≥ 3 respostas positivas) (KASPER et al., 2018); e o questionário *WHOQOL-BREF* (ANEXO C), que avalia a qualidade de vida, e que está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo, ainda, uma faceta sobre qualidade de vida geral. Cada faceta é avaliada a partir de uma pergunta, exceto a faceta sobre qualidade de vida, que é avaliada a partir de duas perguntas. As pontuações de cada domínio e total são transformadas numa escala de 0 a 20, e os maiores escores indicam melhor qualidade de vida (KASPER et al., 2018).

A figura 2 representa os processos realizados durante essa etapa.

Figura 2 – Fluxograma das etapas realizadas para captação dos usuários.



Fonte: A autora (2023).

4.7 Realização de grupos operativos

Os usuários selecionados na etapa anterior foram convidados a participar dos grupos. Essa segunda etapa foi realizada em um período de 5 meses. Os grupos são considerados como ferramenta para aplicação da educação em saúde, pois permitem que haja a interação e o compartilhamento de saberes com diferentes indivíduos, e que o conhecimento possa ser construído de forma coletiva e horizontal (OLIVEIRA et al., 2018).

Foram realizados 4 grupos, 3 com um total de 10 usuários e 1 constituído por cinco indivíduos. Foi considerado o tamanho e a frequência de utilização do espaço disponibilizado na Unidade de Saúde.

O referencial metodológico que norteou a realização dos grupos é fundamentado nas concepções de educação dialógica de Paulo Freire, que possibilitam que os integrantes dos grupos participem ativamente do processo de ensino e aprendizagem, a partir de uma abordagem problematizadora (FREIRE, 2011). A escolha de tal metodologia foi embasada no estudo de Oliveira et al., (2018), que descreveram as atividades de educação em saúde realizadas com um grupo de idosos.

O método vivencial adotado para a aplicação das estratégias educativas dentro dos grupos, envolveu a realização de oficinas. Técnica semelhante foi observada em estudo desenvolvido por Oliveira et al., (2018). As oficinas favorecem a criação de espaços de reflexão e de trocas de experiências, e promovem uma aprendizagem compartilhada, que facilita a expressão individual e coletiva das demandas dos usuários (SILVA et al., 2013; LACERDA et

al., 2013; OLIVEIRA et al., 2018).

Os encontros para realização de tais oficinas educativas ocorreram no pátio da unidade, devido à circulação de ar no ambiente, por ser um lugar coberto, central e de fácil acesso para os usuários. Com frequência semanal, foram efetuados cinco encontros por grupo, esquematizados a partir de dois eixos temáticos geradores: polifarmácia e adesão medicamentosa, abordados por meio de atividades lúdicas, como dinâmicas.

Na primeira oficina houve a realização da dinâmica “quebrando o gelo”, que teve como objetivo promover interação entre os participantes, de forma que cada um pudesse se conhecer melhor. Cada usuário, e a pesquisadora, disseram seu nome e duas qualidades que possuem. O “contrato do grupo” foi firmado em conjunto com os usuários, já que os mesmos são parte ativa do processo, e incluiu: horário de início, horário de término e ações permitidas e proibidas durante o encontro. Para além, no primeiro encontro foi aplicado o questionário Condições que Podem Dificultar a Adesão Medicamentosa (APÊNCIE A). O mesmo foi desenvolvido pela pesquisadora, e aborda eixos relacionados a fatores sociais, econômicos e situações relacionadas à medicamentos, cujo objetivo foi identificar as situações que mais dificultavam a adesão para aquele usuário polimedicado (BRANDALISE; BERTOLINI, 2013; FIALHO; DIAS; REGO, 2015).

A partir do mesmo, foram geradas as seguintes variáveis qualitativas: grau de escolaridade; com quem reside; recursos financeiros; atendimento nos últimos 6 meses; utilização de outros serviços de saúde; conhecimento sobre condição de saúde; conhecimento sobre indicação do medicamento; conhecimento sobre uso do medicamento; conhecimento sobre os horários dos medicamentos; dificuldade em organizar os medicamentos; substituição de um medicamento por outro; expressão de dificuldades sobre o tratamento.

Na segunda oficina o tema abordado foi: “entendendo a polifarmácia”, através da dinâmica “caixa misteriosa”, fundamentada na abordagem do empoderamento, e que objetivou a construção de novos conhecimentos mediante a troca de aprendizados, a partir da ressignificação dos saberes prévios. Para tanto, cada usuário colocou em uma caixa duas coisas que sabiam a respeito do tema e duas dúvidas.

A terceira oficina foi guiada pelo tema: “sou polimedicado, e agora?”. Houve a execução da dinâmica “muro das dificuldades”, a partir de metodologia ativa por meio da utilização de tarjetas. Cada usuário elencou fatores, que em sua concepção, dificultam a adesão. E o objetivo foi facilitar a compreensão e identificação das limitações que cada usuário apresentava.

A quarta oficina teve como tema central: “como melhorar a adesão?”, e a dinâmica “chuva de ideias” foi aplicada. Situações problemas foram levantadas a partir dos fatores que

foram identificados pelos usuários como “dificultantes do processo de adesão”, para incentivar o debate. O objetivo foi estimular que, cada usuário propusesse uma ideia para melhorar, ou solucionar aquela situação problema relatada. Fazendo com que o usuário participasse ativamente do seu processo de saúde e doença, como preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A quinta oficina foi conduzida seguindo o tema: “materializando a solução”. Para isso, cada usuário desenvolveu um dispositivo educativo personalizado, com a ajuda da pesquisadora, a partir dos fatores identificados que dificultam a sua adesão, e das soluções propostas por cada um. O dispositivo poderia ser materializado em formato de jogo, calendário, caixas personalizadas e etc. Visto que, a forma do dispositivo variaria de acordo com a demanda dos usuários, para se adequar as suas necessidades, e também, com sua individualidade criativa. A execução de oficinas compostas por ações teóricas e práticas favorecem o envolvimento dos usuários e o alcance dos objetivos propostos, a partir de um processo educativo-participativo (OLIVEIRA et al., 2018).

4.8 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde

A última etapa foi a realização do “momento feedback”. Após a utilização do dispositivo desenvolvido, por um período de 2 meses, os usuários de cada grupo retornaram para a realização de um último encontro, em momentos distintos, para que não houvesse a interferência dos usuários pertencentes a um grupo sob usuários de outros grupos. A metodologia desenvolvida envolveu a formação de grupos focais pontuais de feedback, do tipo avaliativo, o que permitiu reunir informações detalhadas sobre a participação nos grupos, a partir das oficinas educativas, e sobre o dispositivo educacional utilizado. Os grupos focais permitem coletar dados detalhados sobre um determinado assunto específico, além de subsidiar a elaboração de instrumentos de pesquisa (TONHOM et al., 2019).

A condução dos grupos foi guiada pela utilização de um roteiro (APÊNDICE B), criado pela pesquisadora, e norteado a partir de questões abertas sobre a intervenção de educação em saúde realizada a partir da formação de grupos, e a utilização do dispositivo educacional que foi desenvolvido pelos usuários. Experiência semelhante foi relatada no estudo de TONHOM et al. (2019), cuja condução do grupo focal para análise da compreensão de estudantes e professores acerca do desenvolvimento de metodologias ativas empregadas na formação de ACS, foi embasado na aplicação de questões abertas.

O planejamento de um grupo focal envolve o processo de condução do mesmo, pelo moderador, a partir da aplicação de um roteiro, que servirá como um guia de tópicos e questionamentos para instigar a participação dos integrantes (RODRIGUES, 2020).

Os registros dos grupos focais foram gravados, a partir da utilização de gravador digital, e as informações adquiridas, transcritas em sua íntegra, foram posteriormente analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin, a partir da fase de pré análise, exploração do material e por fim, tratamento dos resultados: inferência e interpretação (BARDIN, 1977). De acordo com Bardin (1977) a *Análise de Conteúdo* se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possibilita a obtenção de indicadores, que permitem relacionar as variáveis inferidas à conhecimentos relativos. Os resultados serão apresentados por meio de sua descrição.

Após a execução dos grupos focais os questionários *Brief Medication Questionnaire* e *WHOQOL-BREF* foram reaplicados a fim de avaliar e comparar a adesão e a qualidade de vida antes e após a intervenção educativa, e utilização do dispositivo educacional.

E por fim, a adesão foi avaliada simultaneamente com as variáveis qualitativas geradas.

4.9 Análise dos dados

4.9.1 Análise qualitativa

Os relatos audiogravados, obtidos durante o momento de feedback com os grupos focais pontuais, foram escutados de forma repetitiva, com auxílio de um programa de gravação e edição de som, o Audacity[®], e em seguida, transcritos.

A análise de conteúdo de Bardin ocorreu a partir da fase de pré análise; exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação. E foi utilizada para analisar os registros obtidos através do grupo focal.

A pré análise é constituída por quatro etapas: leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulação de objetivos e hipóteses; e preparação do material (BARDIN, 1977). Foi realizado, de forma ampla e exaustiva, a fim de garantir a homogeneidade, representatividade e pertinência, a leitura flutuante dos relatos orais transcritos, que foram selecionados como documento base da análise.

Com a leitura flutuante foi possível desenvolver concepções que serviram como embasamento para os próximos passos. Já a escolha do documento possibilitou a elaboração dos objetivos e o levantamento de hipóteses.

Assim, a terceira etapa desse estudo teve como objetivo avaliar o uso do dispositivo

desenvolvido, e a percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde. Logo, o material transcrito foi analisado de acordo com dois segmentos/objetivos: desenvolvimento de atividade de educação em saúde e percepção dos usuários sob a mesma, e seu papel na adesão ao tratamento.

Em sequência, foi iniciado a etapa de exploração do material, que tem o propósito de estabelecer a codificação e categorização do material em estudo (SOUSA; SANTOS, 2020). As unidades de registro, que são o menor segmento do conteúdo, criadas a partir da repetição de palavras, e ou, termos, foram definidas (BARDIN, 2010).

A partir das unidades de registro foram formadas as categorias iniciais, e através das mesmas as categorias intermediárias, cujas informações remetem a um conjunto de expressões provenientes do material em análise, e trazem um conceito norteador que é construído diante dos achados da pesquisa e faz uma breve descrição das categorias (FOSSÁ, 2003; SOUSA; SANTOS, 2020). O agrupamento das categorias intermediárias e conceitos norteadores formaram as categorias finais, e através destas foi realizada a interpretação dos resultados.

4.9.2 Análise quantitativa

Os dados coletados a partir dos questionários utilizados para captação dos usuários foram tabulados em planilha do Microsoft Excel para Office 365, assim como os resultados provenientes da aplicação do questionário Condições que Podem Dificultar a Adesão. A fim de minimizar os erros de tabulação, todo material foi inserido em momentos distintos para posterior conferência.

Com o objetivo de caracterizar a amostra estudada, o perfil de classificação da adesão, pré atividade de educação em saúde, foi representado a partir das frequências relativas (percentuais) e absolutas (N), de acordo com o total de pacientes. O mesmo foi feito para as classes de cada variável qualitativa.

Os resultados gerados por meio da avaliação da qualidade de vida, antes da intervenção educativa, foram expressos a partir da média, mediana, desvio padrão, máxima e mínima, das somatórias de todos os participantes da pesquisa.

O teste t-pareado foi utilizado para a comparação do escore de qualidade de vida entre os momentos pré e pós.

Para as comparações pré e pós intervenção, a variável adesão foi reclassificada em apenas duas categorias (sim e não), a categoria sim foi composta por Alta adesão + Provável alta adesão + Provável baixa adesão e a categoria não apenas por Baixa adesão. O que ficou

definido a partir dos scores do questionário BQM, em que a adesão (não), foi formada por pontuações correspondentes à ≥ 3 respostas positivas.

Como a baixa adesão foi um dos critérios de inclusão no estudo, a mesma configurou-se como uma constante entre os participantes, antes da atividade educativa. Pela falta de variabilidade, foi feita uma análise estatística comparativa descritiva entre a adesão pré e pós intervenção, com a distribuição das frequências.

Portanto, foi aplicada uma análise inferencial apenas quando foi comparado a adesão pós. Para o estudo de associação entre as variáveis qualitativas e Adesão pós (sim x não) foi aplicado o teste Exato de Fisher.

Para comparar a qualidade de vida ao mesmo tempo entre os grupos (adesão sim x adesão não) e entre os dois momentos (pré e pós), foi utilizado um modelo de Análise de Variância (ANOVA) com medidas repetidas. Nesta análise foram avaliados os efeitos da Adesão, os efeitos do tempo e os efeitos da interação entre adesão e tempo.

O teste utilizado para verificar a normalidade dos dados foi o Kolmogorov-Smirnov.

O programa estatístico empregado foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 21.0. O nível de significância assumido foi de 0,05.

5 RESULTADOS

5.1 Captação dos usuários

Com o desenvolvimento das salas de espera, percebeu-se que houve a interação e a troca de conhecimentos entre a pesquisadora e os usuários; e entre eles próprios. Uma vez que, foram trazidas experiências tanto pessoais quanto de familiares e conhecidos, por parte dos usuários. Portanto, ocorreu também, a construção de conhecimentos de forma compartilhada.

Já a realização da dinâmica “mitos e verdades” permitiu observar que o termo polimedicado, em si, era pouco conhecido entre os usuários participantes, já que a maioria levantou o lado vermelho da plaquinha para a proposição: quem faz o uso de muitos medicamentos é conhecido como polimedicado. Em compensação, a maior parte dos usuários consideraram como verdade o fato de que a utilização de muitos medicamentos ao mesmo tempo está associada com uma maior chance de surgimento de problemas, e dificuldades para seguir o tratamento.

No que diz respeito à população do estudo as características obtidas a partir da aplicação do questionário *Brief Medication Questionnaire* (BQM) e autorrelato, foram descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos usuários participantes.

DADOS	VALORES (n, %)	
Sexo		
Feminino	25	71,4%
Masculino	10	28,6%
Anos		
40-49 anos	4	11,43%
50-59 anos	10	28,6%
60-69 anos	13	37,1%
70 anos	8	22,9%
Número de medicamentos	n	
5	11	31,43%
6	14	40,00%

7	5	14,29%
8	1	2,86%
9	3	8,57%
10	1	2,86%

Fonte: A autora (2023). N: frequência; %: porcentagem

Dentre os participantes, o sexo prevalente é o feminino com o percentual de 71,4%. No que se refere à faixa etária, o maior percentual com 37,1% corresponde a indivíduos que tem entre 60 a 69 anos. E a quantidade de medicamentos utilizada, de forma mais comum, por pessoa, foi representada pelo número 6.

Com relação aos medicamentos utilizados, estes foram agrupados de acordo com a classificação ATCC conforme o grupo anatômico (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição por classe terapêutica dos medicamentos utilizados.

MEDICAMENTOS POR CLASSE ATCC	VALORES (n, %) n= 202	
C – Sistema cardiovascular	106	52,48%
A – Trato alimentar e metabolismo	48	23,8%
N – Sistema nervoso	18	8,91%
B – Sangue e órgãos sanguíneos	11	5,44%
R – Sistema respiratório	3	1,49%
M – Sistema músculo esquelético	3	1,49%
V – Vitaminas alimentares e metabolismo	3	1,49%
H – Preparações hormonais sistêmicas	2	1,0%
S – Sensoriais	1	0,5%
Outros	7	3,47%

Fonte: A autora (2023). ATCC: *Anatomic Therapeutic Chemical Code*; n: frequência; %: porcentagem

A classe mais prescrita, de acordo com a classificação ATCC (Tabela 2), foi o sistema cardiovascular com 52,48%, seguido do trato alimentar e metabolismo, 23,8%. Dentre os componentes pertencentes ao sistema cardiovascular, destaca-se a losartana, que foi citada 27 vezes, pelos usuários, como um dos medicamentos em uso, e que representa 25,47% da classe

C.

A partir da comparação da lista de medicamentos utilizados pelos participantes com a versão vigente da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (2018-2019), foi observado a presença de uma variedade de medicamentos não padronizados (Tabela 3).

Tabela 3 – Medicamentos não padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (2018-2019).

MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS		
Medicamento	Dosagem	Forma Farmacêutica
Diltiazem	30 mg	Comprimido
Trimetazidina liberação modificada	35 mg	Comprimido
Diosmina + hesperidina	450/50 mg	Comprimido
Atorvastatina	20 mg	Comprimido
Metformina de liberação estendida	500 mg	Comprimido
Dexametasona	4 mg	Comprimido
Cilostazol	100 mg	Comprimido
Duloxetina	30 mg	Comprimido
Quetiapina	25 mg	Comprimido
Betaistina	24 mg	Comprimido
Maleato de timolol	0,5 mg/mL	Colírio
Latanoprost	0,005%	Colírio
Luteína	20 mg	Comprimido
Ômega 3	1000 mg	Comprimido
Colecalciferol	10.000 UI	Comprimido
Fluoxetina	20 mg	Comprimido
Olmesartana	40 mg	Comprimido
Celecoxibe	200mg	Comprimido
Risperidona	1 mg	Comprimido
Bromazepam	3 mg	Comprimido

Fonte: A autora (2023).

A presença de tais medicamentos foi constatada tanto em prescrições oriundas da Unidade de Saúde da Família (USF), quanto na de outros serviços de saúde, localizados fora da rede da Atenção Primária.

Os dados obtidos por meio do questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), foram sumarizados na Tabela (4), a partir do escore da classificação geral: adesão (nenhuma resposta positiva); provável alta adesão (1 resposta positiva); provável baixa adesão (2 respostas positivas); e baixa adesão (≥ 3 respostas positivas).

Tabela 4 – Avaliação da adesão à terapia medicamentosa pelos usuários polimedicados antes da atividade de educação em saúde.

ESCORE BQM	
Classificação da adesão	
Adesão	0
Provável alta adesão	0
Provável baixa adesão	0
Baixa adesão	35(100%)

Fonte: A autora (2023).

De acordo com a classificação geral, 100% da população possui baixa adesão medicamentosa.

Por sua vez, os resultados do questionário *WHOQOL BREF* foram dispostos em Tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação da qualidade de vida (*WHOQOL BREF*) dos usuários polimedicados antes da atividade de educação em saúde.

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
QUALIDADE DE VIDA	35	11,92	12,15	$\pm 1,58$	7,23	14,31

Fonte: A autora (2023). N: número total de participantes

A partir da escala classificatória, que varia entre 0 a 20 pontos, a qualidade de vida foi representada pela média 11,92 ($\pm 1,58$).

Foram obtidos também, os valores referentes aos domínios que compõem o questionário. Entre os que se destacaram com os escores mais altos, cita-se o meio ambiente 11, 88 ($\pm 1,98$) e em seguida, o social 11, 81 ($\pm 1,97$). Em contraste, as menores médias encontram-se presentes no domínio físico 11, 62 ($\pm 1,72$) e no psicológico 11, 75 ($\pm 1,55$).

5.2 Realização de grupos operativos

Durante a primeira oficina foi estabelecido um contato mais íntimo e aprofundado entre os participantes dos grupos e a pesquisadora, e entre os próprios, a partir da dinâmica “quebrando o gelo”, que intermediou tal interação e estimulou a participação ativa dos presentes.

Outro artifício que promoveu proximidade e facilitou a inclusão, foi a elaboração coletiva do contrato grupal, do qual a maioria participou. Os pontos abordados foram descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Assuntos abordados para construção do contrato grupal.

ELABORAÇÃO DO CONTRATO GRUPAL				
Assuntos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Horário de início	X	X	X	X
Horário de término	X	X	X	X
Tempo de tolerância	X	X	X	X
Dia do encontro	X	X	X	X
Uso do celular	X	X	X	X
Prioridade de fala	X	X	X	X
Ações permitidas			X	X
Ações proibidas	X	X	X	X
Grupo de WhatsApp		X		X
Acompanhantes			X	

Fonte: A autora (2023).

Houve similaridade na maioria dos tópicos levantados, entre os diferentes grupos. Destacando-se como divergente: ações permitidas, abordado pelo grupo 3 e 4; Grupo de WhatsApp, citado pelo grupo 2 e 4; e acompanhantes, que foi discutido apenas entre o grupo 3.

Através do questionário Condições que Podem Dificultar a Adesão Medicamentosa, os usuários foram caracterizados (Tabela 7), de acordo com as seguintes variáveis: grau de escolaridade; com quem reside; recursos financeiros; utilização de outros serviços de saúde; conhecimento sobre condição de saúde, indicação dos medicamentos, como usar o medicamento, os horários dos medicamentos; organização dos medicamentos; substituição de um medicamento por outro, e expressão de dificuldades com o tratamento.

Tabela 7 – Perfil dos usuários polimedicados de acordo com o questionário Condições que dificultam a

adesão.

CATEGORIAS	VALORES (n, %)	
Grau de escolaridade		
Analfabeto	6	17,1%
Ensino fundamental incompleto	23	65,71%
Ensino Fundamental completo	5	14,3%
Ensino médio incompleto	1	2,9%
Ensino médio completo	0	0%
Superior completo	0	0%
Pós graduação	0	0%
Com quem reside		
Só	3	8,57%
Só com cuidador profissional	0	0%
Só com o cônjuge	16	45,71%
Com filhos (com ou sem cônjuge)	13	37,14%
Com netos (com ou sem cônjuge)	2	5,71%
Outros	1	2,9%
Recursos financeiros		
Aposentadoria	22	62,9%
Renda/aluguel	0	0%
Pensão	0	0%
Doação (outros)	0	0%
Doação (família)	0	0%
Trabalho contínuo (formal ou não)	0	0%
Trabalho eventual	6	17,1%
Benefício	2	5,7%
Sem rendimento próprio	2	5,7%
Outros	3	8,6%
Atendimento nos últimos 6 meses		
Sim	21	60,0%
Não	14	40,0%

Utilização de outros serviços de saúde		
Sim	29	82,9%
Não	6	17,14%
Conhecimento sobre condição de saúde		
Muito Pouco	6	17,14%
Pouco	25	71,43%
Bom	4	11,43%
Muito bom	0	0%
Não tenho	0	0%
Conhecimento sobre indicação do medicamento		
Não	12	34,3%
Sim	3	5,71%
Alguns sim e outros não	20	57,14%
Conhecimento sobre uso do medicamento		
Não	8	22,9%
Sim	6	17,1%
Alguns sim e outros não	21	60,0%
Conhecimento sobre os horários dos medicamentos		
Não	4	11,4%
Sim	9	25,7%
Alguns sim e outros não	22	62,9%
Dificuldade em organizar os medicamentos		
Sim	28	80,0%
Não	7	20,0%
Substituição de um medicamento por outro		
Sim	5	14,3%
Não	30	85,7%
Expressão de dificuldades sobre o tratamento		
Não	22	62,9%
Sim	5	14,3%
Às vezes	8	22,9%

Fonte: A autora (2023).

Com relação ao grau de escolaridade, 65,71% possui o ensino fundamental incompleto, e 45,71% residia apenas com o cônjuge. A maioria, representada por 62,9%, tinha como recurso financeiro a aposentadoria, e foi atendido nos últimos 6 meses (60%). 82,9% dos usuários afirmou utilizar outros serviços de saúde.

Dentre os participantes, 71,43% afirmaram ter pouco conhecimento acerca da sua condição de saúde, e 57,14% disse conhecer a indicação de apenas alguns medicamentos e de outros, não. Referente ao conhecimento sobre o uso do medicamento, 60% respondeu que compreendia como utilizar alguns medicamentos, mas não todos.

62,9% considerou que não sabia o horário de todos os medicamentos que deveria tomar. A respeito da organização dos medicamentos, 80% concluiu ter dificuldade em organizar os medicamentos. A substituição dos medicamentos foi percebida como uma situação incomum entre os usuários, já que 85,7% relatou não realizá-la. Ao contrário da expressão das dificuldades para um profissional de saúde, que foi algo descrito como difícil para os participantes, visto que 62,9% disse não conseguir fazê-lo.

A partir da segunda oficina, iniciou-se a abordagem dos temas centrais: polifarmácia e adesão.

Por intermédio da dinâmica “caixa misteriosa”, no segundo encontro, houve a inserção do debate sobre o que era sabido e as dúvidas que os usuários possuíam sobre a polifarmácia e seu tratamento. Os usuários colocaram duas coisas que sabiam na caixa: o que eu sei; e duas coisas que não sabiam na caixa: o que não sei (Figura 3).

Figura 3 – Caixa misteriosa: o que sei e o que não sei.



Fonte: A autora (2023).

As afirmações e questionamentos foram descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Afirmações e dúvidas sobre a polifarmácia.

CAIXA MISTERIOSA	
O que sei	O que não sei
-Medicamentos que usa	-O que é polifarmácia
-Presença de muitos problemas de saúde	-O porque é polimedicado
-Não gosta de usar muitos medicamentos	-Conhecimento sobre os
-Descontrole dos níveis quando esquece	problemas de saúde que possui
de tomar os medicamentos	-Efeitos adversos do
-Causa mais efeitos adversos	medicamento
-Torna mais fácil o esquecimento	-Administrar os medicamentos
	-Horários
	-Para que serve os
	medicamentos que usa

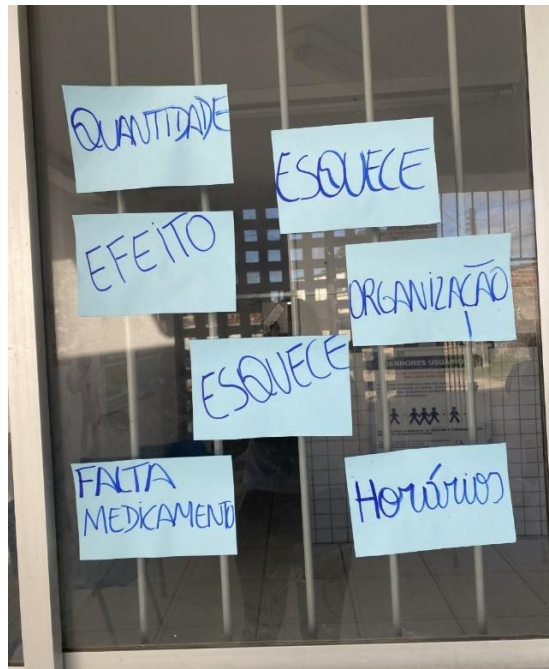
Fonte: A autora (2023).

Os tópicos supracitados foram agrupados de acordo com a similaridade do que foi trazido pelos usuários, visto que foi notado confluência entre as opiniões a respeito do que se sabia e do que era tido como dúvida. Assim, a repetição dos temas foi comum entre os usuários.

No decorrer da explanação do conteúdo, os participantes tiveram voz ativa e relataram situações e vivências. E foi comum a identificação dos demais usuários com as experiências citadas, o que facilitou as trocas e a construção de novos saberes.

A terceira oficina estimulou o usuário a refletir sobre sua rotina, seu cotidiano e seu tratamento, e avaliar o que torna o processo de adesão difícil para ele. Na medida em que o encontro foi ocorrendo, as tarjetas com as dificuldades foram sendo expostas, formando um mural (Figura 4).

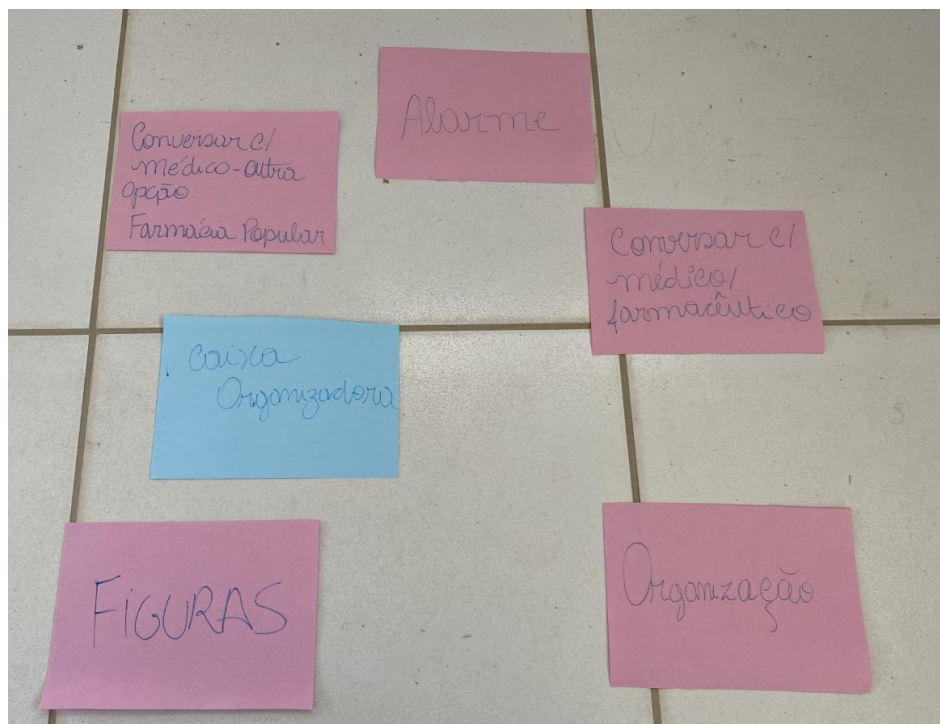
Figura 4 – Muro das dificuldades.



Fonte: A autora (2023).

Após o momento de reflexão, os usuários foram convidados a pensar em estratégias para melhorar as dificuldades relatadas, com a dinâmica chuva de ideias no quarto encontro. As ideias foram anotadas e identificadas de acordo com cada participante. A Figura 5 mostra exemplos de ideias levantadas por alguns usuários.

Figura 5 – Ideias para melhorar a adesão medicamentosa.



Fonte: A autora (2023).

Em todas as etapas que houve necessidade de escrita, a pesquisadora prestou auxílio aos usuários que possuíram algum tipo de dificuldade ou àqueles analfabetos, que falaram o que estava sendo indagado e a mesma escreveu nas tarjetas.

Na quinta, e última oficina, os usuários desenvolveram os seus dispositivos educativos e personalizados, de acordo com suas dificuldades e soluções propostas, além dos dados obtidos através do questionário aplicado durante o primeiro encontro.

Os tipos de dispositivos desenvolvidos estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Tipos de dispositivos educativos desenvolvidos.

DISPOSITIVOS EDUCATIVOS
Caixa organizadora sinalizada com cores e imagens
Medicamentos sinalizados com cores
Utilização de recurso sonoro em horários específicos
Pictogramas
Prescrição sinalizada com cores

Fonte: A autora (2023).

Para a maioria dos usuários foi necessário realizar a associação de duas ou mais formas de melhorar a adesão, para compor o dispositivo educativo. A figura 6 traz exemplos de dispositivos desenvolvidos pelos usuários.

Figura 6- Exemplos de dispositivos educativos.



A

B

C



D

Fonte: A autora (2023). A: prescrição sinalizada com cores; B: caixa organizadora sinalizada com imagens e cores; C: caixa organizadora; D: usuária criando dispositivo

5.3 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde

Uma codificação (Tabela 10), embasada no trabalho de Koch (2003) foi criada para facilitar a transcrição dos áudios obtidos a partir do grupo focal.

Tabela 10 – Códigos para transcrição dos áudios.

CÓDIGOS	SIGNIFICADOS
---------	--------------

[x]	Fala com baixa compreensão
...	Fala pausada
..	Fala sobreposta a outra
(-)	Silêncio
{/}	Barulho externo

Fonte: A autora (2023).

Posteriormente, após o material ser submetido à análise de conteúdo de Bardin, a partir da fase de pré análise; exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação, foram definidas as unidades de registro (Quadro 1).

Quadro 1 – Unidades de registro.

UNIDADES DE REGISTRO	NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DAS PALAVRAS
Educação em saúde	103
Contribuições dessa atividade	87
Polifarmácia	91
Adesão	107

Fonte: A autora (2023).

A unidade de registro Contribuições dessa atividade, fez menção à atividade de educação em saúde desenvolvida. E a adesão foi a unidade de registro com maior frequência de citação nos documentos.

A partir das unidades de registro, estabeleceu-se o processo de determinação das categorias de análise iniciais (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias de análise iniciais

CATEGORIAS INICIAIS
1- Educação em saúde e a valorização do coletivo
2- Grupo Terapêutico como instrumento de educação em saúde
3- Espaço que estimula a interação
4- Desenvolvimento da horizontalidade
5- Momentos de trocas
6- Participação coletiva
7- Participação ativa do usuário no processo saúde-doença
8- Construção compartilhada de conhecimentos
9- Corresponsabilização do cuidado
10- Autonomia

11- Criação de vínculos
12- Conceitos e polifarmácia
13- Dificuldades em ser polimedicado e a partilha de experiências
14- Oficinas educativas
15- Ressignificação de saberes prévios e aquisição de novos
16- Empoderamento
17- Fatores que dificultam a adesão
18- Metodologia ativa
19- Debate sobre como melhorar o seguimento do tratamento
20- Dispositivo educativo personalizado
21- Facilitador do cuidado
22- Cuidado contínuo
23- Dinamismo
24- Compreensão acerca de como o tratamento deve ser realizado

Fonte: A autora (2023).

Após o levantamento de 24 categorias iniciais, foi estabelecido a unidade de contexto, que de acordo com Bardin (1977) pode ser determinada segundo os critérios de custo e pertinência. Assim, foi realizado uma releitura mais vasta do material, e foram consolidadas 4 categorias intermediárias (Quadro 3).

Quadro 3 – Categorias intermediárias.

CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS		
Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
1.Educação em saúde e a valorização do coletivo 2.Grupo Terapêutico como instrumento de educação em saúde 3.Espaço que estimula a interação 4.Desenvolvimento da horizontalidade 5.Momentos de trocas 6.Participação coletiva	Os grupos terapêuticos permitem uma abordagem coletiva, em que há uma horizontalização entre o condutor e os demais participantes, sendo um veículo para o desenvolvimento da educação em saúde, que estimula a participação coletiva e a interação, ao invés de práticas individualistas.	Educação em saúde e a valorização do coletivo
7.Participação ativa do usuário no processo saúde-doença	Dentro das contribuições, nota-se que a atividade de educação em saúde é capaz de favorecer o	

8.Construção compartilhada de conhecimentos 9.Corresponsabilização do cuidado 10.Autonomia 11.Criação de vínculos	envolvimento dos usuários, e promovê-los à protagonistas dentro do seu processo de cuidado.	Contribuições da atividade de educação em saúde
12.Conceitos e polifarmácia 13.Dificuldades em ser polimedicado e a partilha de experiências 14.Oficinas educativas 15.Ressignificação de saberes prévios e aquisição de novos 16.Empoderamento	A partir dos relatos, a utilização de estratégias educativas, como as oficinas, dinamiza e facilita a abordagem de assuntos, como a polifarmácia, e permite mesclar o conhecimento prévio com novos saberes.	O uso da educação em saúde para explorar o tema polifarmácia
17.Fatores que dificultam a adesão 18.Metodologia ativa 19.Debate sobre como melhorar o seguimento do tratamento 20.Dispositivo educativo personalizado 21.Facilitador do cuidado 22.Cuidado contínuo 23.Dinamismo 24.Compreensão acerca de como o tratamento deve ser realizado	Diante da percepção relatada pelos usuários, a utilização de um dispositivo educacional, a partir das dificuldades expostas, torna mais fácil o entendimento/seguimento do tratamento.	Emprego de dispositivo educativo para facilitar a compreensão do tratamento e potencializar adesão medicamentosa.

Fonte: A autora (2023).

Com a formação das categorias intermediárias foi possível notar a importância da educação em saúde associada às práticas coletivas, e para abordagem de assuntos como a polifarmácia. Além da representação de uma variedade de contribuições que a educação em saúde, e o uso do dispositivo é capaz de proporcionar na adesão ao tratamento medicamentoso.

Já as categorias finais (Quadro 4), foram instituídas por meio do agrupamento das categorias intermediárias e conceitos norteadores.

Quadro 4 – Categorias finais.

CATEGORIAS FINAIS		
Categorias intermediárias	Conceito norteador	Categoria final
1.Educação em saúde e a valorização do coletivo 2.Contribuições da atividade de educação em saúde	Entre as contribuições, a atividade de educação em saúde apresenta uma variedade de significados para os usuários. Fica evidenciado dentro dos relatos dos entrevistados que a atividade em questão traz o protagonismo do usuário à tona, a partir da autonomia alcançada e conquistada através da construção compartilhada de novos saberes e significados, em meio coletivo.	As contribuições da atividade de educação em saúde frente à percepção de usuários polimedicados
3.O uso da educação em saúde para explorar o tema polifarmácia 4.Emprego de dispositivo educativo para facilitar a compreensão do tratamento e potencializar adesão medicamentosa.	O entendimento sobre um assunto, como no caso, a polifarmácia, favorece o empoderamento do sujeito. A aplicação de estratégias educativas, a exemplo do dispositivo, tornam o processo mais dinâmico e interativo. A percepção dos usuários mostra que o dispositivo simplifica a assimilação de como o tratamento deve ser realizado, assim como a melhora na adesão, mesmo com um regime terapêutico polimedicamentoso.	Utilização de dispositivo educativo: da compreensão do regime terapêutico polimedicamentoso à melhoria da adesão ao tratamento.

Fonte: A autora (2023).

Foi possível elencar duas categorias finais: as contribuições da atividade de educação em saúde frente à percepção de usuários polimedicados; e a utilização de dispositivo educativo: da compreensão do regime terapêutico polimedicamentoso à melhoria da adesão ao tratamento.

Registros como: “Vir pro grupo me ajudou a saber melhor como tinha que tomar os remédios”, “O grupo contribuiu pra eu entender o que eu tenho, e isso me ajuda”, “Depois do grupo eu conversei mais sobre meus problemas com minhas filhas”, “Eu gostei do grupo porque

depois dele eu sei porque não usava os remédios toda vez”, “Os encontros fizeram saber mais de mim e dos remédios que eu uso”, facilitaram a obtenção da categoria: as contribuições da atividade de educação em saúde frente à percepção de usuários polimedicados.

Já a segunda categoria teve como relatos essenciais à sua formação: “Com a caixa não tinha mais aquela bagunça e os remédios ficam separados, ai da pra saber qual é qual e o que eu tenho que tomar”, “O alarme faz eu lembrar quando tenho que tomar cada remédio, ai não esqueço mais”, “Não preciso mais esperar a boa vontade do meu filho pra me ajudar, com aquelas figurinhas eu consegui me virar e tomei tudo”, “Depois que eu sei a hora de cada comprimido, eu tomo eles sempre na mesma hora”, “Os comprimidos que é dois, eu tô fazendo, quando tem duas bolinhas coloridas na caixa”.

Através da consolidação de tais categorias, os resultados podem ser interpretados de forma que, a atividade desenvolvida de educação em saúde potencializa o acesso a uma gama de conteúdos, estimulando a participação ativa dos usuários, e a sua autonomia, no processo saúde e doença.

Por sua vez, o uso do dispositivo educativo favorece a compreensão do regime terapêutico, e facilita o processo de adesão medicamentosa para usuários polimedicados, através do estabelecimento de um cuidado contínuo.

Ambas as categorias finais apresentaram correlação com os objetivos/segmentos da análise, o que respalda o contexto estudado em pesquisa. As inferências serviram como norte, e trouxeram resultados para os objetivos diante da problemática em avaliar o uso do dispositivo desenvolvido, e a percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde, esclarecendo a compreensão dos usuários acerca das contribuições da atividade de educação em saúde, e do uso do dispositivo educativo na adesão ao tratamento polimedicamentoso.

Em adição aos dados obtidos a partir dos grupos focais, os questionários BQM e *WHOQOL BREF* foram novamente aplicados, a fim de realizar o comparativo dos resultados antes e após a atividade de educação em saúde e uso do dispositivo, para adesão ao tratamento e qualidade de vida, respectivamente.

Assim como efetuado antes da realização da educação em saúde e uso do dispositivo educacional, tanto a adesão quanto a qualidade de vida foram avaliadas seguindo os mesmos critérios, e a partir dos mesmos escores citados anteriormente.

Os resultados foram expostos de forma comparativa com o pré e pós, nas Tabelas 11 e 12.

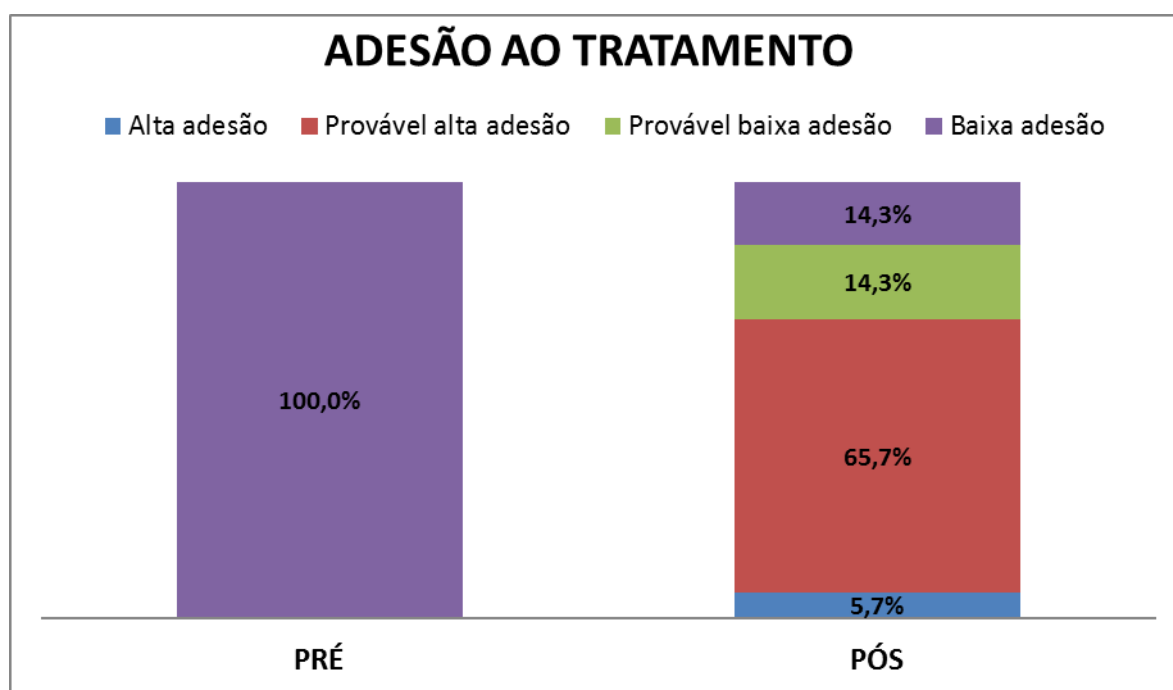
Tabela 11 – Distribuição do perfil de Adesão pré e pós procedimento (N=35).

ADESÃO	PRÉ	PÓS
Alta adesão	0 (0%)	2 (5,7%)
Provável alta adesão	0 (0%)	23 (65,7%)
Provável baixa adesão	0 (0%)	5 (14,3%)
Baixa adesão	35 (100%)	5 (14,3%)

Fonte: A autora (2023).

A Figura 7 retrata a distribuição de frequência da Adesão ao tratamento nos momentos pré e pós intervenção.

Figura 7 - Distribuição de frequência da Adesão ao tratamento nos momentos pré e pós intervenção.



Fonte: A autora (2023).

Após reaplicação do questionário BQM, de acordo com a classificação geral, a maioria dos usuários (65, 7%) apresentou provável alta adesão ao tratamento polimedicamentoso. 14, 3% foi classificado como provável baixa adesão. Os usuários com alta adesão foram representados pelo percentual de 5,7%. Observa-se que houve uma queda significativa com relação ao percentual de usuários com baixa adesão, que decaiu de 100,0% para 14,3%.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas da Qualidade de Vida Pré e Pós Procedimento.

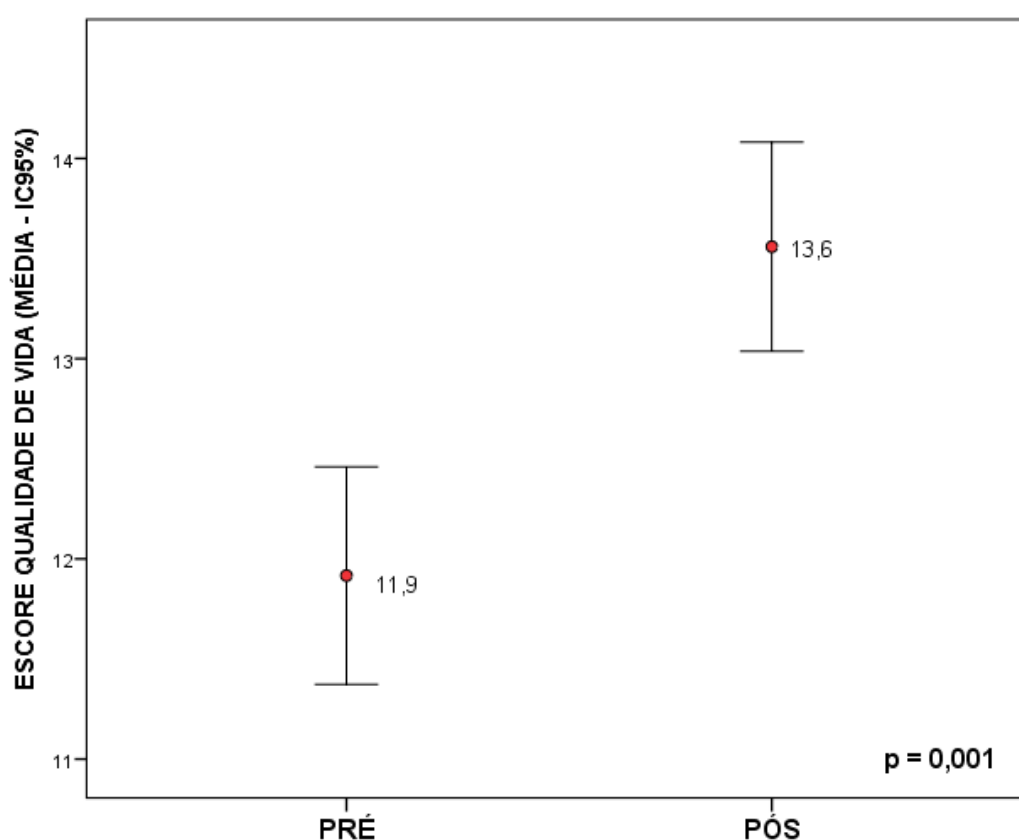
N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
---	-------	---------	---------------	--------	--------

QUALIDADE VIDA PRÉ	35	11,92	12,15	$\pm 1,58$	7,23	14,31
QUALIDADE VIDA PÓS	35	13,56	14,15	$\pm 1,52$	10,08	15,30

Fonte: A autora (2023). p-valor = 0,001 (teste t-pareado)

A Figura 8 traz a média e intervalo de confiança de 95% para o Escore de Qualidade de vida nos momentos pré e pós intervenção.

Figura 8 - Média e intervalo de confiança de 95% para o Escore de Qualidade de vida nos momentos pré e pós intervenção.



Fonte: A autora (2023).

Pelo resultado acima, pode-se afirmar que houve um aumento significativo do escore de qualidade de vida entre os momentos pré e pós intervenção ($p < 0,05$).

Com relação aos domínios, houve uma inversão naqueles com os escores mais altos, que passaram a ser a qualidade de vida geral 14,97 ($\pm 1,64$) e o psicológico com 14,82 ($\pm 1,67$). Os domínios meio ambiente e físico representaram as menores médias com, respectivamente, 13,19 ($\pm 1,58$) e 13,29 ($\pm 1,79$).

Já os resultados da avaliação das diferenças entre Adesão Pós (sim x não) e a Qualidade de vida nos dois tempos (pré e pós) foram expressos na Tabela 13.

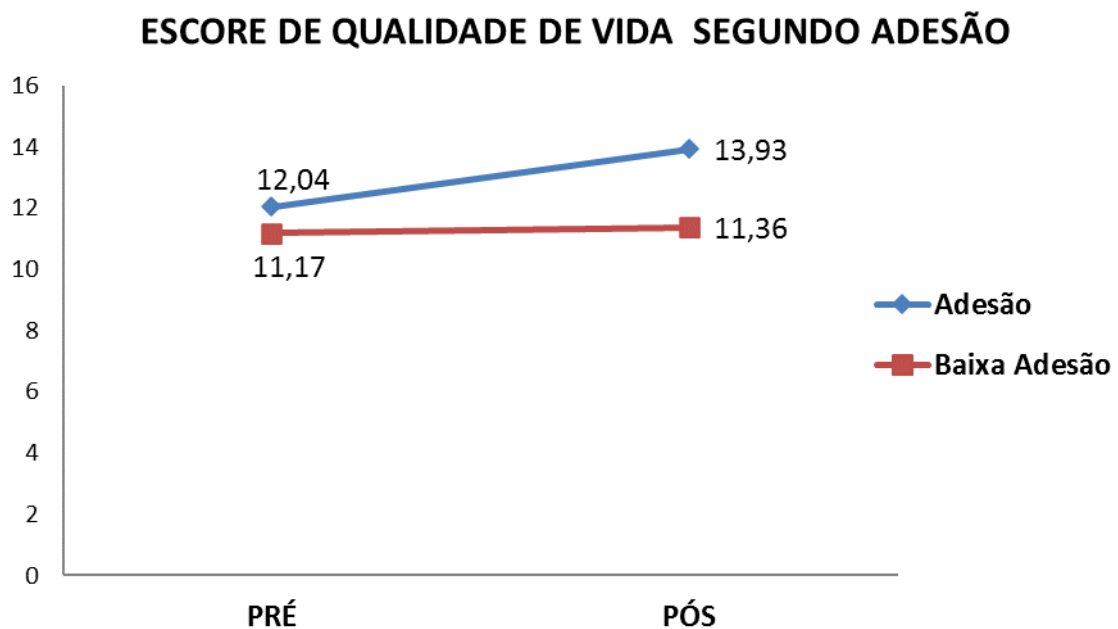
Tabela 13 - Análise da evolução do Escore de Qualidade de vida entre os momentos pré e pós intervenção estratificado por Adesão pós.

ADESÃO PÓS	PERÍODO	Média	Desvio Padrão	IC95%
NÃO	PRÉ	11,17	±1,33	9,74 – 12,60
	PÓS	11,36	±1,33	10,24 – 12,49
SIM	PRÉ	12,04	±1,61	11,46 – 12,63
	PÓS	13,93	±1,22	13,47 – 14,38

Fonte: A autora (2023).

O escore de qualidade de vida segundo a adesão foi demonstrado em Figura 8.

Figura 9 – Escore de qualidade de vida segundo adesão.



Fonte: A autora (2023).

A partir da imagem é possível evidenciar que houve um aumento da qualidade de vida entre os pacientes que foram considerados aderentes após a atividade de educação em saúde e uso do dispositivo auxiliar. Aumento discreto foi visualizado entre aqueles que permaneceram com baixa adesão após o período de intervenção.

No momento pós, quando comparado os valores de qualidade de vida entre aqueles aderentes e os com baixa adesão, observa-se um crescimento considerável do escore.

Na Tabela 14 foram sumarizados os achados da ANOVA referentes ao escore de qualidade de vida.

Tabela 14 - Resultados da análise de variância (ANOVA) referente ao Escore de qualidade de vida.

	Nível descritivo (p-valor)	Conclusões
Efeito de interação Adesão x Período	0,015	
EFEITO DE ADESÃO (Adesão X Baixa Adesão)		
Momento Pré	0,403	Houve diferença estatisticamente significante entre os grupos (Adesão x Baixa Adesão) apenas no momento pós
Momento Pós	<0,001	
EFEITO DE TEMPO (Pré X Pós)		
Grupo Adesão	<0,001	Houve aumento significativo da QV entre os momentos pré e pós apenas no grupo com Adesão.
Grupo Baixa Adesão	0,055	

Fonte: A autora (2023).

Como a interação adesão X período foi considerada estatisticamente significativa ($p < 0,05$), avaliou-se o efeito de Adesão (separadamente para cada período) e o efeito de tempo separadamente para cada grupo.

Com relação à comparação das variáveis qualitativas em relação a adesão pós, tais dados foram expostos em Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação das variáveis qualitativas em relação a Adesão Pós.

VARIÁVEIS	ADESÃO		p-valor
	Não (n = 5)	Sim (n=30)	
SEXO Feminino	4 (80,0%)	21 (70,0%)	>0,999
SEXO Masculino	1 (20,0%)	9 (30,0%)	
IDADE			
40 – 49 anos	1 (20,0%)	3 (10,0%)	0,551
50 – 59 anos	2 (40,0%)	8 (26,7%)	
60 – 69 anos	2 (40,0%)	11 (36,7%)	
70 anos	0 (0%)	8 (26,7%)	

ESCOLARIDADE			
Analfabeto	0 (0,0%)	6 (20,0%)	0,468
Ens. Fundamental Incompleto	3 (60,0%)	20 (66,6%)	
Ens. Fundamental Completo	1 (20,0%)	4 (13,3%)	
Ens Médio Incompleto	1 (20,0%)	0 (0,00,%)	
RECURSOS FINANCEIROS			
Aposentadoria	3 (60,0%)	19 (63,33%)	0,444
Trabalho eventual	1 (20,0%)	5(16,7%)	
Bolsa Família	1 (20,0%)	1(3,34%)	
Sem rendimento próprio	0 (0,0%)	2(6,66%)	
Outros	0 (0,0%)	3(10,0%)	
COM QUEM RESIDE			
Só	0 (0,0%)	3 (10,0%)	0,294
Com o Cônjuge	3 (80,0%)	13 (43,3%)	
Com filhos (com e sem cônjuge)	1 (20,0%)	12 (40,0%)	
Com netos (com e sem cônjuge)	1 (0%)	1 (3,34,%)	
Outros	0 (0%)	1 (3, 34%)	
ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS 6 MESES	4 (80,0%)	17 (56,7%)	0,324
OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDES			
Sim	4 (80,0%)	25 (83,3%)	>0,999
Não	1 (20,0%)	5(16,7%)	
CONHECIMENTO SOBRE CONDIÇÃO DE SAÚDE			
Muito pouco	3 (60,0%)	3 (10,0%)	0,037*
Pouco	2 (40,0%)	23 (76,7%)	
Bom	0 (0%)	4 (13,3%)	
CONHECIMENTO SOBRE INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO			
Sim	0 (0%)	3 (10,0%)	0,594
Não	3 (60,0%)	9 (30,0%)	
Alguns sim/outros não	2 (40,0%)	18 (60,0%)	
CONHECIMENTO SOBRE USO DOS MEDICAMENTO			
Sim	2 (40,0%)	4 (13,3%)	0,179
Não	0 (0%)	8 (26,7%)	
Alguns sim/outros não	3 (60,0%)	18 (60,0%)	
CONHECIMENTO SOBRE OS HORÁRIOS DE TOMAR OS MEDICAMENTOS			
Sim	2 (40,0%)	7 (23,3%)	0,804
Não	0 (0%)	4 (13,3%)	
Alguns sim/outros não	3 (60,0%)	19 (63,3%)	

DIFICULDADE EM ORGANIZAR OS MEDICAMENTOS	4 (80,0%)	24 (80,0%)	0,999
SUBSTITUIÇÃO DE UM MEDICAMENTO POR OUTRO	0 (0%)	5 (16,7%)	0,999
EXPRESSÃO DE DIFICULDADES SOBRE O TRATAMENTO			
Sim	4 (80,0%)	18 (60,0%)	0,808
Não	0 (0%)	5 (16,7%)	
Às vezes	1 (20,0%)	7 (23,3%)	

Fonte: A autora (2023). * $p < 0,05$ (estatisticamente significativa).

Houve diferença estatisticamente significativa apenas com relação a variável “conhecimento sobre problemas de saúde”. As pessoas do grupo onde houve adesão têm um conhecimento melhor de saúde comparado ao grupo sem adesão ($p < 0,05$).

6 DISCUSSÃO

6.1 Captação de usuários

As salas de espera funcionaram, de forma eficaz, como espaço promotor para abordagem inicial do tema polifarmácia e adesão ao tratamento, e foram um meio facilitador para coleta dos participantes do estudo. Como instrumento da educação em saúde, os resultados demonstraram que, tal prática viabilizou a compreensão do grau de conhecimento dos usuários acerca dos assuntos abordados, assim como estimulou a troca de saberes, com a construção de novos significados.

Os achados permitiram evidenciar também que, as salas de espera têm um grande potencial para estimular a participação e o envolvimento dos usuários durante a atividade, fomentando a interação social entre eles, e com quem está conduzindo a ação. Além de ocasionar a aproximação e o estabelecimento de uma relação horizontal entre os participantes.

Os dados obtidos corroboram com o estudo de Rodrigues et al. (2018), que objetivou relatar a implementação de ações de educação em saúde na sala de espera de uma unidade de saúde. A intervenção proporcionou momentos lúdicos, de bem estar, expressividade, troca de conhecimentos e experiências. Percebeu-se então que, com a criação da sala de espera, houve o estabelecimento de um vínculo entre a equipe de saúde e os usuários da unidade.

De modo similar, o trabalho desenvolvido por Almeida et al. (2020), que analisou as significâncias político-pedagógicas das salas de espera: saúde bucal de gestantes e bebês, e saúde do homem, reconheceu o potencial dos ambientes de espera como território dinâmico e fértil para a implantação de ações educativas.

Já Andrade et al. (2021), teve como objetivo de estudo problematizar os momentos de educação em saúde nas salas de espera como espaço de produção de cuidado e trabalho interprofissional na Atenção Primária. E concluiu que as salas de espera, como ferramenta da educação em saúde, podem ser consolidadas como uma prática de cuidado em saúde, e que por meio delas, é possível fornecer um cuidado territorializado, estimulando o trabalho interprofissional e a participação social.

Em sequência à realização das salas de espera e aplicação dos questionários *Brief Medication Questionnaire* (BQM) e *WHOQOL BREF*, os usuários participantes da pesquisa foram descritos de acordo com o sexo, idade, o número de medicamentos utilizados, e a classe terapêutica de tais medicamentos.

Tais dados demonstraram a prevalência das mulheres entre o público polimedicado do estudo, com a faixa etária entre 60 a 69 anos em destaque. Foi possível observar que, entre a maioria dos usuários, a polifarmácia, quantitativamente, foi representada pela presença de seis tipos diferentes de medicamentos, que compunham o esquema terapêutico. E a classe terapêutica mais prescrita e comum entre os participantes foi a cardiovascular, sendo representada por um anti hipertensivo antagonista do receptor de angiotensina II, a losartana.

Resultados semelhantes foram observados no estudo de Rezende et al. (2021), que analisou a prevalência e os fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em Rio Branco, Acre. A polifarmácia foi associada positivamente ao sexo feminino, faixa etária entre 60 a 69 anos, raça/cor da pele branca, internação dos últimos 12 meses e presença de morbidades autorreferidas.

No estudo de Pio, Alexandre e Toledo (2021), foram identificados fatores de risco associados à polifarmácia entre idosos, e entre estes, foram destacados a idade avançada, a presença de obesidade, doenças crônicas e presença de outras comorbidades e síndrome de fragilidade.

Nascimento et al. (2017) teve como objeto de estudo a caracterização da polifarmácia em usuários da atenção primária e identificação de fatores a ela associados. E evidenciou que a prevalência da polifarmácia entre usuários de medicamentos foi de 9,4% na população geral e 18.1% em idosos acima de 65 anos. Tais resultados corroboram com o descrito neste estudo.

Os autores supracitados ainda apontam que houve uma associação estatisticamente significativa entre a polifarmácia e a faixa etária acima de 45 anos. O que reforça os achados deste estudo, já que também foi constatado a presença de polifarmácia entre usuários pertencentes à faixa de 40 a 49 anos.

Por sua vez, Simonetti et al. (2021), verificou a prevalência e os fatores associados à polifarmácia entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Rio Grande do Sul, e concluiu que a prevalência foi maior entre os indivíduos idosos, mas que houve um percentual considerável de 8% entre os adultos até 59 anos. A idade, presença de multimorbidade e o não consumo de bebida alcoólica, tiveram associação significativa com a polifarmácia.

A prevalência da polifarmácia e da polifarmácia excessiva, assim como os fatores a elas associadas, entre idosos de duas unidades de saúde, foram analisadas no estudo de Oliveira e et., (2021). Foi visto que os idosos utilizavam em média 5,2 medicamentos, o que se assemelha ao resultado desse estudo. No entanto, no estudo de Oliveira et al. (2021), a polifarmácia está associada a faixa etária ≤ 70 anos.

A fim de identificar os fatores associados à polimedicação em adultos mais velhos e em idosos na Estratégia de Saúde da Família, Andrade et al. (2020) também verificou maior prevalência entre indivíduos idosos, quando comparado aos adultos, e destacou outros fatores associados à polifarmácia, como não possuir companheiro, ter sofrido ao menos uma queda, ser tabagista e a avaliação da condição de saúde.

No tocante aos achados referentes à classificação terapêutica, os mesmos corroboram com o trabalho de Moreira et al. (2020) que descreveu e avaliou o perfil de utilização de medicamentos dos usuários adultos da atenção primária, e averiguou que a classe mais prescrita foi o sistema cardiovascular, e o medicamento mais utilizado entre os participantes foi a losartana, seguida da hidroclorotiazida.

No que diz respeito à avaliação da adesão, os resultados mostram-se semelhantes ao disposto no trabalho de Weyn et al. (2022), que avaliou quais eram as causas associadas à baixa adesão em idosos de uma unidade de saúde. A polifarmácia teve uma incidência de 57,1%, e foi considerada como um dos fatores negativos que influenciaram na adesão medicamentosa.

Já Moura e Lopes. (2020), em estudo clínico randomizado, analisou a polifarmácia entre os idosos com hipertensão arterial que estavam em acompanhamento no ambulatório, e a frequência de Problemas Relacionados à Medicamentos (PRM). Como resultados, evidenciou que 80% dos participantes faziam uso da polifarmácia, com alta frequência de PRM, caracterizadas pela não adesão ao tratamento, reação adversa e dosagem alta.

Entre os idosos polimedicados, participantes da pesquisa realizada na região da Beira Interior, em Portugal, foi verificado por Mó (2020) que 45% apresentava menor adesão ao tratamento, e que fatores como o esquecimento, preocupação com efeitos secundários e dificuldades na gestão dos medicamentos estavam relacionados.

No estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2020), que categorizou os fatores associados à baixa adesão por pacientes atendidos por um centro integrado de saúde, foi visto que 60% dos indivíduos possuem faixa etária acima de 50 anos, e são estes que mais abandonam o tratamento, devido ao uso de polifarmácia e esquecimento da administração das doses.

Diferentemente do que vem sendo descrito, os achados obtidos por Trindade et al. (2020) apontam que a maioria dos pacientes idosos (59,1%), avaliados em estudo, foram considerados aderentes, frente aos 40, 9%, que não. No entanto, a polifarmácia foi relatada por 50% dos idosos, demonstrando-se presente em percentual considerável. O estudo concluiu que, apesar da maioria dos idosos terem se mostrado aderentes, um número importante foi considerado como não aderente, e que melhores índices de adesão devem ser alvos da equipe.

Todavia, Kasper et al. (2018) alcançou dados em pesquisa que revelaram que, 70% dos pacientes portadores de hipertensão, sob avaliação, foram classificados com escore de baixa adesão medicamentosa. De modo similar a este trabalho, os autores utilizaram como método avaliativo, a aplicação do questionário BQM e constataram que, a maior parcela dos participantes obteve um escore com ≥ 3 respostas positivas.

Além da adesão, como referido acima, os autores também avaliaram a qualidade de vida dos participantes, a partir do questionário *WHOQOL BREF*, que revelou que os escores mais altos foram encontrados nos domínios social 14,57 ($\pm 2,69$) e meio ambiente 13,59 ($\pm 2,13$), e os mais baixos no psicológico 12,92 ($\pm 1,88$) e físico 13,04 ($\pm 2,25$). Tais resultados assemelham-se os que foram encontrados neste estudo, já que o escore mais alto foi observado no domínio meio ambiente 11,88 ($\pm 1,98$), seguido do social 11,81 ($\pm 1,97$). E o mais baixo domínio psicológico 11,75 ($\pm 1,55$).

Em contraposição, os dados trazidos no estudo de Almeida-Brasil et al. (2017), que identificou as características associadas à qualidade de vida em usuários de quatro unidades de saúde de Belo Horizonte, demonstraram que as menores médias foram observadas no domínio do meio ambiente, com diferenças estatísticas significativas entre algumas unidades.

A boa pontuação com relação ao domínio do meio ambiente mostra que os participantes deste trabalho se sentem integrados ao meio em que vivem, o que pode estar relacionado com a sensação de pertencimento ao local, segurança e interação com integrantes que compartilham do mesmo espaço, o que também pode influenciar no domínio social.

Com relação aos escores mais baixos, representados pelo domínio físico 11,62 ($\pm 2,62$) e psicológico 11,75 ($\pm 2,55$), estes podem estar associados à presença de multimorbidades, dificuldade em aceitar as limitações propostas pelas condições de saúde, dependência e dificuldades para gerir o uso dos medicamentos e necessidade frequente de algum tipo de tratamento para seguir com a vida diária (PIO; ALEXANDRE; TOLEDO, 2021).

Santana et al. (2019), evidenciou em estudo que, a polifarmácia pode afetar a qualidade de vida de forma negativa, entre outros motivos, promovida pela baixa adesão relacionada a complicações que envolvem efeitos adversos. De acordo com Balkhi et al. (2019), é necessário investir em intervenções comportamentais e educativas que aumentem as taxas de adesão medicamentosa, principalmente em pacientes com polifarmácia e com multicomorbidades.

6.2 Realização de grupos operativos

Os grupos demonstraram ser um importante instrumento facilitador da educação em saúde, dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). E tal resultado corrobora com estudo realizado por Diel et al. (2019), que cita os grupos de cessação do uso de tabaco, condições crônicas (hipertensão e diabetes), gestantes, atividades físicas e oficina terapêutica, como recursos para aplicação de medidas educativas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da cidade de Santa Rosa, Rio Grande do Sul.

Já o trabalho desenvolvido por Menezes e Avelino (2016), analisou os resultados de ações educativas na APS através dos grupos operacionais encontrados, e evidenciou que tais grupos, quando voltados para educação em saúde, funcionam como estratégia eficiente, com abertura de espaço para a escuta das necessidades e para informação.

Foi visualizado, a partir dos encontros grupais, que os participantes apresentaram um perfil participativo, a partir de um ambiente que permitiu a realização de trocas de vivências e saberes. Os momentos de interação no grupo geraram reflexão acerca da realidade na qual cada usuário estava inserido, e estimulou a busca por soluções para as dificuldades apresentadas com o tratamento, além da construção compartilhada de conhecimentos.

Resultados semelhantes foram observados no estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2023), que relatou o planejamento e implementação da retomada do grupo de HiperDia na APS. O qual promoveu a troca de saberes entre os usuários, agregou conhecimentos sobre a condição de saúde, esclareceu dúvidas, e serviu como alerta e incentivo para o autocuidado, além de instigar o desenvolvimento de novos hábitos de vida nos usuários.

No estudo desenvolvido por Silva, Leal e Bruno (2019), que visou conhecer a percepção de usuários diabéticos sobre a patologia, o tratamento e o autocuidado antes e após a instituição de um grupo, os resultados demonstraram que a execução do grupo, com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade do usuário, proporcionou uma melhor compreensão acerca do seu processo de saúde-doença, incorporando mudanças de comportamento significativas para melhoria da qualidade de vida.

Com relação ao formato no qual os grupos foram desenvolvidos, a realização de oficinas e aplicação de dinâmicas favoreceram a integração e o envolvimento dos usuários, tornando mais fluido o processo dos encontros. A utilização de dinâmicas e o uso de oficinas também foi descrita por Oliveira et al. (2018), que teve como objetivo descrever as experiências de atividades de educação em saúde realizadas em um grupo de idosos, a partir de ferramentas lúdicas e construtivas, como oficinas, rodas de conversa e dinâmicas grupais, que possibilitaram a construção de conhecimentos e o autocuidado.

Por sua vez, Souza, Figueiredo e Machado (2017), em trabalho que teve como objetivo apresentar e discutir as práticas de educação em saúde direcionadas aos portadores de Diabetes na APS, descreveu como metodologia educacional, o uso de dinâmicas lúdicas em grupos, círculos de discussão e rodas de conversa. Coscrato, Pina e Mello (2010), apontam a utilização do lúdico para prática da educação em saúde, e destaca o uso de dinâmicas para prevenção de agravos e doenças, e no manejo de doenças crônicas.

Ao final da última oficina, os usuários obtiveram um produto lúdico educativo criado com base em suas necessidades para aperfeiçoar a adesão ao seu tratamento. O momento promoveu o lado criativo dos usuários e os inseriu como autores e responsáveis pelo seu processo de cuidado, já que foram eles que construíram e personalizaram os dispositivos educativos.

Os tipos dos dispositivos desenvolvidos também foram influenciados pelos resultados gerados a partir do questionário que buscou identificar as condições que poderiam dificultar a adesão.

A falta de conhecimento sobre os problemas de saúde e a indicação dos medicamentos que constituíam a terapia plurimedicamentosa dos participantes, foi um aspecto materializado durante a realização da segunda oficina, com aplicação de uma dinâmica que promoveu a construção compartilhada de novos conhecimentos, a partir da experiência da troca de saberes.

A dificuldade em organizar os medicamentos, relatada pela maior parte dos usuários, foi relacionada com o desenvolvimento da caixa organizadora. Já o fato da maioria saber apenas o horário de alguns medicamentos, mas de outros não, foi associado com a utilização de um recurso sonoro.

Dentre os participantes, 17,1% foi representado pelo público analfabeto e, considerando o mesmo, pensou-se na utilização de pictogramas, medicamentos e prescrições sinalizadas com cores. Cada cor estava relacionada com uma imagem do pictograma, em específico.

A utilização de tais dispositivos também é relatada no trabalho de Cross et al. (2020), que estuda as intervenções para melhorar a capacidade de adesão dos idosos à tratamentos polimedicamentosos, a partir de uma revisão, e cita uma variedade de estratégias comportamentais, entre elas o uso de alarmes; calendário; etiquetas com letras grandes e mudança de embalagem dos medicamentos; caixa organizadora de medicamentos; e utilização de lembretes, que foram descritas no estudo de George, Elliott e Stewart (2008).

Albuquerque et al. (2016), relata em estudo a implantação de prescrições pictográficas e sinalizadas com cores, como dispositivo para adesão ao tratamento de usuários analfabetos, hipertensos e diabéticos, e obteve como resultado um aumento na adesão ao tratamento

medicamentoso, que variou de 60% para 93,33%, entre esse público.

Os achados encontrados com a realização dos grupos coincidem com o exposto em literatura, e reafirmam a relevância e o potencial dos mesmos na APS, como uma atividade de promoção da educação em saúde.

6.3 Avaliação do uso do dispositivo e da percepção dos usuários sob a atividade de educação em saúde

O grupo focal pontual de avaliação foi utilizado como estratégia que favoreceu a exposição dos pensamentos dos usuários, com relação à atividade de educação em saúde da qual participaram, e o uso do dispositivo educativo desenvolvido, promovendo a obtenção de um material vasto e rico em detalhes. A gravação dos encontros possibilitou a captação das nuances das falas dos usuários, e posterior análise dos seus discursos através da análise de conteúdo de Bardin.

A realização do grupo focal como uma metodologia eficiente de coleta também foi descrita no trabalho desenvolvido por Bezerra et al. (2020), que teve como objetivo avaliar o processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), na atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e Diabetes Mellitus, e identificou o poder de transformação das ações educativas quando se tornam participativas e construídas com base nas experiências e necessidades da população.

Já Silva (2019), descreveu o uso do grupo focal para evidenciar a percepção dos profissionais e dos usuários acerca do grupo educativo enquanto ferramenta de promoção da saúde e do autocuidado na Estratégia de Saúde da Família no Município de Assú, Rio Grande do Norte. E a partir do mesmo, e da aplicação da análise de conteúdo, observou-se que os grupos são planejados de forma coletiva pela equipe, com a organização e definição de temas com maior centralidade no enfermeiro.

De modo similar, a utilização de dispositivos gravadores, e posterior transcrição dos relatos, foi mencionada no estudo de Mendes e Miskulin (2017), que expôs a análise de conteúdo de Bardin como uma metodologia de análise de dados da pesquisa qualitativa em educação, e fez uso de um software gratuito de gravação e edição de som para auxiliar nas transcrições dos conteúdos áudio gravados.

Outro estudo que faz referência à utilização da análise de conteúdo de Bardin, é o trabalho desenvolvido por Souza e Santos (2020), que analisou as contribuições das Feiras de Ciências promovidas pelo Programa Ciências para Todos no Semiárido Potiguar no

desenvolvimento protagônico de alunos na educação básica e suas implicações de ascensão ao ensino superior, de acordo com as etapas descritas por Bardin.

Com a análise do material transcrito foi possível evidenciar, a partir das categorias finais formadas, que os usuários identificaram os grupos educativos como um espaço que proporciona a reflexão sobre o contexto de saúde-doença, estimulando a construção compartilhada de conhecimentos, de forma coletiva, e consequentemente o adquirento da autonomia.

E a utilização do dispositivo educativo, obtido como produto dos encontros grupais, foi destacado como um mecanismo que auxiliou na compreensão e execução do tratamento de forma correta, facilitando a seguimento do regime terapêutico polimedicamentoso e garantindo o cuidado contínuo aos usuários.

Tais resultados corroboram com o exposto no estudo de Matias (2017), que analisou os diversos processos de constituição de grupalidade nos grupos de educação em saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família, e constatou que os usuários identificam os grupos como um instrumento fundamental de prática coletiva.

De forma contrária, Bezerra et al (2020), destaca em estudo, que avaliou as ações educativas realizadas no HiperDia pelo NASF-AB, que ainda é possível perceber a visão tradicionalista curativista e medicalocêntrica nos discursos dos usuários que só participavam do Hiperdia, e a lacuna deste grupo em realizar ações educativas. Mas destaca o empenho dos profissionais para realização de ações educativas incentivadoras da participação dos usuários, como a dança, o teatro e a oficina de culinária, que tornam a ação mais dinâmica e atrativa, alcançando melhorias na saúde relatadas pelos usuários.

Já Sousa et al. (2021), realizou um trabalho em uma unidade de acolhimento, para usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, mediado pela realização de um grupo operativo com o tema “motivação para o tratamento”, e descreveu que tal grupo proporcionou momentos de trocas e interações entre os membros, já que estes entenderam que, mesmo tendo passado por situações diferentes, naquele momento todos estavam em prol do mesmo objetivo. Além disso, destacou que os usuários relataram que a participação no grupo foi experiência necessária para o seu tratamento.

Almeida, Moutinho e Leite (2014), desenvolveram um trabalho que buscou analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, e evidenciou que a educação em saúde, segundo os usuários, é voltada para aspectos de qualidade de vida, promoção de hábitos saudáveis e, ao mesmo tempo, exposições de cuidados específicos e normatizados para determinadas patologias. E que os grupos são mecanismos de apoio para quem enfrenta doenças crônicas. Constatou-se também a troca de

experiências entre os usuários, demonstrando que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico.

Sousa e Oliveira (2021), procuraram interpretar, em trabalho, a experiência vivenciada com um grupo operativo realizado em um serviço público de saúde mental, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e concluiu que tais grupos enriquecem o cotidiano dos usuários e fortalecem a união, promovendo a identificação e aprendizagem, que por sua vez, possibilitam mudanças e transformações. Tais achados reforçam e fortalecem os resultados encontrados nesta pesquisa.

Achados demonstram que os usuários descrevem os grupos como espaços de transformação, que contribui para o adquirecimento da autonomia e para o autocuidado, enquanto que, para alguns profissionais, estes são concebidos como um espaço de convivência e troca, e para outros, como espaço de repasse de informações (SILVA, 2019).

Assim, foi observado tanto com os resultados obtidos no estudo quanto aqueles apresentados em literatura, que os usuários apresentaram uma percepção positiva com relação à prática de educação em saúde.

Com a reaplicação dos questionários foi possível verificar que a atividade de educação em saúde, e a utilização do dispositivo educativo tiveram uma influência positiva sobre o processo de adesão, já que após esse momento o número de indivíduos com baixa adesão diminuiu, e houve uma redistribuição dos usuários com relação à classificação geral. Assim como sobre a qualidade de vida que, após intervenção, alcançou uma média superior.

A inversão na ordem dos domínios, com o crescimento da faceta que avalia a autopercepção sobre a qualidade de vida e satisfação com saúde; seguido do aumento no campo psicológico, demonstra o potencial que os grupos de educação em saúde têm para auxiliar na compreensão do processo saúde e doença e na gestão do tratamento (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

O desenvolvimento, e a realização de ações de educação em saúde, na atenção primária, é referida em literatura como uma prática que favorece a adesão ao tratamento medicamentoso, e precisam ser incorporadas às práticas dos profissionais, de forma continuada (LULEBO et al., 2015; CARMO et al., 2016; SALIN et al., 2019; CARMO, 2021) Deste modo, observa-se confluência entre o exposto e os resultados obtidos.

Trabalhos como o de Fortuna (2019), que demonstrou a eficácia da utilização de um dispositivo educativo, em formato de bip digital acoplado à caixa de medicamentos, na redução do percentual de indivíduos com baixa adesão, de 76,9% para 11,5%, reafirmam o potencial

que uma tecnologia simples, como um dispositivo educativo, tem de facilitar a compreensão e adesão ao tratamento, assim como ficou evidenciado neste estudo.

Já Tosta et al. (2019) valida os dados encontrados, quando ressalta a execução de grupos de educação em saúde como uma ferramenta capaz de promover a criação de vínculos entre usuários e profissionais, e simplificar a compreensão do tratamento com consequente adesão ao mesmo.

Ademais, este trabalho apontou que usuários aderentes possuem uma melhor qualidade de vida quando comparado aos classificados com baixa adesão. O aumento paralelo da adesão e da qualidade de vida também foi visualizada no trabalho de Nguyen et al. (2019), que identificou que tanto a adesão quanto a qualidade de vida tiveram um aumento considerável de 37.4% para 53.2%, e de 0,47 para 0,59, respectivamente, após as intervenções educativa realizadas a partir do cuidado farmacêutico.

Reforçando os dados encontrados, Tavares et al. (2016) atestou que entre os usuários hipertensos com baixa adesão, houve obtenção de escores inferiores em todos os domínios e facetas de qualidade de vida. Concluindo que é necessário preconizar ações de educação em saúde que favoreçam a maior adesão, de forma a minimizar o impacto das comorbidades e melhorar a qualidade de vida.

A adesão ao regime terapêutico foi descrita como um dos fatores que influencia tanto na qualidade de vida dos pacientes quanto nas condições de saúde (FERREIRA et al., 2021). Por sua vez, Maciel, Pimenta e Caldeira (2016), relatou que quanto maior foi a adesão, melhor foi a qualidade de vida entre os usuários hipertensos estudados, na Atenção Primária.

Também corrobora com a pesquisa, os dados gerados por Bezerra et al. (2022), que refere a presença de relação direta entre adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida, de maneira em que estas associam-se positivamente entre o público alvo do trabalho.

Quanto às variáveis qualitativas *versus* adesão, o estudo demonstrou que indivíduos que aderem ao tratamento medicamentoso possuem melhor conhecimento sobre sua condição de saúde, quando comparado com aqueles com baixa adesão. Essa melhora pode estar relacionada com a atividade e uso do dispositivo educativo, já que tal achado coincide com o relato dos usuários sobre a intervenção.

Tal resultado corrobora com o descrito em literatura, que destaca o conhecimento como um fator positivo relacionado à uma maior adesão (BECHO et al., 2017; CARMO, 2021; COSTA, GALATO, 2023; MEDEIROS et., 2023).

Não houve associação estatística com as demais variáveis analisadas, o que contrapõe os resultados observados em diferentes trabalhos, já que são citadas características

socioeconômicas; clínicas e de cunho psicológico, como aspectos que influenciam à baixa adesão medicamentosa (MANSOUR et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021).

A falta de correlação entre adesão e os dados socioeconômicos pode ter ocorrido devido à uma certa homogeneidade da população em estudo, visto que 82,85% reside com o cônjuge e/ou com algum outro membro da família, e 77,14% possui o ensino fundamental completo e incompleto. Essa teoria é apoiada pelos resultados encontrados no trabalho de Aquino et al. (2017).

A maior parte das pesquisas apontam que a idade mais avançada, assim como o sexo, são condicionantes que podem servir como barreiras para adesão (CARVALHO et al., 2019; MANSOUR et al., 2021; MEDEIROS et al., 2023). De forma contrastante, não foi vista essa associação na amostra estudada, apesar do maior público pertencer à faixa etária entre 60 a 69 anos e ser do sexo feminino. Corrobora com o encontrado, o exposto no trabalho de Costa e Galato (2023), que descreveu como contraditório, a idade, o sexo e a renda, como influentes na má adesão.

Ficou evidenciado que a maior parte dos usuários, mesmo antes da intervenção, já era acompanhado regularmente por profissionais de saúde, mesmo que em outros pontos de atendimento, além da unidade de saúde, na APS. O que pode explicar o fato de não haver uma variação considerável entre os indivíduos com adesão e baixa adesão, que participaram de consultas nos últimos seis meses.

O uso de outros serviços de saúde também não teve significância sob a adesão ao tratamento. O que pode ser justificado, já que os indivíduos aderentes não pararam de frequentar tais ambientes, devido a necessidade clínica, para adquirirem melhor adesão.

Outros estudos, por sua vez, descrevem que a frequência de acompanhamento e a utilização de diferentes níveis de atenção, ao mesmo tempo, são pontos que tendem a dificultar a aderência (ROMANO-LIEBER et al., 2018; CARVALHO et al., 2019).

Com relação às condições que envolvem o tratamento, mesmo as variáveis não sendo consideradas estatisticamente significantes entre os usuários polimedicados, observa-se que a literatura descreve a complexidade do regime terapêutico, o conhecimento sobre como seguir com a terapêutica, a boa relação com o profissional de saúde e a memória, como pontos que podem interferir na adesão (CARVALHO et al., 2019; SALIN et al., 2019; MANSOUR et al., 2021; CÔCO et al., 2022).

Assim, ainda foi possível utilizá-las como ponto de rastreio para melhor identificar as dificuldades autorrelatadas dos pacientes, e entendê-los.

7 CONCLUSÃO

A partir do exposto, é possível destacar que a realização das salas de espera viabilizou, tanto o primeiro contato com os usuários polimedicados quanto a abordagem do assunto estudado, de forma interativa. Assim, a condução de tais momentos permite identificar os saberes prévios dos indivíduos, e estimula a troca, e a construção compartilhada de novos conhecimentos.

Com relação aos grupos de educação em saúde, os resultados permitem concluir que a atividade grupal favorece a participação ativa dos usuários, assim como, uma melhor integração entre eles, e com quem a direciona. Além de instigar o pensamento reflexivo acerca da realidade, sendo um meio para partilhar as experiências vivenciadas.

De acordo com a visão dos participantes, a atividade de educação em saúde, mediada em formato de grupo, e a utilização do dispositivo educativo, representaram uma oportunidade para a conquista da autonomia dentro do processo saúde e doença, e facilitou o seguimento do regime terapêutico. Portanto, conclui-se que a percepção dos usuários sobre a atividade educativa, e uso do dispositivo, foi positiva e promoveu o estabelecimento de um cuidado contínuo.

A comparação da adesão e da qualidade de vida, antes e após a intervenção, comprova que a prática de educação em saúde e a utilização de tecnologias leves é capaz de melhorar a aderência ao tratamento medicamentoso entre aqueles indivíduos que fazem o uso da polifarmácia, e conseqüentemente também, a qualidade de vida.

Desta forma, o referido estudo constata que as ações de educação em saúde, principalmente aquelas que ocorrem de forma coletiva, devem ser priorizadas dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo parte essencial das práticas dos profissionais, e fazendo parte da rotina dos indivíduos polimedicados.

Os achados obtidos podem ser utilizados para orientar a elaboração de estratégias individualizadas e inovadoras, dentro do cuidado farmacêutico nas unidades de saúde, que contemplem a realidade dos sujeitos e simplifiquem o processo de adesão, promovendo uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, C. P. **Cuidado farmacêutico no Brasil: uma revisão bibliográfica**. 2018. 23p. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, 2018.
- AITH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**. v. 15, n. 01, p. 10-39, 2014.
- AITKEN, M.; GOROKHOVICH, L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012.
- AKAZAWA, M. et al. Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. The American **Journal Geriatrics Pharmacotherapy**. v. 08, n. 01, p. 146–160, 2010.
- ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trabalho Educação e Saúde**. v. 14, n. 02, 611-624, 2016.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 05, p. 1705-1716, 2017.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**. v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.
- ALMEIDA, L. E. et al. Abordagem das temáticas “saúde bucal de gestantes e bebês” E “saúde do homem” em salas de espera: significâncias Político-pedagógicas das experimentações vivenciadas em um estágio supervisionado. **Revista Rede e Cuidados em Saúde**. v. 14, n. 01, p. 01-24, 2020.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**. v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ANDRADE, N. O. et al. Polimedicação em Idosos Cadastrados na Estratégia Saúde da Família: associação com fatores sociodemográficos, estilo de vida, rede de apoio social e saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.15, n. 42, p. 01-13, 2020.
- ANDRADE, Y. S. et al. Educação em Saúde na Sala de Espera: espaço de produção de cuidado e trabalho interprofissional. **Revista Saúde em Redes**. v. 07, n. 02, p. 01-10, 2021.
- ANDRZEJEVSKI, V. M. S. et al. Oral Antineoplastics: Treatment Adherence and Medication Beliefs. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 67, n. 02, p. 01-10, 2021.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 03, p. 3603-3614, 2010.

AQUINO, G. E. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 20, n. 01, p. 116-127, 2017.

ARAÚJO A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciencias Farmacêuticas**. v. 42, n. 01, p. 137-146, 2006.

ARAUJO, L. U. et al. Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde: pesquisa transversal em pacientes com doenças crônicas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 27, n.01, p. 1-11, 2019.

ARAUJO, N. C. F. et al. Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 08, n. 03, p. 37-41, 2017.

ARNSTEN, J. H. et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. **Clinical Infectious Diseases**. v. 33, n. 08, p. 1417-1423, 2001.

ARRUDA, C. J. et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 18, n. 02, p. 327-337, 2015.

AZEVEDO, M. G. B. et al. Effectiveness of home pharmaceutical interventions in metabolic syndrome: a randomized controlled trial. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 53, n. 02, p. 01-09, 2017.

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.

BARRETO, A. C. O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 01, p. 266-273, 2019.

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. 01, p. 1-17, 2020.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 01, p. 636-641, 2012.

BALKHI, B. et al. Oral antidiabetic medication adherence and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus: a crosssectional retrospective study in a tertiary hospital in Saudi Arabia. **BMJ Open**. v. 09, n. 01, p. 02-11, 2019.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BATISTA, S. C. M. et al. Polimedicação, atenção farmacêutica e cuidado farmacêutico. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 16, n. 4, p. 455-469, 2020.

BECHO A. S. et al. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**. v. 20, n 03, p. 349–359, 2017.

BESSEN, C. B. A. et al. Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BEZERRA, H. M. C. et al. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n.03, p. 01-18, 2020.

BORBA, A. K. O. T. Diabetes no idoso: práticas educativas e fatores associados à adesão terapêutica. 2012. 112p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Instituiu a Política Nacional de Promoção à Saúde. Diário Oficial da União, 2017; 30 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial União, 2013; 01 abr.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). Portaria nº 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). Diário Oficial da União, 2017; 21 set.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. DOU de 11.8.2014 (Edição extra). Brasília. Distrito Federal.

BRIESACHER, B. A. et al. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. **Pharmacotherapy**. v. 28, n. 04, p. 437-443, 2008.

BUSSE, R. et al. Interventions and Challenges; Observatory Studies Series no. 20; European Observatory on health systems and policies: Copenhagen, Denmark, 2010.

CADOGAN, C. A.; RYAN, C.; HUGHES, C. M. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. **Drug Safety**. v.39, n. 02, p. 109-16, 2016.

CARMO, F. M. R. et al. O papel do grupo hiperdia frente à dificuldade de adesão terapêutica. **Revista APS**. v. 19, n. 02, p. 335-347, 2016.

CARMO, V. C. **Fatores associados à não adesão medicamentosa de pacientes portadores do diabetes tipo 2**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Farmacêuticas). Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2021.

CARVALHO, P. P. et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 07, p. 2543-2555, 2019.

CASTELLANO, J. M. et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. **Journal of the American College of Cardiology**. v. 64, n. 20, p. 2071-2082, 2014.

CASTIONI, J. et al. Prevalence and determinants of polypharmacy in Switzerland: data from the CoLaus study. **BMC Health Services Research**. v. 17, n. 840, p. 01-10, 2017.

CASTRO, E. F. M. **Estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos analfabetos da equipe de saúde da família 1 da unidade básica de saúde Alcides Lins**. 2011. 31p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CHISHOLM-BURNS, M. A.; SPIVEY, C. A. The “cost” of medication nonadherence: consequences we cannot afford to accept. **Journal of the American Pharmacists Association**. v. 52, n. 06, p. 823-826, 2012.

CLARES, J. W. B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Revista Rene**. v. 12, n. 01, p.01-07, 2011.

CÔCO, L. T. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento da hepatite C: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 04, p. 1359-1376, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CONSTANTINO, J. L. et al. Polypharmacy, inappropriate medication use and associated factors among brazilian older adults. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 28, n. 03, p. 400-408, 2020.

CORRALO, V. S. et al. Polifarmácia e fatores associados em idosos diabéticos. **Revista de Salud Pública**. v. 20, n. 03, p. 366-372, 2018.

COSCRATO, G.; PINA, C. J.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.02, p.257-263, 2010.

COSTA, G. M. **Polifarmácia e educação para uso correto de medicamentos**. 2015. 51p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2015.

COSTA, L. M.; GALATO, D. Identificação dos fatores associados com a adesão à medicação em pacientes transplantados renais: Uma revisão da literatura integrativa. **Brazilian Journal of Transplantation**. v. 26, n. 01, 2023.

CRAMER, J.A. et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. **Value Health**. v. 11, n. 01, p. 44–47, 2008.

- CROSS, A. J. et al. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 05, n. 01, p. 01-227, 2020.
- CRUZ, W. M.; QUEIROZ, L. M. D.; SOLER, O. Cuidado farmacêutico para utentes de farmácia comunitária privada: Revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**. v. 6, n. 10, p.78682-78702, 2020.
- CURTIS, S. E. et al. Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. **American Journal Managed Care**. v. 23, n. 01, p. 208–214, 2017.
- DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**. v. 11, n. 03, p. 331-337, 2013.
- DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo de produção FSP – USP e ENSP – Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck**. 2000. 208p Tese (Doutorado em Educação e Ciência) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- DE BLESER, L. How accurate are electronic monitoring devices? a laboratory study testing two devices to measure Medication adherence. **Sensors**. v. 10, n. 03, p. 1652-1660, 2010.
- DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educacao e saude no cotidiano de enfermeiras da atencao primaria. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 03, n. 03, p. 449-60, 2013.
- DIEL, A. C. L. et al. Atuação do farmacêutico na Atenção Primária em Saúde: experiências a partir da residência multiprofissional em saúde da família. **Revista de Educação Popular**. v. 18, n. 2, p. 297-311, 2019.
- DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in healthcare. **Croatian Medical Journal**. v. 44, n. 05, p. 655-657, 2003.
- DONALDSON, L. et al. Medication without harm: who's third global patient safety challenge. **The lancet**. v. 389, n. 01, p. 1680-1685, 2017.
- DUERDEN, M.; AVERY, T.; PAYNE, R. Polypharmacy and medicines optimization: Making it safe and sound. London: The King's Fund; 2013.
- FERREIRA, J. C.V. et al. Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Enfermagem em Foco**. v. 12, n. 01, p. 125-31, 2021.
- FERREIRA, M. C. **Intervenção educativa utilizando um podcast educacional Sobre hanseníase**. 2019. 105p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.
- FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. 04, p. 815-26, 2014.

FLEURÍ, A. C. P. et al. Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. **Enfermagem Revista**. v. 16, n. 01, p. 50-57, 2013.

FORTUNA, P. C. **Avaliação da eficácia do uso de um bip digital acoplado à caixa do medicamento na adesão ao tratamento farmacológico: um estudo quasi-experimental**. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2019.

FOSSÁ, M. I. T. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FRADE, J. C. Q. P. **Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas René Rachou, 2006.

FRANCHI, C. et al. Geographical differences in the prevalence of chronic polypharmacy in older people: eleven years of the EPIFARM-elderly project. **European Journal of Clinical Pharmacology**. v. 69, n. 01, p.1477–1483, 2013.

FREIRE, E. P. A. Construção de uma estratégia de classificação para podcasts na educação. **Inter-Ação**. v. 38, n. 3, p. 711-730, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAG, R. M. K. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?. **Revista de estudos da linguagem**. v.26, n.02, p.667-686, 2018.

FREITAS, K. P.; ALVARENGA, M. R. M. Polypharmacy and high Medication Regimen Complexity Index in the elderly assisted in primary health care. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 01, n. 01, p. 01-06, 2020.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. et al. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences**. v. 47, n. 02, p. 409-420, 2011.

GARCÍA, C. C. et al. Eficacia de la intervención farmacêutica em pacientes polimedicados. **Pharmaceutical Care España**. Vol. 07, n. 01, 2005.

GASCÓN, J. J. et al. Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. **Family Practice**. v. 21, n. 02, p. 125-130, 2004.

GELLAD, W. F.; GREARD, J. L.; MARCUM ZA, A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**. v. 09, n. 01, p. 11-23, 2011.

GEORGE, J.; ELLIOTT, R. A.; STEWART, D. C. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. **Drugs & Aging**. v. 25, n. 04, p. 307-24, 2008.

GILLETTE, C. et al. A new lexicon for polypharmacy: implications for research, practice, and education. **Research Social Administrative Pharmacy**. v. 11, n. 01, p. 468–471, 2015.

GRACIOLI, J. C. et al. Estratégias utilizadas por enfermeiros na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 21, n.01, p. 01-08, 2017.

GRIMMSMANN, T.; HIMMEL, W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. **Pharmacoepidemiology Drug Safety**. v. 18, n. 12, p. 1206-1213, 2009.

GU, Q.; DILLON, C. F.; BURT, V. L. Prescription drug use continues to increase: U.S. prescription drug data for 2007–2008. **NCHS Data Brief**. v. 42, n. 01, p. 1–8, 2010.

GURWITZ, J. H. et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. **Jama**. v. 289, n. 09, p. 1107-16, 2003.

GUTHRIE, B. et al. The rising tide of polypharmacy and drugdrug interactions: population database analysis 1995–2010. **BMC Medicine**. v. 13, n. 74, p. 01-10, 2015.

HALLI-TIERNEY, A. D. H.; SCARBROUGH, C.; CARROLL, D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. **American Family Physician**. v. 10, n. 01, p. 32-38, 2019.

HEPPNER, H. J. et al. Polypharmacy in the elderly from the clinical toxicologist perspective. **Gerontology Geriatrics**. v. 45, n. 01, p. 473-478, 2012.

HERNANDEZ, C. M. L. et al. Social support, social context and non adherence to treatment in Young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primarycare. MULTIPAP Study. **PlosOne**. v. 15, n. 06, p. 1-15, 2020.

HIGGINS N.; REGAN C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. **Age and Ageing**. v. 33, n. 03, p. 224-9, 2004.

HO, P. M. et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. **American Heart Journal**. v. 155, n. 04, p. 772-779, 2008.

HORNE, R. et al. Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation, 2005.

HUGTENBURG, J.G. et al. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: A challenge for tailored interventions. **Patient Preference and Adherence**. v. 7, n. 01, p. 675–682, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

IUGA, A. O.; MCGUIRE, M. J. Adherence and health care costs. **Risk Management Healthcare Policy**. v. 07, n. 01, p. 35-44, 2014.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saude Debate**. v. 39, n. 105, p. 480-90, 2015.
JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Revista de Educação Popular**. v. 12, n. 01, p. 66-80, 2013.

KASPER, M. D. et al. Adesão à terapia medicamentosa e qualidade de vida de usuários de uma unidade de saúde da família de Novo Hamburgo-RS. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 08, n.04, p. 11-17, 2018.

KHDOUR, M. R. et al. Pharmaceutical care for adult asthma patients: A controlled intervention one-year follow-up study. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**. v. 01, n. 126, p. 332-340, 2019.

KHEZRIAN, M. et al. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. **Therapeutic Advances in Drug Safety** v. 11, n. 01, p. 01-10, 2020.

KINI, V.; HO, M. Interventions to Improve Medication Adherence: a Review. **Clinical Review & Education**. v. 320, n. 23, p. 2461-2473, 2018.

KRIPALANI, S. et al. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. **Value Health**. v. 12, n. 01 p. 118-23, 2009.

KOCH, I. G. V. *A inter-ação pela linguagem*. São Paulo: Contexto, 2003.

KUSANO, L. T. E. **Prevalência da Polifarmácia em Idosos com demência**. 2009. 129p. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas, Brasília, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEMSTRA, M.; ALSABBAGH, M.W. Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. **Patient Preference and Adherence**. v. 8, n. 01, p. 211-218, 2014.

LIMA, J. P. et al. Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 03, p. 01-08, 2020.

LIU, H. et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. **Annals of Internal Medicine**. v. 134, n. 10, p. 968-977, 2001.

LOPES, C.; ALMEIDA, C. V. **Literacia em saúde na prática**. 1. e.d. Lisboa:ISPA, 2019.

LOZANO-HERNÁNDEZ, C. M. et al. Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. MULTIPAP Study. **Plos one**. v.15, n. 06, p. 01-15, 2020.

LULEBO, A. M. et al. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. **Biomedcentral Research Notes**. v. 526, n. 08, p. 01-16, 2015.

MACIEL, A. P. F.; PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 29, n. 05, p. 542-548, 2016.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem** v.14, n. 04, p. 773-6, 2009.

MACOVIC-PECOVIK, V. Polypharmacy among the elderly in the Republic of Srpska: extent and implications for the future. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**. v.16, n. 05, p. 609-18, 2016.

MAGALHÃES, F. H. L. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 40, n. 01, p. 1-7, 2019.

MAHER, R. L.; HANLON, J. T.; HAJJAR, A. R. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. **National Institutes of Health**. v. 13, n. 01, p. 01-11, 2014.

MAIR, A. et al. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge. Scotland. 2 e.d. The Simpathy Consortium, 2017.

MANSOUR, G. K. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento para tuberculose pulmonar. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. v. 54, n. 02, p. 01-12, 2021.

MANTOVANI, M. F. et al. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. **Revista de enfermagem UFPE On Line**. v. 09, n. 01, p. 84-90, 2015.

MASNOON, N. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**. v. 17, n. 230, p. 01-10, 2017.

MATIAS, P. S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2017.

MATSUMOTO, P. M. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v. 46, n. 03, p. 761-5, 2012.

MCGRADY, M. E. et al. An independent evaluation of the accuracy and usability of electronic adherence monitoring devices. **Annals of Internal Medicine**. v. 169, n. 06, p. 419-422, 2018.

- MEDEIROS, G. C. et al. Adesão terapêutica ao uso de antiparkinsonianos em pessoas idosas e seus fatores associados: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 25, n. 01, p. 01-12, 2023.
- MEDEIROS-SOUZA, P. et al. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. **Revista Saude Publica**. v. 41, n. 01, p.1049–1053, 2007.
- MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**. v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017.
- MENDITTO, E. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design—the impact on Medication adherence. **Pharmaceutics**. v. 44, n. 12, p. 1-33, 2020.
- MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**., v. 24, n. 01, p. 124-130, 2016.
- MICKELSON, R.S., HOLDEN, R. J. Medication adherence: staying with in the boundaries of safety. **Ergonomics**. v. 61, n. 01, p. 82-103, 2018.
- MIDÃO, L. et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. **Archives Gerontology and Geriatrics**. v.78, n. 01, p. 213–220, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cuidado Farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saude. v. 01. Brasília: MS; 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- MIRA, J. J. et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. **Family Practice**. v. 30, n. 01, p. 56-63, 2013.
- MÓ, R. M. D. **Adesão à terapêutica no idoso polimedicado e fatores de não adesão Experiência profissionalizante na vertente de investigação e farmácia comunitária**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2020.
- MOREIRA, T. A. et al. Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, n. 01, p. 01-15, 2020.

MORENO, D. M. F. C. et al. Avaliação das ações de promoção de saúde em Hipertensão e diabetes em três unidades básicas De saúde no município de São Paulo. **Artigos da Coordenadoria Regional Centro-Oeste**. V. 01, N. 01, P. 23-25, 2009.

MORGAN, B. S. **Avaliação do monitoramento telefônico na promoção do autocuidado em diabetes na atenção primária em saúde**. 2013. 75p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013.

MOURA, B. V.; LOPES, G. S. Polifarmácia e os problemas relacionados aos medicamentos no tratamento da hipertensão arterial de idosos acompanhados no ambulatório de geriatria e gerontologia da unifesp. **Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa**. v. 01, n. 01, p. 01-14, 2020.

NADERI, S. H.; BESTWICK, J. P.; WALD, D. S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. **The American Journal of Medicine**. v. 125, n. 09, p. 882-887, 2012.

NARAYAN, S. W.; NISHTALA, P. S. Associations of potentially inappropriate medicine use with fallrelated hospitalisations and primary care visits in older New Zealanders: a population-level study using the updated 2012 beers criteria. **Drugs Real World Outcomes**. v. 02, n. 01, p.137–141, 2015.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polifarmácia: uma realidade na Atenção Primária à Saúde. **Revista de saúde pública**. v. 51, n. 02, p. 02-12, 2017.

NEVES, S. J. F. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Publica**. v. 47, n. 04, p.759-68, 2013.

NGUYEN, T-S. et al. Impact of pharmaceutical care in the improvement of medication adherence and quality of life for COPD patients in Vietnam. **Elsevier**. v. 153, n. 01, p. 31-37, 2019.

NICOLETTI, M. A.; ITO, R. K. Formação do farmacêutico: novo cenário de atuação profissional com o empoderamento de atribuições clínicas. **Revista Saúde**. v. 11, n. (03-04), 01-14, 2018.

NOGUEIRA, T. A. **Acompanhamento farmacêutico: uma estratégia para o aumento de adesão ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos oncológicos**. 2012. 105p. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicada a Produtos para a Saúde). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B.V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 07, p. 3277-3283, 2011.

OLIVEIRA, D. F. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um centro integrado de saúde. **Brazilian Journal of Natural Sciences**. v. 03, n. 03, p. 430-440, 2020.

OLIVEIRA, F. A. et al. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para a promoção do autocuidado em saúde. **Revista eletrônica de extensão**. v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018.

OLIVEIRA, L. C. et al. Cuidado farmacêutico para pessoas com diabetes mellitus em uso de insulina. **Revista**. v. 10, n. 02, p. 388-399, 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 01, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, P. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 04, p. 1553-1564, 2021.

OLIVEIRA, R. M. et al. Retomada do grupo hipertenso na atenção primária à saúde Após dois anos de pandemia: relato de experiência. **Expressa Extensão**. v. 28, n. 01, p. 166-180, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Brasília: OPAS, 2015.

ORLANDI, G. M. et al. Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 05, p. 1247-1253, 2019.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**. v. 353, n. 05, p. 487-497, 2005.

PAIVA, M. R. F. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE**, v.15 n.02, p.145-153, 2016.

PAULA, J. B. C.; SOBRINHO, J. C. **Podcasts educativos: possibilidades, limitações e a visão de professores de ensino superior**. 2010. 147p. Dissertação (Mestrado em educação tecnológica). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

PAYNE, R. A. et al. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. **British Journal of Clinical Pharmacology**. v.77, n. 01, p. 1073–1082, 2014.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n. 02, p. 335-344, 2017.

PINHEIRO, S. B.; GOMES, M. L. Efeitos das atividades lúdicas no idosos com alteração do cognitivo leve. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 04, n. 01, p. 71-77, 2014.

PINTO, R. et al. Sala de espera: espaço para educação em saúde. **Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social**. v. 06, n.03, p.500-507, 2018.

PIO, G. P.; ALEXANDRE, P. R. F.; TOLEDO, L. F. S. Polifarmácia e riscos na população idosa. **Brazilian Journal of Health Review**. v.4, n.2, p. 8924-8939, 2021.

POULTER, N. R.; LACKLAND, D. T. Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. **The Lancet**. v. 389, n. 01, p.01-01, 2017.

PRADO, M. L.; REIBANITZ, K. S. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC; 2016.

PRADOS-TORRES, A.; CURA-GONZÁLEZ, I. Atención Primaria Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. **Atención Primaria**. v. 49, n. 01, p. 300–307, 2017.

RAMOS, L. R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saude Publica**. v. 50, n. 02, p. 01-13, 2016.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016.

REZENDE, G. R. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em Rio Branco, Acre, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 02, p. 01-12, 2021.

RODRIGUES, D. S. et al. Impactos Causados Pela Polifarmácia em Idosos: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v. 10, n.02, p. 01-13, 2021.

RODRIGUES, J. F. B. et al. O cuidado farmacêutico na melhora da adesão ao tratamento medicamentoso. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 16, p. 01-14, 2021.

RODRIGUES, L. P. et al. Sala de espera: espaço para educação em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 06, n. 03, p. 01-11, 2018.

RODRIGUES, P. et al. Salas de espera: espaço para educação em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 06, n. 03, p. 500-507, 2018.

ROMANO-LIEBER, N. S. et al. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.21, n. 02, p. 01-11, 2018.

ROMERO, I. et al. Desprescrever nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. **Medicina Interna**, v. 25, n. 1, p. 45-87, 2018.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**. v.35, n.129, p. 121-130, 2011.

RYAN, R. et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database Systematic Reviews**. v. 04, n. 01, p. 01-76, 2014.

SALIN, A. B. et al. Diabetes mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em unidades básicas de saúde em porto velho-Ro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 33, n. 01, p. 01-09, 2019.

SALVI, F. *et al.* Is polypharmacy an independent risk factor for adverse outcomes after an emergency department visit? **Internal and Emergency Medicine**. v 12, n. 01, p. 213–220, 2017.

SANTA HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos, **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 04, p. 764-776, 2008.

SANTANA, P. P. C. et al. O impacto da polifarmácia na qualidade de vida de idosos. **Revista de Enfermagem**. v. 13, n. 03, p. 773-782, 2019.

SANTOS, F. T. C.; SILVA, D. L. M.; TAVARES, N. U. L. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 54, n. 03, p. 01-11, 2018.

SANTOS, G.R. et al. Atenção Farmacêutica ao Idoso na Polifarmácia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. v. 01, n.01, p. 01-15, 2021.

SATURNINO, L. T. M.; PERINE, E. L, Z. M. P.; MODENA, C. M. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**. v. 93, n. 01, p. 10-16, 2012.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 01, p. 136-140, 2010.

SENST, B. L. et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. **The American Journal Health System Pharmacy**. v. 58, n. 12, p. 1126-1132, 2001.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface**. v. 22, n. 64, p.177-88, 2018.

SILVA, A. P. **Grupos de educação em saúde como ferramenta de cuidado na estratégia saúde da família em um município de médio porte: percepção dos usuários e dos profissionais**. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde da Família). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2019.

SILVA, C. V. et al. Idosos Atendidos em Unidade Básica de Saúde: experiências sobre polimedicação. **Revista Pesquisa Qualitativa**.v.7, n.14, p. 245-258, 2019.

SILVA, M. O. M. et al. Acompanhamento farmacêutico: adesão e problemas relacionados à farmacoterapia de idosos. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**. v. 17, n. 2, p. 399-415, 2021.

SILVA, R. V.; COSTA, P. P.; FIRMINO, J. S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 06, n 03, p. 01-10, 2008.

SILVA, T. C.; LEAL, D. C. M.; BRUNO, R. J. Grupo operativo como estratégia de autocuidado para portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista Contexto & Saúde**. v. 19, n.37, p. 69-78, 2019.

SILVEIRA, P. A.; SILVA, S. C.; ROCHA, K. S. C. Prevalência da polifarmácia nos idosos de uma Unidade Básica de Saúde no estado de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 16, n. 58, p. 29-35, 2018.

SIMAN, A.G.; CUNHA, S. G. S., BRITO, M. J. M. Nursing actions for patient safety in hospitals: integrative review. **Journal of Nursing**. v. 11, n. 01, p. 1016-1024, 2017.

SIMONETTI, A. B. et al. Polifarmácia: prevalência e fatores associados em usuários da atenção primária à saúde de um município do sul do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 13, n. 05, p. 01-10, 2021.

SOARES, A. L. P. P. P.; COSTA, M. A.; TEIXEIRA, J. J. V. Nível de entendimento sobre prescrição farmacêutica. Estamos preparados para essa nova realidade? **Infarma Ciências Farmacêuticas**. v. 28, n. 03, p. 149-156, 2016.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**. v. 10, n. 02, p. 1396 - 1416, 2020.

SOUSA, M. L. M. et al. Grupo operativo como ferramenta para o cuidado em saúde mental. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 03, p. 01-08, 2021.

SOUSA, V. S.; OLIVEIRA, C. R. M. Grupo autoestima: experiência de grupo operativo em caps. **Vínculo**. v. 18, n. 03, 2021.

SOUZA, L. O.; FIGUEIREDO, W. S.; MACHADO, M. L. T. As práticas de educação em diabetes vivenciadas no sus: uma discussão da literatura com ênfase na atenção primária à saúde. **Revista APS**. v. 20, n. 03, p. 423-433, 2017.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2.ed. Rio de Janeiro: fiocruz, 2019. 268p.

SOUZA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. v. 27, n. 02, p. 176-82, 2011.

TAN, Y. W. et al. Polypharmacy among community-dwelling elderly in Singapore: Prevalence, risk factors and association with Medication non-adherence. **Proceedings of Singapore Healthcare**. v. 28, n. 04, p. 224–231, 2019.

TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 01, p. 134-141, 2016.

THE 2019 AMERICAN GERIATRICS SOCIETY BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 67, n. 04, p. 674-694.

THOM, S. et al; Collaborative Group. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the randomized clinical trial. **Jama**. v. 310, n. 09, p. 918-929, 2013.

TJIA J. et al. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. **Drugs Aging**. v. 30, n. 01, p. 285–307, 2013.

TORRES, H. C. et al. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na Atenção Primária. **Ciencia y Enfermería**. v. 19, n. 01, p. 95-105, 2013.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 04, p. 1039-47, 2003.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na Atenção Básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 19, n. 01, p. 89-93, 2011.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. C. S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 01, p. 23-8, 2014.

TOSTA, L. et al. Baixa adesão terapêutica em hipertensão arterial sistêmica: prevalência e fatores associados na atenção básica à saúde. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 09, n. 01, p. 45-55, 2019.

TRINDADE, E. O. et al. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria. **VITALLE - Revista de Ciências da saúde**. v. 32, n. 3, p. 35-44, 2020.

ULLEY, J. et al. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. **BMC Geriatric**. v. 19, n. 15, p. 1-13, 2019.

VETRANO, D. L. et al. Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: role of age, disease burden and polypharmacy. **Geriatrics & Gerontology International**. v. 17, n. 01, p. 2500–2506, 2017.

VIERA, L. B.; CASSIANI; S. H. B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. *Revista Brasileira de Cardiologia*. v. 27; n. 03, p. 195-202, 2014.

VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**. v. 73, n. 01, p. 691–705, 2012.

WEYN, G. C. et al. Variáveis inerentes ao idoso influenciando na adesão medicamentosa em uma unidade Básica de Saúde de Cascavel – PR. **E-Academica**. v. 03, n. 03, p. 01-08, 2022.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health and aging. Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: WHO; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Research Priority Setting Working Group. Summary of The Evidence on Patient Safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: WHO, 1994.

WROE, A. L. Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. **Journal of Behavioral Medicine**. v. 25, n. 04, p.355-372, 2002.

ZIA, A.; KAMARUZZAMAN, S. B.; TAN, M. P. Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgraduate Medicine*. v. 127, n. 03, p. 330-337, 2015.

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
Programa de Pós Graduação em Inovação Terapêutica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS POLIMEDICADOS**), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) JAMILLY FERNANDA BRITO RODRIGUES, cujo endereço é Rua Major João Ribeiro Pinheiro, 245. Várzea, apto 210. Ed. Roma. Acesso 03, e CEP: 50740-170. Telefone: (81) 9 9677-0405 e email: jamilyfernanda_@hotmail.com para contato, (inclusive ligações a cobrar).

E está sob a orientação de: Dr^a. **KARINA PERRELI RANDAU** Telefone: (81) 9 8822-5279, e-mail: krandau@hotmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A presente pesquisa visa avaliar a influência das práticas de educação em saúde na adesão ao tratamento de usuários polimedicados, ou seja, usuários que fazem uso de vários medicamentos no dia a dia e que por isso apresentam dificuldade em seguir o tratamento, na Unidade de Saúde da Família Jardim Piedade II.

Inicialmente você será solicitado a responder o **questionário sobre adesão ao tratamento** (que verifica como está o andamento do seu tratamento) e o **questionário sobre qualidade de vida** (que avalia a presença ou ausência de qualidade de vida), na unidade de saúde. Estes questionários serão reaplicados mais uma vez ao final da pesquisa. Em seguida, você será convidado a participar do **grupo de usuários polimedicados com dificuldades em seguir o tratamento**, na unidade de saúde, que vai ocorrer a partir da realização de cinco encontros, que terão o tempo previsto de 1:00 (uma) hora de duração, e que vão ocorrer de forma semanal. Nos dias destinados a realização dos grupos, você participará de dinâmicas, que servirão para abordar os temas referentes a cada encontro. Ao final do primeiro encontro, apenas, você será solicitado a responder o **questionário sobre condições que dificultam a adesão** (que irá permitir identificar quais os fatores que mais dificultam a adesão para o usuário). E no último encontro, com ajuda da pesquisadora, você criará um dispositivo (que poderá ter diferentes formatos, como caixas personalizadas, jogos, calendários e etc), que ajude a melhorar a adesão ao seu tratamento, de acordo com a sua necessidade. Após um período de dois meses da data do último encontro, você e os demais integrantes do grupo serão convidados a retornar à unidade para a última etapa da pesquisa, que ocorrerá apenas em um dia, na qual os questionários sobre adesão e qualidade de vida serão reaplicados, e você será convidado a compartilhar o que achou da experiência vivida e da utilização do dispositivo criado.

O participante da pesquisa será contemplado de forma benéfica através da participação nos grupos, que servem como instrumento de educação em saúde, com a promoção de sua autonomia e independência no processo saúde e doença, além da possibilidade de melhora na adesão ao tratamento e em sua qualidade de vida. Em relação aos riscos, acredita-se que responder as perguntas do instrumento de coleta de dados poderá causar apenas algum tipo de cansaço, enquanto a participação ao grupo, um embaraço ao interagir com estranhos, visto que não trará danos físicos, psicológicos ou materiais. A fim de minimizar os riscos, a pesquisa garante que os pesquisadores são habilitados ao método de coleta de dados e à condução do grupo.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por questionários e por gravações ficarão armazenados em pastas de arquivos e em computador, sob a responsabilidade da pesquisadora (Jamilyly Fernanda Brito Rodrigues) no endereço (no Laboratório de Farmacognosia, cujo endereço é Avenida Professor Artur de Sá, S/N, Cidade Universitária - Recife – PE) pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Também é esclarecido que durante as etapas da pesquisa serão tiradas fotos e realizadas gravações. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS POLIMEDICADOS**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO B- VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* – BMQ

Nome: _____

Idade: _____

Telefone: _____

ACS responsável: _____

1. Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo: Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e Dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 – Funciona Bem 2 – Funciona Regular 3 – Não Funciona bem

2. Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

- a. Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam.

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
Abrir ou fechar a embalagem				

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO	TOTAL:	
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS	TOTAL:	
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO	TOTAL:	

Escore de problemas encontrados pelo BMQ:

ESCORE:

1- Alta adesão (nenhuma resposta positiva); 2- Provável alta adesão (uma resposta positiva);
3- Provável baixa adesão (duas respostas positivas); 4- Baixa adesão (três ou mais respostas positivas).

Classificação geral: O usuário foi classificado com

A adesão: Adesão (1) Baixa adesão (≥ 3 respostas positivas) (2)

ANEXO C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	o apoio que você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES QUE PODEM DIFICULTAR A ADESÃO

DADOS SOIOECONÔMICOS

Data de aplicação __/__/__	Data de Nascimento ____/____/____	Gênero () F () M
Grau de Escolaridade: _____ 1. analfabeto; 2. Ensino fundamental incompleto; 3. Ensino fundamental completo; 4. Ensino médio incompleto; 5. Ensino médio completo; 6. Superior completo; 7. Pós-graduação		
O Sr (a) mora com: _____ 1. Só 2. Só com o cuidador profissional 3. Só com o cônjuge 4. Com filhos (com ou sem cônjuge) 5. Com netos (com ou sem cônjuge) 6. Outros		
Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: _____ (múltipla escolha) 1. Aposentadoria 2. Renda/aluguel 3. Pensão 4. Doação (outros) 5. Doação (família) 6. Trabalho contínuo (formal ou não) 7. Trabalho eventual 8. Bolsa família 9. Sem rendimento próprio 10. Outros		

CONDIÇÕES DE SAÚDE

O Sr (a) procurou atendimento médico nos últimos 6 meses: _____ 1. Não 2. Sim
O Sr (a) é atendido em outros estabelecimentos de saúde: _____ 1. Não 2. Sim Quais? _____
Qual o seu conhecimento sobre o (s) seu (s) problema (s) de saúde: _____ 1. Muito pouco 2. Pouco 3. Bom 4. Muito bom 5. Não tenho

TRATAMENTO

O Sr (a) sabe para quê cada medicamento que o Sr (a) utiliza serve: _____ 1. Não 2. Sim 3. Alguns sim e outros não Quais? _____
O Sr (a) entende como deve utilizar cada medicamento: _____ 1. Não 2. Sim 3. Alguns sim e outros não Quais? _____

O Sr (a) sabe qual é o horário que deve tomar cada medicamento: _____ 1.Não 2. Sim 3. Alguns sim e outros não Quais? _____
O Sr (a) sente dificuldade em organizar os medicamentos que deve utilizar: _____ 1.Não 2. Sim
O Sr (a) substitui algum medicamento por outro? Ou por algum chá? _____ 1.Não 2. Sim Qual (ais): _____
O Sr (a) consegue dizer as dificuldades que sente com o tratamento para os profissionais de saúde: _____ 1. Não 2. Sim 3. Às vezes Qual (ais) motivo (s): _____

APÊNDICE B- ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

- 1- Como foi a experiência de participar do grupo?
- 2- A participação no grupo auxiliou na compreensão do que é polifarmácia e adesão medicamentosa?
- 3- A utilização de dinâmicas, como estratégia educativa, favoreceu a participação ativa e a construção de conhecimentos?
- 4- Após a realização das oficinas educativas, você se sentiu mais confiante para tomar os medicamentos?
- 5- A utilização do dispositivo educacional desenvolvido facilitou a adesão ao tratamento?

O cuidado farmacêutico na melhora da adesão ao tratamento medicamentoso

Pharmaceutical care in improving adherence to drug treatment

Atención farmacéutica para mejorar la adhesión al tratamiento con drogas

Recebido: 22/11/2021 | Revisado: 02/12/2021 | Aceito: 03/12/2021 | Publicado: 12/12/2021

Jamilly Fernanda Brito Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6355-7397> Universidade Federal de Pernambuco,
Brasil

E-mail: jamillyfernanda@hotmail.com

**Dayzyane Farias dos Santos
Melo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6095-5691> Universidade Federal de
Pernambuco, Brasil

E-mail: dayzyane.farias@gmail.com

**Wylma Danuzza Guimarães
Bastos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9908-4237> Universidade Federal de
Pernambuco, Brasil

E-mail: wylmabastos@yahoo.com.br

Karina Perrelli Randau

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4486-4420> Universidade Federal de
Pernambuco, Brasil

E-mail: krandau@hotmail.com

Resumo

A adesão ao tratamento medicamentoso depende de um conjunto de fatores associados, e é caracterizada como crucial para a execução adequada do tratamento. A má adesão pode ser um agravante para as condições de saúde e proporcionar um aumento da mortalidade. Uma das atividades que compõe o cuidado farmacêutico é a promoção e a manutenção da adesão ao tratamento. Portanto, esse trabalho tem como objetivo evidenciar a importância do cuidado farmacêutico e do farmacêutico no processo de adesão. Foi realizada uma revisão literária, a partir da pesquisa nos bancos de dados PubMed, Google Scholar e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, com o recorte temporal de 2010 a 2021. Após realização da triagem e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 16 trabalhos. A partir destes, foi evidenciado que o cuidado farmacêutico foi aplicado a diferentes condições de saúde, a partir de diferentes tipos de intervenções farmacêuticas. Estudos demonstraram melhora na adesão ao tratamento medicamentoso quando associado ao cuidado farmacêutico, em diferentes contextos da saúde, e a partir de uma pluralidade de tipos de intervenções. Portanto, é possível concluir que o cuidado farmacêutico se mostra como uma prática estratégica e de extrema importância para promoção da adesão medicamentosa.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Cuidados farmacêuticos; Farmácia.

Abstrat

Adherence to drug treatment depends on a set of associated factors, and is characterized as crucial for the proper execution of the treatment. Poor adherence can aggravate health conditions and lead to an increase in mortality. One of the activities that make up pharmaceutical care is the promotion and maintenance of treatment adherence. Therefore, this work aims to highlight the importance of the pharmacist and pharmacist care in the adherence process. A literature review was carried out, based on a search in the PubMed, Google Scholar and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences databases, with a time frame from 2010 to 2021. After screening and applying the inclusion and exclusion criteria, 16 papers were selected. From these, it was evidenced that pharmaceutical care was applied to different health conditions, from different types of pharmaceutical interventions. Studies have shown improved adherence to drug treatment when associated with pharmaceutical care, in different health contexts, and from a variety of types of interventions. Therefore, it is possible to conclude that pharmaceutical care is shown as a strategic and extremely important practice to promote medication adherence.

Keywords: Medication adherence; Pharmaceutical services; Pharmacy.

Resumen

La adherencia al tratamiento farmacológico depende de un conjunto de factores asociados y se caracteriza por ser crucial para la correcta ejecución del tratamiento. La mala adherencia puede agravar las condiciones de salud y provocar un aumento de la mortalidad. Una de las actividades que integran la atención farmacéutica es la promoción y mantenimiento de la adherencia al tratamiento. Por tanto, este trabajo tiene como objetivo resaltar la importancia de la atención del farmacéutico y farmacéutico en el proceso de adherencia. Se realizó una revisión de la literatura, a partir de una búsqueda en las bases de datos PubMed, Google Scholar y Literatura Latinoamericana y del Caribe en

Ciencias de la Salud, con un marco temporal de 2010 a 2021. Después de seleccionar y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 16 artículos. A partir de estos, se evidenció que la atención farmacéutica se aplicó a diferentes condiciones de salud, desde diferentes tipos de intervenciones farmacéuticas. Los estudios han demostrado una mejor adherencia al tratamiento farmacológico cuando se asocia con la atención farmacéutica, en diferentes contextos de salud y a partir de una variedad de tipos de intervenciones. Por tanto, es posible concluir que la atención farmacéutica se muestra como una práctica estratégica y de suma importancia para promover la adherencia a la medicación.

Palabras clave: Cumplimiento de la medicación; Servicios farmacéuticos; Farmacia.

1. Introdução

Ao longo do tempo, o papel do farmacêutico sofreu uma série de transformações que resultaram em uma forma de atuação, e em um saber autocentrado no medicamento (Nicoletti & Ito, 2018; Saturnino et al., 2012). A proposta da educação, aplicada e voltada para formação farmacêutica, contribuiu para tal delineamento, a partir da adoção de um modelo mais tecnicista (Nicoletti & Ito, 2018).

Em contrapartida, o panorama atual revela uma mudança no perfil do farmacêutico, que passa a ter o cuidado ao paciente como foco e não mais, o medicamento em si (Nicoletti & Ito, 2018). Esse novo paradigma surge com o advento da farmácia clínica e da atenção farmacêutica, que reorientam a prática farmacêutica para o âmbito social, com a atenção voltada para o paciente, a fim de garantir a qualidade de vida (Nicoletti & Ito, 2018; Soares et al., 2016).

A atenção farmacêutica ou cuidado farmacêutico pode ser definido como um modelo de prática profissional que consiste na prestação de serviços que visam a promoção, prevenção e recuperação da saúde, e que tem como objetivo alcançar metas terapêuticas estabelecidas, em busca da qualidade de vida (Agostini, 2018; Cruz et al., 2020; Saturnino et al., 2012).

Dentre os serviços que compõe o cuidado farmacêutico, está a avaliação e promoção da adesão ao tratamento (Araujo et al., 2017). A adesão corresponde ao grau em que o comportamento de uma pessoa está de acordo com as

recomendações de um profissional de saúde (Araujo et al., 2017; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003). E a evolução clínica positiva e o sucesso do tratamento estão diretamente relacionados a adesão (Menditto, 2020).

O cuidado farmacêutico representa para os pacientes, uma perspectiva de melhoria na qualidade de vida, a partir de uma melhora na adesão, visto que o farmacêutico atua no cuidado direto ao paciente, o que possibilita a sensibilização e orientação do paciente e seus familiares quanto à patologia, informações e peculiaridades sobre o tratamento, seus benefícios, e como realizá-lo, além de permitir a identificação de barreiras que dificultam a adesão (Agostini, 2018; Araujo, 2017; Bastos-barbosa, 2012).

Portanto, este trabalho teve como objetivo evidenciar, a partir de uma revisão literária, a importância do cuidado farmacêutico no processo de adesão ao tratamento medicamentoso, explorando as condições clínicas às quais foi aplicado e os tipos de intervenções realizadas pelo farmacêutico.

2. Metodologia

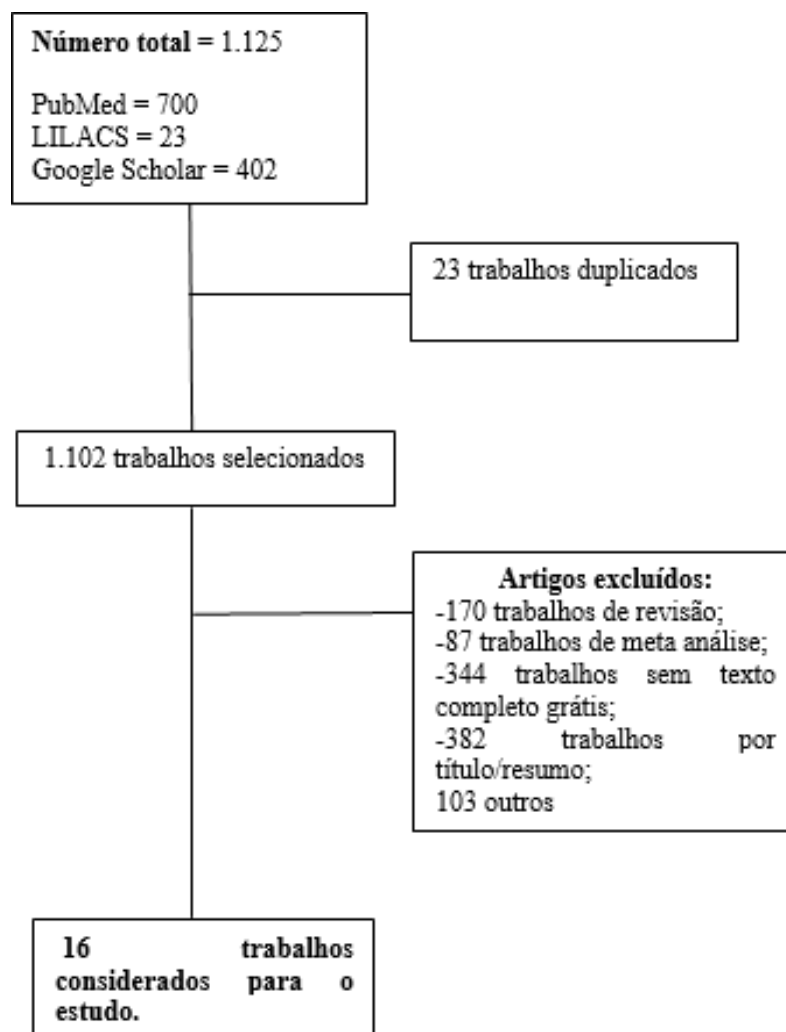
O estudo consiste em uma revisão literária. Foram utilizadas como bases de dados para a realização da pesquisa, o PubMed, o Google Scholar e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O recorte temporal empregado foi de 2010 a maio de 2021. A busca ocorreu a partir da utilização dos seguintes descritores, vinculados pelo operador booleano AND: pharmaceutical care, adherence, intervention. Os idiomas considerados para a busca foram português, o inglês e o espanhol.

Foram incluídos no estudo: artigos originais, ensaios clínicos randomizados, não randomizados, estudos do tipo coorte e estudos disponibilizados na íntegra. E excluídos: teses, dissertações, estudos que não citassem nenhuma intervenção farmacêutica, e pesquisas realizadas por acadêmicos de farmácia ou com técnicos de farmácia.

3. Resultados

Foram encontrados um total de 1.125 trabalhos, a partir da pesquisa nos bancos de dados. A Figura 1 demonstra, através do fluxograma, o método de seleção utilizado para escolha dos estudos. Destes, 16 foram considerados para o estudo. Estão listados no Quadro 1, em que é possível observar elementos importantes dos estudos, como o ano de publicação, os autores, o título, o tipo de estudo, o objetivo, os resultados obtidos e a conclusão.

Figura 1: fluxograma do método de seleção dos trabalhos.



Fonte: Autores

Quadro 1: Trabalhos Incluídos na Revisão.

ANO	AUTORES	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
2012	Plaster et al.	Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up	Ensaio clínico controlado e randomizado	O objetivo foi determinar o impacto de um programa de cuidado farmacêutico em pacientes com síndrome metabólica.	Entre os pacientes com SM, 100% faziam uso de medicamentos para diminuir aglicose, anti-hipertensivos (GC: 72%; GI: 73%) e hipoglicemiantes (GC: 12.0%; GI: 14.7%). Apenas 20,7% do GI foram considerados aderentes aos fármacos prescritos. No GC foi observado aumento do risco de Doença Arterial Coronariana (DAC) (22±2 para 26±3; p<0,05), enquanto no GI foi observado redução (22±2 para 14±2%; p<0,01)	O programa melhora o funcionamento do serviço e acarreta uma melhora clínica, com redução de risco cardiovascular e com uma melhora na adesão.
2013	Saleem et al.	Pharmacist intervention in improving hypertension related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial	Estudo randomizado	Avaliar se o cuidado farmacêutico pode melhorar a compreensão sobre a hipertensão, melhorar adesão ao tratamento e a qualidade de vida em geral.	Houve um aumento significativo nos níveis de conhecimento dos participantes sobre hipertensão e adesão medicamentosa entre o grupo intervencionista após completar a intervenção. Pressão sistólica e diastólica significativamente mais baixa, com níveis de pressão mais baixos também foram observados entre o grupo intervencionista.	Houve aumento significativo na compreensão acerca da doença, no controle da pressão e na adesão ao tratamento.
2013	Tommelein et al.	Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial	Estudo randomizado	Avaliar a eficácia de um programa de cuidado farmacêutico para pacientes com DPOC.	No final do ensaio, a pontuação de inalação [diferença média estimada (A), 13,5%; Intervalo de confiança de 95% (IC), 10,8-16,1; P <0,0001] e adesão à medicação (Δ, 8,51%; IC de 95%, 4,63-12,4; P <0,0001) foram significativamente maiores no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle.	Houve melhora no regime farmacoterapêutico dos pacientes, com um aumento na adesão ao tratamento.
2014	Chung et al.	Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes	Estudo randomizado	Avaliar os efeitos de um modelo de cuidado farmacêutico na adesão à medicação e nos níveis glicêmicos de pessoas com diabetes mellitus 2.	Diferenças estatisticamente significativas nos valores de FBG e hemoglobina glicada foram observadas entre os grupos de controle e intervenção após o fornecimento de PC (mediana de FBG, 9,0 versus 7,2 mmol / L [P 0,001]; nível mediano de hemoglobina glicada, 9,1% versus 8,0% [P 0,001] em 12 meses). A adesão à medicação também foi significativamente associada ao fornecimento de CP, com maior proporção no grupo de intervenção do que no grupo controle (75,0% versus 58,7%; P = 0,007).	O cuidado farmacêutico resultou em melhora da adesão, bem como no controle glicêmico.
2015	Modé et al.	Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto	Estudo randomizado	Implantar um estudo piloto de cuidado farmacêutico em uma farmácia privada, para pacientes hipertensos.	Dentre os 20 pacientes que participaram do estudo, 45% apresentaram PA descontrolada (≥ 140x90 mmHg) na primeira entrevista. Após as intervenções farmacêuticas o número foi reduzido para 20%. No grupo intervenção, a média da PA sistólica e a da PA diastólica apresentou redução respectivamente de 17mmHg e 8mmHg.	O cuidado farmacêutico promoveu uma otimização dos resultados terapêuticos com aumento na adesão, após maiores esclarecimentos sobre a doença.
2015	Rigoni et al.	Pharmacotherapy review: a proposal to improve a medication adherence among hypertensive patients	Estudo de intervenção não controlado	Avaliar a influência da revisão da terapia na adesão aos medicamentos e no controle da hipertensão.	Houve aumento significativo da taxa de adesão, tanto pelo teste de Morisky-Green (p <0,001) quanto pela avaliação autorreferida (p = 0,004). Também houve melhora nos níveis de pressão arterial sistólica (p <0,001) e diastólica (p = 0,002) e no número de pacientes com hipertensão controlada (p = 0,006).	O serviço farmacêutico aumentou a adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos.
2015	Xin et al.	Effect of pharmaceutical care on medication adherence of patients newly prescribed insulin therapy: a randomized controlled study	Estudo randomizado	Avaliar a eficácia do cuidado farmacêutico na adesão de pacientes com terapia insulínica recém prescrita.	Após as intervenções de 12 meses, melhorias significativas na adesão à medicação foram verificadas para o grupo de assistência farmacêutica de acordo com o teste de Morisky- Green (50,8% dos pacientes aderentes no início do estudo vs 80,7% dos pacientes aderentes após as intervenções de 12 meses;	O cuidado farmacêutico teve um resultado benéfico sobre o aumento na adesão da terapia insulínica recém prescrita.

					P <0,01), enquanto nenhuma mudança significativa foi verificada no grupo de controle	
2017	Azevedo et al.	Effectiveness of home pharmaceutical interventions in metabolic syndrome: a randomized controlled trial	Estudo randomizado	Avaliar a eficácia das intervenções farmacêuticas, em domicílio, para pacientes com síndrome metabólica.	A amostra foi composta por 63 indivíduos (33 GI e 30 GC) e maiores de 60 anos. A maioria das intervenções farmacêuticas foi educacional e / ou comportamental. No grupo de intervenção, diferenças significativas foram observadas nos parâmetros de pressão sistólica e diastólica triglicérides, adesão à medicação e PRM.	As intervenções farmacêuticas, em casa, melhoraram a adesão, reduziram os Problemas Relacionados ao Medicamento e ajudou a controlar os componentes da síndrome.
2017	Gerenutti et al.	The Effectiveness of a Pharmaceutical Care Model on Adherence to Antiretroviral Therapy: A SAME-Based Cohort Study in Brazil	Estudo original de coorte	Verificar a eficácia de um modelo de cuidado farmacêutico sobre adesão a terapia antirretroviral em pacientes com HIV	Maiores taxas de adesão foram observadas no grupo de intervenção (p <0,05). O uso de outras drogas não influenciou na adesão à TARV (p = 0,30). Houve correlação positiva entre a adesão e o percentual de pacientes do grupo intervenção com cargas virais indetectáveis (p = 0,0004) e níveis mais elevados de linfócitos CD4 (p = 0,0024).	O modelo promoveu uma melhora na adesão ao tratamento, bem como resultados clínicos.
2017	Haramiova et al.	The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA): study protocol for a randomized controlled trial	Estudo randomizado	Avaliar se lembretes diários por SMS, enviados por farmacêuticos, além da assistência farmacêutica padrão melhora a adesão ao tratamento anti hipertensivo em idosos ambulatoriais	Os resultados incluem: mudança no MMAS-8; comparação das taxas de adesão usando contagem de comprimidos; mudança na pressão sistólica e satisfação do paciente.	Houve melhora na adesão, efeitos sobre os custos do tratamento e relato de satisfação dos pacientes.
2017	Marfo e Daaku	Exploring the extended role of the community pharmacist in improving blood pressure control among hypertensive patients in a developing setting	Estudo não randomizado	Avaliar o efeito de um modelo de cuidado farmacêutico na adesão ao tratamento e controle da pressão arterial.	A diferença média da pressão arterial diastólica entre o grupo intervenção e o grupo controle foi estatisticamente significativa (p = 0,001). A diferença média de adesão entre os dois grupos também foi estatisticamente significativa no final do estudo. (p = 0,001).	A intervenção farmacêutica resultou na melhora da adesão e na melhora da pressão diastólica.
2018	Lu et al.	Impact of multidisciplinary collaborative pharmaceutical care on knowledge, adherence, and efficacy of hormone therapy in climacteric women	Estudo randomizado	Avaliar o impacto do cuidado farmacêutico no conhecimento, adesão e eficácia da terapia hormonal em mulheres no climatério	O grupo de intervenção, que recebeu CP, apresentou conhecimento, adesão e eficácia significativamente maiores e melhores do que o grupo controle, demonstrando a eficácia do CP fornecido. Os escores de conhecimento dos grupos de intervenção e controle nos meses 3, 6 e 12 foram (73,12 vs 59,28), (77,63 vs 66,19) e (80,81 vs 66,64); os dados para adesão foram (90,97% vs 82,17%), (93,21% vs 87,79%) e (95,81% vs 93,38%); e os valores do Índice de Kupperman modificado foram (17,15 vs 24,05), (13,22 vs 22,01) e (12,21 vs 23,15), respectivamente.	O cuidado farmacêutico melhorou o conhecimento, a adesão e a eficácia do tratamento hormonal.
2018	Wuyts et al.	Studying the impact of a medication use evaluation for polymedicated older patients by the community pharmacist (SIMENON): study Protocol	Estudo randomizado	Investigar o efeito da revisão dos medicamentos, por farmacêuticos, para pacientes idosos ambulatoriais polimedicados	Os resultados incluem adesão, autocuidado, aumento na satisfação do paciente, e diminuição dos incidentes de queda e uso de serviços de saúde de emergência.	A revisão promoveu uma diminuição nos problemas relacionados a medicamentos, com melhora na adesão ao tratamento.
2019	Chambela et al.	Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with heart failure due to chronic Chagas disease: Randomized clinical trial	Estudo randomizado	Avaliar se o cuidado farmacêutico melhora a qualidade de vida de indivíduos com doença de Chagas e insuficiência cardíaca.	A adesão ao tratamento médico aumentou logo após 3 meses de acompanhamento e a incidência de PRM diminuiu após 6 meses de acompanhamento apenas no grupo PC.	Houve diminuição dos problemas relacionados aos medicamentos, aumento da qualidade de vida e melhora na adesão.

2019	Khdour et al.	Pharmaceutical care for adult asthma patients: A controlled intervention one-year follow-up study	Estudo randomizado	Implementar e avaliar um serviço de cuidado farmacêutico hospitalar para pacientes asmáticos	Ao longo do período de acompanhamento de 12 meses, uma diferença significativa foi observada entre os grupos de intervenção e controle com relação ao controle da asma (38,2% vs 10,0%; $P < 0,001$), técnica de inalação correta média (intervalo de confiança [IC]: 8,1, 7,8-8,5 vs IC: 6,1; 5,6-6,6; $P = 0,01$) e boa adesão à medicação (60,7% vs 50,0%, $P = 0,02$).	O cuidado farmacêutico favoreceu um aumento na adesão, bem como no controle da asma.
2019	Naqvi et al.	Impact of pharmacist educational intervention on disease knowledge, rehabilitation and medication adherence, treatment-induced direct cost, health related quality of life and satisfaction in patients with rheumatoid arthritis: study protocol for a randomized controlled trial	Estudo randomizado	Avaliar a eficácia do cuidado farmacêutico no conhecimento sobre a doença, adesão ao tratamento, melhora na qualidade de vida e efeitos sobre os custos no tratamento.	Os resultados incluem mudança na pontuação média desde o início (semana 0) e no acompanhamento (semana 12) em conhecimento da doença, adesão a medicamentos e reabilitação/fisioterapia. Mudanças no custo direto médio do tratamento, QVRS e satisfação do paciente com o aconselhamento farmacêutico.	O cuidado farmacêutico promoveu um aumento no conhecimento dos pacientes a respeito da doença, melhorou a adesão e a qualidade de vida, e nos custos do tratamento. E foi reconhecido positivamente pelos pacientes.

Fonte: Autores.

Entre os trabalhos inclusos, observou-se que o tipo de estudo preponderante é o randomizado, e que a distribuição ocorre da seguinte forma: 13 são do tipo randomizado, 2 não controlados e 1 estudo do tipo coorte. Plaster et al. (2012), Saleem et al. (2013), Tommelein et al. (2013), Chung et al. (2014), Modé et al. (2015), Xin et al. (2015), Azevedo et al. (2017), Haramiova et al. (2017), Lu et al. (2018), Wuyts et al. (2018), Khmour et al. (2019), Naqvi et al. (2019) e Chambela et al. (2019) representam o tipo de estudo randomizado. Enquanto Rigoni et al. (2015), e Marfo e Daaku (2017), o tipo não controlado. E Gerenutti et al. (2017), o estudo do tipo coorte.

Já com relação aos cenários em que os trabalhos foram desenvolvidos, observou-se uma certa pluralidade, e que incluiu: farmácias comunitárias, hospitais, unidades básicas de saúde pública e serviços de atenção especializada. Destes, 6 foram desenvolvidos em farmácias comunitárias: Tommelein et al. (2013), Modé et al. (2015), Rigoni et al. (2015), Haramiova et al. (2017), Marfo e Daaku (2017), e Wuyts et al. (2018); 5 em hospitais: Saleem et al. (2013), Chung et al. (2014), Xin et al. (2015), Lu et al. (2018), e Khmour et al. (2019); 2 em unidades básicas de saúde pública: Plaster et al. (2012) e Azevedo et al. (2017); e 3 em serviços de atenção especializada: Gerenutti et al. (2017), Chambela et al. (2019) e Naqvi et al. (2019).

3.1 O cuidado farmacêutico aplicado à diferentes condições clínicas para melhoria da adesão

A partir da análise e sumarização dos trabalhos levantados, identificou-se uma pluralidade de condições clínicas, para as quais o cuidado farmacêutico foi empregado, como opção, para melhorar e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso.

3.1.1 Hipertensão

Haramiova et al. (2017), Marfo e Daaku (2017), Modé et al. (2015), Rigoni et al. (2015), e Saleem et al. (2013), retratam em seus trabalhos a utilização do cuidado farmacêutico como ferramenta para aumentar a adesão ao tratamento anti hipertensivo e minimizar os riscos primários e secundários advindos de tal doença.

11

3.1.2 Diabetes

Chung et al. (2014) e Xin et al. (2015), descrevem em seus estudos o envolvimento de pacientes diabéticos com o farmacêutico, a partir do cuidado farmacêutico, para melhorar a adesão tanto ao tratamento com medicamentos orais, como com insulino terapia.

3.1.3 Síndrome metabólica

Plaster et al. (2012), e Azevedo et al. (2017) abordam em estudo a participação do farmacêutico na vida de pacientes com síndrome metabólica e associam o cuidado farmacêutico com um aumento na adesão ao tratamento.

3.1.4 Asma

Dentre os trabalhos analisados, Khmour et al. (2019), descreve e avalia como objeto de estudo, o cuidado farmacêutico como intervenção para potencializar a adesão em indivíduos asmáticos.

3.1.5 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

A eficácia da interação entre o farmacêutico e pacientes com DPOC, a partir do cuidado farmacêutico, no processo de adesão, é abordada por Tommelein et al. (2013), em estudo.

3.1.6 HIV/AIDS

Gerenutti et al. (2017), cita em trabalho a participação do farmacêutico na melhora da adesão da terapia antirretroviral, a partir da realização do cuidado farmacêutico.

3.1.7 Artrite reumatoide

Naqvi et al. (2019), retratam a atuação do profissional farmacêutico a partir do manejo de pacientes com artrite reumatoide através do cuidado farmacêutico, como forma de aumentar a adesão ao tratamento, o conhecimento sobre a doença e a qualidade de vida dos pacientes.

3.1.8 Doença de chagas

A prestação do cuidado farmacêutico a pacientes chagásicos para promoção da qualidade de vida e melhora na adesão ao tratamento é citado por Chambela et al. (2019).

3.1.9 Climatério

Lu et al. (2018), trazem em estudo a abordagem do cuidado farmacêutico direcionado para mulheres em climatério, eo desenvolvimento de conhecimentos e adesão à terapia hormonal.

3.1.10 Polimedicção

Wuyts et al. (2018), relatam a participação do profissional farmacêutico na melhora da adesão e diminuição do uso de serviços de emergência por idosos, a partir da prestação do cuidado farmacêutico.

3.2 Intervenções farmacêuticas

Diferentes formas de intervenções foram realizadas, a partir do cuidado farmacêutico, e resultaram na promoção de uma melhora na adesão ao tratamento. A combinação de mais de um tipo de intervenção também foi observado entre os diferentes trabalhos analisados.

3.2.1 Educação em Saúde

Azevedo et al. (2017), Chung et al. (2014), Khmour et al. (2019), Lu et al. (2018), Marfo e Daaku (2017), Naqvi et al. (2019), Plaster et al. (2012), Saleem et al. (2013), Tommelein et al. (2013),

e Xin et al. (2015), apontaram, em estudo, atuação do farmacêutico a partir da educação em saúde, para melhoria da adesão ao tratamento.

A partir de tais estudos, identificou-se que a prática da educação em saúde ocorreu tanto de forma verbal como a partir da entrega de materiais didáticos e informativos, como cartilhas e adesivos personalizados para colocar nos frascos dos medicamentos.

Os pacientes foram educados quanto a informações sobre a doença de origem, a forma como tomar os medicamentos, possíveis interações entre medicamento-medicamento e medicamento-alimento, os efeitos adversos que poderiam surgir decorrentes do tratamento, a forma de aplicação de dispositivos, como a insulina, e de utilização, como o medidor de glicose e a técnica de inalação. Além da educação voltada para prevenção, a partir da abordagem de aspectos relacionados aos hábitos e estilos de vida.

3.2.2 Acompanhamento por aparelho telefônico

Chung et al. (2014), Khmour et al. (2019), Modé et al. (2015), e Xin et al. (2015), descreveram como estratégia de intervenção para melhorar a adesão, o acompanhamento dos pacientes por telefone, pelo profissional farmacêutico.

Os trabalhos evidenciaram que a realização do telefonema era acompanhada de perguntas estratégicas e repasse de informações importantes sobre o tratamento, e que tem como objetivo ajudar a esclarecer qualquer dúvida ou problema que surja em decorrência dos medicamentos utilizados.

O acompanhamento consistia na verificação sobre a condição atual do paciente, e se o mesmo se encontrava bem, informações sobre efeitos adversos e como manejá-los, caso aparecessem, e repasse de informações sobre o tratamento e como realizá-lo.

3.2.3 Acompanhamento farmacoterapêutico

Chambela et al. (2019), e Plaster et al. (2012), registraram o acompanhamento farmacoterapêutico como intervenção do farmacêutico, capaz de ¹¹potencializar a adesão medicamentosa.

O acompanhamento farmacoterapêutico ocorreu a partir da utilização do método Dáder, composto por nove etapas, que vai desde a oferta do serviço até a realização de visitas sucessivas. Durante o acompanhamento o farmacêutico realizou a explicação do esquema terapêutico, de cada medicamento e da prescrição, e relatou a importância de seguir o tratamento e da adesão medicamentosa. Além de identificar e resolver os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM).

3.2.4 Revisão dos medicamentos

Azevedo et al. (2017), Chung et al. (2014), Modé et al. (2015), Rigoni et al. (2015), e Wuyts et al. (2018), utilizaram como forma de intervenção e cuidado farmacêutico, a prática da revisão dos medicamentos para suporte na adesão ao tratamento medicamentoso.

A revisão de medicamentos foi realizada de forma que possibilitou a identificação dos PRM e a possível correção dos mesmos, a partir de diferentes estratégias, como medidas educativas, a adição de medicamentos, a substituição de medicamentos e a alteração na frequência de dose.

3.2.5 Lembretes por Serviço de Mensagem de Texto

Haramiova et al. (2017), destacam a utilização de lembretes por mensagens de texto, enviadas por farmacêuticos, como intervenção para melhorar a aderência ao tratamento medicamentoso.

As mensagens de texto tiveram como objetivo lembrar os pacientes de tomar os seus medicamentos. Além de fornecer informações sobre o seu tratamento. Os lembretes foram formulados, de forma personalizada, de acordo com as informações que estão contidas nas prescrições dos pacientes, como o nome dos medicamentos, dosagens, frequência de utilização, e outras informações que fossem de interesse.

4 Discussão

4.1 O cuidado farmacêutico aplicado à diferentes condições clínicas para melhoria da adesão

A partir dos resultados, observa-se que a condição clínica a qual o cuidado farmacêutico foi mais aplicado foi a hipertensão, seguida do diabetes. As demais patologias assemelharam-se com relação ao número de trabalhos publicados, em que o cuidado farmacêutico foi citado como abordagem para melhorar a aderência ao tratamento.

De acordo com Araujo et al. (2017), o conceito de adesão e a sua ocorrência, está diretamente associado com a relação estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde, na qual o paciente deve ser um colaborador ativo e assumir um papel central no processo de cuidado.

Ainda para Araujo et al. (2017), a adesão é algo complexo, já que o processo de tratamento não é limitado a terapêutica farmacológica e ao seguimento do que está prescrito pelos profissionais de saúde.

11

Segundo Oliveira et al. (2015), a adesão decorre de um agrupamento de situações que envolvem as crenças dos pacientes, o suporte familiar, a relação entre o profissional e o paciente, aspectos relacionados a doença, ao tratamento e o acesso aos medicamentos e serviços de saúde. De acordo com a OMS (2003), cinco dimensões influenciam na adesão ao tratamento, a partir da multifatorialidade do processo: fatores relacionados a questões socioeconômicas, ao paciente, a doença, ao tratamento e aos serviços de saúde.

Gewehr et al. (2018), define que a não adesão ao tratamento medicamentoso ocorre quando há desistência do uso dos medicamentos, de forma autônoma, sem acompanhamento médico, ou, quando o tratamento é realizado de forma irregular, a partir de alterações nos intervalos de tomada das doses, e através de uma utilização terapêutica não uniforme dos medicamentos.

Segundo Menditto et al. (2020), a falta de adesão ao tratamento medicamentoso interfere negativamente na evolução das condições clínicas e na eficácia do tratamento. Já a OMS (2003),

destaca que a má adesão compromete a terapia, o panorama clínico e a qualidade de vida.

Holt et al. (2010), relatam que um dos principais fatores que contribui para o controle inadequado da pressão arterial em pacientes com hipertensão, é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Segundo Ho et al. (2009), a baixa adesão ao tratamento anti hipertensivo é considerada como um dos grandes interferentes para o controle e manutenção da pressão arterial em níveis satisfatórios.

Conforme Xin et al. (2015), a baixa adesão a insulino terapia promove uma elevação no número de internações hospitalares e uma redução na qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes mellitus. Já Chung et al. (2014), definem que os principais determinantes para o sucesso da terapia no controle do diabetes são a mudança nos hábitos de vida e a adesão aos medicamentos antidiabéticos.

Plaster et al. (2012), estipulam que uma condição essencial para o controle de DCNT, como a síndrome metabólica, é a presença da adesão ao tratamento farmacológico. Khmour et al. (2019), relatam que as dificuldades acerca da gestão da asma podem estar, parcialmente, atreladas a não adesão aos medicamentos e ao uso impróprio de inaladores.

Tommelein et al. (2013), destacam como parte fundamental da gestão da DPOC, recomendada pela Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, a garantia da adesão ao tratamento e o conhecimento, por parte dos pacientes, sobre a técnica de inalação e o uso de inaladores. Para Martin et al. (2017), o êxito no tratamento do HIV é dependente da adesão a terapia antirretroviral, já que a baixa adesão promove piora no quadro clínico, redução da eficácia dos medicamentos e disseminação de cepas de HIV resistentes.

Hernández et al. (2020), citam em estudo que a presença da polifarmácia, e o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, é uma condição que interfere, negativamente, em diferentes níveis da adesão ao tratamento, e que é considerada como um fator de risco para a segurança do paciente.

Conforme a OMS (2003), quando há adesão, há um impacto positivo sobre a condição de saúde e desfecho clínico do paciente, menor uso dos serviços de saúde em função de piora nos quadros clínicos, e consequentemente, vantagens para o setor econômico, além de melhora na qualidade de vida dos pacientes. Oliveira et al. (2015), apontam que quando a má adesão ao tratamento medicamentoso ocorre, o número de complicações pode crescer, e resultar no aumento do número de hospitalizações e na elevação dos custos ao sistema de saúde.

Diferentes estratégias e profissionais de saúde estão envolvidos no processo de promover a adesão ao tratamento. Xin et al. (2015), destaca que os farmacêuticos clínicos são profissionais que estão bem posicionados quanto a atuação direcionada para superar as barreiras de adesão, e melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento medicamentoso. Heisler et al. (2012), relatam que vários estudos demonstraram a importância do cuidado farmacêutico na melhora da adesão ao tratamento, no autocuidado e, em alguns casos, em retorno econômico líquido.

4.2 Intervenções farmacêuticas

O panorama da profissão farmacêutica sofre uma reformulação quando surge na década de 1960 a farmácia clínica, que promoveu a reaproximação do profissional farmacêutico com o paciente, e a atenção farmacêutica, ou também como é conhecido, o cuidado farmacêutico, cujo objetivo foi direcionado a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, a partir do uso racional dos medicamentos (Agostini, 2018; Saturnino et al., 2012; Silva et al., 2017).

De acordo com Cruz et al. (2020), o farmacêutico precisou assumir um novo perfil devido ao processo de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pela inversão de aumento nas taxas de DCNT quando comparada com as doenças transmissíveis, e aumento da morbimortalidade. A partir de então, o cuidado farmacêutico começa a ser inserido como prática farmacêutica na atenção à saúde (Cruz et al., 2020).

Ainda segundo Cruz et al. (2020), o cuidado farmacêutico se traduz como uma atuação profissional do farmacêutico, na qual o mesmo assume a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente, com o objetivo de alcançar resultados mensuráveis e traçados, de acordo com a prescrição médica, a fim de promover a qualidade de vida.

Para Naqvi et al. (2019), o cuidado farmacêutico é um serviço de saúde, com um olhar centrado no paciente, prestado por farmacêuticos, e que incorpora, mas não é limitado, a diferentes tipos de intervenções, como a gestão da terapia, autocuidado e autogestão de doenças, terapia e orientação motivacional, e educação em saúde.

Conforme Araujo et al. (2017) e Bastos-barbosa et al. (2012), o cuidado farmacêutico pode ser realizado a partir de diferentes intervenções para incrementar a adesão ao tratamento, como a prestação de orientação e sensibilização do paciente e familiares sobre a doença, a importância e os benefícios do tratamento, as particularidades da terapêutica, bem como as reações que podem surgir em decorrência da utilização de medicamentos e como manejá-las.

Silva et al. (2017), em estudo, evidenciaram que o cuidado farmacêutico direcionado para o incremento da adesão pode ser realizado a partir da orientação do uso correto de medicamentos e acompanhamento das reações adversas e interações medicamentosas, com a diminuição do surgimento de erros e a descontinuidade do tratamento.

Mary et al. (2018), demonstraram que o cuidado farmacêutico pode ser eficaz sobre a adesão a terapêutica, a partir do envio de mensagens de texto curtas para os pacientes. Já Lavielle et al. (2018), relatam que a atuação do farmacêutico sobre o gerenciamento de medicamentos é capaz de promover uma melhora na adesão ao tratamento em pacientes com DCNT.

Stockl et al. (2010), relataram melhora na adesão de pacientes que receberam acompanhamento farmacêutico realizado por telefone, como forma da prática do cuidado farmacêutico. Já Milosavljevic et al. (2018), relataram a promoção da educação em saúde e do aconselhamento ao paciente como foco da prática do farmacêutico no cuidado farmacêutico, para melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento, a partir da racionalização da terapia

medicamentosa.

Tritany e Tritany (2020), em estudo, descreve a revisão da farmacoterapia como uma das intervenções farmacêuticas, realizadas durante o cuidado farmacêutico, que evitou a permanência de erros nas prescrições e erros de medicação, e promoveu a garantia de segurança do paciente e a adesão ao tratamento.

Segundo Song et al. (2021), o acompanhamento farmacoterapêutico compreende uma das formas de atuação do profissional farmacêutico, que faz parte do cuidado farmacêutico, e é essencial no processo de manutenção da efetividade do tratamento e eficácia do medicamento, na garantia da segurança do paciente, e na adesão ao tratamento medicamentoso.

Li et al. (2021), descrevem o acompanhamento farmacoterapêutico, realizado pelo farmacêutico, a partir do acompanhamento de pacientes com DCNT, através da verificação, garantia e manutenção da adesão ao tratamento medicamentoso, da efetividade dos medicamentos em uso e da vigilância com relação ao surgimento de reações adversas.

As intervenções farmacêuticas, direcionadas para a melhora da adesão ao tratamento medicamentoso, podem ser executadas a partir de diferentes estratégias, e em diferentes níveis e setores da atenção à saúde, através do cuidado farmacêutico.

5 Conclusão

O estudo permite inferir que a adesão é um componente essencial para realização do tratamento de qualquer condição clínica, e a sua ausência é responsável pela prevalência de muitas doenças, e está associada com a piora no panorama e no quadro geral do paciente. Além de complicações no âmbito fisiopatológico, a não aderência ao tratamento medicamentoso também tem sua parcela de influência negativa no setor econômico.

A garantia e a manutenção da adesão ao tratamento é um dos objetivos que perpassa diferentes áreas da atenção à saúde. Neste contexto, o trabalho demonstrou que o farmacêutico está inserido como um dos profissionais que atuam na remoção de barreiras para adesão, a partir do cuidado farmacêutico. Visto que, tal prática farmacêutica proporciona a aproximação entre o farmacêutico e o paciente, que passa a ser o foco de atuação do profissional.

O estudo evidenciou que o cuidado farmacêutico é aplicado e utilizado como ferramenta que incrementa a adesão ao tratamento medicamentoso, em diferentes condições e problemas de saúde, principalmente para as doenças crônicas, através de diferentes tipos de intervenções, realizadas de forma individual ou coletiva, e em diferentes áreas de atuação do profissional farmacêutico.

Portanto, é possível concluir que o cuidado farmacêutico se mostra como uma prática estratégica e de extrema importância para promoção da adesão medicamentosa. A partir deste trabalho é possível fornecer achados que consolidam e estimulam a realização do cuidado farmacêutico, como prática de atuação, para melhorar a aderência ao tratamento medicamentoso. A valorização e

compreensão da multifatorialidade, que compõe o processo de adesão, é algo que deve ser explorado pelo farmacêutico, em trabalhos futuros, para realização de um serviço consciente, de acordo com a realidade de cada indivíduo.

Referências

- Agostini, C. P. (2018). Cuidado farmacêutico no Brasil: uma revisão bibliográfica. [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões]. <http://repositorio.uricer.edu.br/handle/35974/180>
- Araujo, N. C. F., Palhão, D. M. R., Silva, V. C., Ávila, J. O. L., Cardoso, K. F., Santos, E. R. F., Lomba, F. C. M. S., Carvalho, I. R. A., Souza, B. Q., & Polisel, C. G. (2017). Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de saúde*, 08 (03), 37-41. <http://rbfhss.saude.ws/revista/arquivos/2017080306001194BR.pdf>
- Azevedo, M. G. B., Pedrosa, R. S., Aouqi, C. M., Martins, R. R., & Junior, T. N. (2017). Effectiveness of home pharmaceutical interventions in metabolic syndrome: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 53 (02), 01-09. <https://doi.org/10.1590/s2175-97902017000216089>
- Bastos-barbosa, R. G., Ferrioli, E., Moriguti, J. C., Nogueira, C. B., Nobre, F., Ueta, J., & Lima, N. K. C. (2012). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99 (01), 636-641. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>
- Chambela, M. C., Mediano, M. F. F., Carneiro, F. M., Ferreira, R. R., Waghabi, M. C., Mendes, V. G., Oliveira, L. S., Holanda, M. T., Souza, A. S., Costa, A. R., Xavier, S. S., Silva, G. M. S., & Saraiva, R. M. (2019). Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with heart failure due to chronic Chagas disease: Randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 01 (86), 143-154. <https://doi.org/10.1111/bcp.14152>
- Chung, W. W., Chua, S. S., Lai, P. S. M., & Chan, S. P. (2014). Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*, 03 (08), 85-94. <https://doi.org/10.2147/PPA.S66619>
- Cruz, W. M., Queiroz, L. M. D., & Soler, O. (2020). Cuidado farmacêutico para utentes de farmácia comunitária privada: Revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, 06 (10), 78682-78702. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18343>
- Gerenutti, M., Martinez, A. M. V., & Bergamaschi, C. C. (2017). The effectiveness of a pharmaceutical care model on adherence to antiretroviral therapy: as AME-based cohort study in brazil. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*, 07 (03), 469-472. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651069/>
- Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. F., & Oliveira, K. R. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 42 (116), 179-190. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4Dh4vDYyPWvKHSxHzT9X7zf/?lang=pt&format=pdf>
- Haramiova, Z., Stasko, M., Hulin, M., Tesar, T., Kuzelova, M., & Morisky, D. M. (2017). The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA): study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 18 (334), 01-15. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13063-017-2063-8.pdf>
- Heisler, M., Hofer, T. P., Schmittiel, J. A., Selby, J. V., Klammer, M. L., Bosworth, H. B., Bermann, M., & Kerr, E. A. (2012). Improving blood pressure control through a clinical pharmacist outreach program in patients with diabetes mellitus in 2 high-performing health systems: the adherence and intensification of medications cluster randomized, controlled pragmatic trial. *Circulation*, 125 (23), 2863-2872. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999872/>
- Hernández, C. M. L., Rodríguez, J. A. L., Fernández, F. L., Larrañaga, A. C., Cortes, J. B., Feliu, L. A. G., Plou, B. P., & González, I. D. C. (2020). Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. *Plos One*, 15 (06), 01-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314051/>
- Ho, M. P., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119 (23), 3028-3035. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19528344/>
- Holt, E. W., Muntner, P., Joyce, C. J., Webber, L., & Wood, M. (2010). Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*, 39 (04), 481-487. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq040>
- Khdour, M. R., Elyan, S. O., Hallak, H. O., Jarab, A. S., Mukattash, T. L., & Alst, A. (2019). Pharmaceutical care for adult asthma patients: A controlled intervention one-year follow-up study. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 01 (126), 332-340. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13344>

- Lavielle, M., Puyraimond-zemmour, D., Romand, X., Gossec, L., Senbel, E., Pouplin, S., Beauvais, C., Gutermann, L., Mezieres, M., Dougados, M., & Molto, A. (2018). Methods to improve medication adherence in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature. *Rheumatic and Musculoskeletal diseases*, 04 (02), 01-08. <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2018-000684>
- Li, H., Zheng, S., Liu, F., & Zhao, R. (2021). Fighting against COVID-19: Innovative strategies for clinical pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 01 (17), 1813–1818. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.003>
- Lu, M., Zhou, Y., Wang, B., Hu, Z., Du, Y., Liu, S., Lin, X., Cui, Y., & Jin, H. (2018). Impact of multidisciplinary collaborative pharmaceutical care on knowledge, adherence, and efficacy of hormone therapy in climacteric women. *Patient Preference and Adherence*, 01 (12), 1273-1278. <https://doi.org/10.2147/PPA.S165238>
- Marfo, A. F. A., & Daaku, F. T. O. (2017). Exploring the extended role of the community pharmacist in improving blood pressure control among hypertensive patients in a developing setting. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 10 (39), 01-09. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5740879/>
- Mary, A., Boursier, A., Henry, I. D., Grados, F., Séjourné, A., Salomon, S., Fardellone, P., Brazier, M., & Goeb, V. (2018). Mobile phone text messages improve treatment adherence in patients taking methotrexate for rheumatoid arthritis: a randomized pilot study. *Arthritis Care & Research*, 01 (01), 01-26. <https://doi.org/10.1002/acr.23750>
- Martin, D., Luz, P. M., Lake, J. E., Clark, J. L., Campos, D. P., Veloso, V. G., Moreira, R. I., Cardoso, S. W., Klausner, J. D., & Grinsztejn, B. (2017). Pharmacy refill data can be used to predict virologic failure for patients on antiretroviral therapy in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, 20 (01), 01-05. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25689>
- Menditto, E., Orlando, V., Rosa, G., Minghetti, P., Musazzi, U. M., Cahir, C., Kurczewska-Michalak, M., Kardas, P., Costa, E., Lobo, J. M. S., & Almeida, I. F. (2020). Patient centric pharmaceutical drug product design – the impact on medication adherence. *Pharmaceutics*, 44 (12), 01-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023035/>
- Milosavljevic, A., Aspden, T., & Harrison, Jeff. (2018). Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 01 (26), 387-397. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12462>
- Modé, C. L., Lima, M. M., Carnavalli, F., Trindade, A. B., Almeida, A. E., Chin, C. M., & Santos, J. L. (2015). Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: estudo piloto. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 36 (01), 35-41. <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/65/63>
- Naqvi, A. A., Hassali, M. A., Naqvi, S. B. S., & Aftab, M. T. (2019). Impact of pharmacist educational intervention on disease knowledge, rehabilitation and medication adherence, treatment-induced direct cost, health related quality of life and satisfaction in patients with rheumatoid arthritis: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC research in progress*, 20 (488), 01-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31399128/>
- Nicoletti, M., A. & Ito, R. K. (2018). Formação do farmacêutico: novo cenário de atuação profissional com o empoderamento de atribuições clínicas. *Revista Saúde*, 11 (03-04), 01-14. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2536/2395>
- Oliveira, R. E. M., Filipin, M. D. V., & Giardini, M. H. (2015). Intervenções farmacêuticas destinadas à otimização da adesão ao tratamento medicamentoso de um paciente. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 12 (02), 39-51. <https://doi.org/10.5216/ref.v12i2.34346>
- Plaster, C. P., Melo, D. T., Boldt, V., Cassaro, K. O. S., Lessa, F. C. R., Boechat, G. A. P., Bissoli, N. S., & Andarade, T. U. (2012). Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 48 (03), 435-446. <https://www.scielo.br/bjps/a/KRHFqQ5hrHh7q4Lfw6LYVY/?format=pdf&lang=en>
- Rigoni, C. C., Brito, E. S., Alano, G. M., & Galato, D. (2015). Pharmacotherapy review: a proposal to improve medication adherence among hypertensive patients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 51 (04), 763-773. <https://doi.org/10.1590/S1984-82502015000400002>
- Saleem, F., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Haq, N. U., Farooqui, M., Aljadhay, H., & Ahmad, F. U. D. (2013). Pharmacist intervention in improving hypertension related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial. *Health Expectations*, 01 (18), 1270-1281. <https://doi.org/10.1111/hex.12101>
- Saturnino, L. T. M., Perine, E., Luz, Z. M. P., & Modena, C. M. (2012). Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Revista Brasileira de Farmácia*, 93 (01), 10-16. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7860>
- Silva, L. C. A., Brito, P. O. L., Melo, C. D., Falcai, A., & Pereira, I. C. P. (2017). Contribuições da atenção farmacêutica a pacientes em tratamento oncológico. *Revista de Investigação Biomédica*, 09 (02), 216-222. <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/164/pdf>
- Soares, A. L. P. P., Costa, M. A., & Teixeira, J. J. V. (2016). Nível de entendimento sobre prescrição farmacêutica. Estamos preparados para essa nova realidade? *Infarma Ciências Farmacêuticas*, 28 (03), 149-156. <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v28.e3.a2016.pp149-156>

- Song, Z., Hu, Y., Zheng, S., Yang, L., & Zhao, R. (2021). Hospital pharmacists' pharmaceutical care for hospitalized patients with COVID-19: Recommendations and guidance from clinical experience. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 01 (17), 2027–2031. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129111/>
- Stockl, K. M., Shin, J. S., Lew, H. C., Zakharyan, A., Harada, A. S. M., Solow, B. K., & Curtis, B. S. (2010). Outcomes of a rheumatoid arthritis disease therapy management program focusing on medication adherence. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 16 (08), 593-604. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2010.16.8.593>.
- Tommelein, E., Mehuys, E., Van Hees, T., Adriaens, E., Van Bortel, L., Christiaens, T., Van Tongelen, I., Remon, J. P., Boussery, k., & Brusselleet, G. (2013). Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonar disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77 (05), 756-766. <https://doi.org/10.1111/bcp.12242>
- Tritany, R. F., & Tritany, E. F. (2020). Serviços Farmacêuticos no Enfrentamento à COVID-19: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Saúde em Redes*, 06 (02), 07-24. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/3301/536>
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Wuyts, J., Maesschalck, J., Wulf, I., Foubert, K., Boussery, K., Lepeleire, J., & Foulon, V. (2018). Studying the impact of a medication use evaluation for polymedicated older patients by the community pharmacist (SIMENON):study protocol. *BMC Health Services Research*, 18, (623), 01-08. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3440-z>
- Xin, C., Xia, Z., Jiang, C., Lin, M., & Li, G. (2015). Effect of pharmaceutical care on medication adherence of patients newly prescribed insulin therapy: a randomized controlled study. *Patient Preference and Adherence*, 01 (09), 797-802. <https://doi.org/10.2147/PPA.S84411>

APÊNDICE D- MANUSCRITO SUBMETIDO
REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE – QUALIS B1

Adesão ao tratamento farmacológico e a relação entre usuários e medicamentos na atenção primária à saúde

Adherence to pharmacological treatment and the relationship between users and drugs in primary health care

Adherencia al tratamiento farmacológico y la relación entre usuarios y medicamentos en la atención primaria de salud

RESUMO

A adesão é um processo multifatorial que demanda a busca pela compreensão das subjetividades dos indivíduos. No entanto, é comum a limitação do tema à visão biomédica. O objetivo do trabalho foi analisar a relação estabelecida entre usuário e medicamento, e sua ligação com o processo de adesão, na Atenção Primária a Saúde. Para tal, foi feita uma análise exploratória e observacional, descrita em diário de campo, a partir das práticas coletivas e individuais realizadas em uma Unidade de Saúde da Família. O material foi submetido à análise de conteúdo de Bardin. E foram obtidos os seguintes eixos norteadores, que posteriormente foram explorados: a busca pelo entendimento das subjetividades na área da saúde e o artifício da pesquisa qualitativa; a compreensão do processo saúde-doença pelos usuários; a relação dos usuários com os medicamentos; e a adesão ao tratamento farmacológico. Os usuários atribuem significados aos medicamentos, e também os ressignificam de acordo com o contexto no qual estão inseridos. O estabelecimento de tais relações com os medicamentos, influenciam diretamente o processo de adesão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; relação paciente-medicação; Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Adherence is a multifactorial process that demands the search for understanding the subjectivities of individuals. However, it is common to limit the theme to the biomedical view. The objective of this study was to analyze the relationship established between user and medication, and its connection with on the adherence process, in Primary Health Care. To this end, an exploratory and observational analysis was carried out, described in a field diary, based on collective and individual practices carried out in a Family Health Unit. The material was submitted to Bardin's content analysis. And the following guiding axes were obtained, which were later explored: the search for understanding subjectivities in the health area and the artifice of qualitative research; understanding of the health-disease process by users; the relationship between users and medications; and adherence to pharmacological treatment. Users attribute meanings to medicines, and also re-signify them according to the context in which they are inserted. The establishment of such relationships with medications directly influence the adherence process.

Keywords: Primary Health Care; patient-drug relationship; Adherence to treatment.

RESUMEN

La adherencia es un proceso multifactorial que exige la búsqueda de ¹⁵ la comprensión de las subjetividades de los individuos. Sin embargo, es común limitar el tema a la visión biomédica. El objetivo de este estudio fue analizar la relación que se establece entre usuario y medicamento, y su conexión con el proceso de adherencia, en Atención Primaria de Salud. Para ello, se realizó un análisis exploratorio y observacional, descrito en diario de campo, a partir de prácticas colectivas e individuales realizadas en una Unidad de Salud de la Familia. El material fue sometido al análisis de contenido de Bardin. Y se obtuvieron los siguientes ejes orientadores, que luego fueron explorados: la búsqueda de comprensión de las subjetividades en el área de la

salud y el artificio de la investigación cualitativa; comprensión del proceso salud-enfermedad por parte de los usuarios; la relación entre usuarios y medicamentos; y adherencia al tratamiento farmacológico. Los usuarios atribuyen significados a los medicamentos, y también los resignifican según el contexto en el que se insertan. El establecimiento de tales relaciones con los medicamentos influye directamente en el proceso de adherencia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; relación paciente-fármaco; Adherencia al tratamiento.

INTRODUÇÃO

A adesão, de acordo com a visão biomédica, corresponde ao grau em que o comportamento de uma pessoa está de acordo com as recomendações de um profissional de saúde (OMS 2003; Araujo et al., 2017). E a evolução clínica positiva e o sucesso do tratamento estão diretamente relacionados a adesão (Menditto et al., 2020).

O processo de adesão é considerado algo complexo, já que o curso do tratamento não é limitado à terapêutica farmacológica e ao seguimento do que está prescrito pelos profissionais de saúde (Araujo et al., 2017). Pois, o ato de aderir decorre de um agrupamento de situações que envolvem as crenças dos pacientes, o suporte familiar, a relação entre o profissional e o paciente, aspectos relacionados a doença, ao tratamento e o acesso aos ¹²medicamentos e serviços de saúde (Oliveira; Filipin; Giardini, 2015; Orlandi et al., 2019).

Portanto, a busca para que o indivíduo tenha aderência àquilo ao qual está sendo submetido, inclui o esforço, por parte dos profissionais, em compreender as subjetividades que compõe cada ser, e as crenças que os motivam, como algo essencial em sua rotina diária (Oliveira; Filipin; Giardini, 2015; Cross et al., 2020). Já que, a eficácia de algum procedimento ou tratamento, está diretamente relacionada com a forma como o paciente interage com a prática, e com a crença que é depositada por ele, na mesma (Levi-Strauss, 1996).

O que reforça a importância e a necessidade de estimular a participação ativa do sujeito no seu processo de cuidado, visto que, para que ocorra, e seja obtida a adesão, o colaborador principal do processo, que é o paciente, deve possuir autonomia e assumir o papel de destaque nas decisões acerca do seu regime saúde-doença (Araujo et al., 2017; Freitas; Alvarenga, 2020).

Este formato de atuação é priorizado na Atenção Primária à Saúde (APS), cujas práticas têm como finalidade uma assistência que promova o bem estar coletivo, de acordo com a realidade vivida, e garanta a longitudinalidade do cuidado através de usuários que são integrantes e ativos no processo do cuidado (Carvalho et al., 2016; Araujo et al., 2017; Brasil, 2017; Brasil, 2019).

Assim, este artigo teve como objetivo analisar a relação estabelecida entre paciente e medicamento, e a sua ligação com o processo de adesão ao tratamento farmacológico prescrito, na APS.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo do tipo exploratório e observacional, durante o período de um ano, a partir das práticas, individuais e coletivas, realizadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF), que fica localizada em um município do estado de Pernambuco, Brasil, e faz parte da rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

12

A unidade atende cerca de 3.222 usuários e contém uma equipe mínima de Saúde da Família (eSF) constituída por uma médica, uma dentista e uma enfermeira. Ainda compõe a equipe: uma técnica de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A observação das atividades realizadas na USF, e posterior relato das mesmas, foi documentado em formato de diário de campo, e submetido à Análise de Conteúdo de Bardin, a

partir da fase de pré análise, exploração do material e por fim, tratamento dos resultados: inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977) a *Análise de Conteúdo* se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possibilita a obtenção de indicadores, que permitem relacionar as variáveis inferidas à conhecimentos relativos.

RESULTADOS

As práticas realizadas foram descritas, a partir da categorização em dois grupos: individual e coletiva, a fim de facilitar organização do material e posterior análise.

Com relação às atividades individuais destacaram-se: as consultas, que ocorreram em um ambiente reservado, dentro da unidade; ou ainda, de forma compartilhada, com a presença de mais de uma especialidade da área da saúde, com duração média de uma hora.

Fez parte ainda do eixo individual, as visitas domiciliares; através das quais, o profissional, ou, os profissionais da saúde, se deslocaram até a residência do usuário, acamado ou domiciliado, que não tinha acesso à unidade. As visitas seguiram um planejamento e um cronograma definido em reunião de equipe. Na qual foi debatido: o número de visitas, a escolha dos usuários e as especialidades que deveriam acompanhar o caso.

Já as atividades coletivas, foram representadas pela realização das salas de espera e dos grupos. O planejamento de ambas, ocorria durante as reuniões da equipe, sendo discutido os temas a serem abordados, a metodologia a ser empregada e quem seria o responsável, ou, responsáveis pela condução da atividade.

A partir da análise de conteúdo de Bardin, foram identificadas as seguintes unidades de registro (Tabela 1).

Tabela 1 – Unidades de registro

UNIDADES DE REGISTRO	QUANTITATIVO (N)
Vínculo profissional – usuário	51
Modelo biomédico	33
Usuário autônomo	66
Crenças e tratamento	73
Significado dos medicamentos	98
Adesão	130
Pesquisa qualitativa	29
Automedicação	21

Fonte: autoria própria. N = número de repetições

O termo adesão foi o que teve maior expressividade em conteúdo do diário de campo, sendo representado pelo número de 130 citações, no decorrer do material.

Foi obtida também a categorização dos eixos temáticos, que estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Categorias obtidas pela Análise de Conteúdo de Bardin 13

CATEGORIAS – EIXOS TEMÁTICOS

A busca pelo entendimento das subjetividades na área da saúde e o artifício da pesquisa qualitativa
A compreensão do processo saúde-doença pelos usuários
A relação dos usuários com os medicamentos
Adesão ao tratamento farmacológico

Fonte: autoria própria

A partir das categorias formadas foi possível evidenciar que, dentro do contexto abordado, a investigação de como os usuários assimilam o processo de cuidado e os significados atribuídos aos medicamentos que compõem o tratamento, se sobressaíram.

Nesse sentido, foi dada sequência à interpretação e discussão de conceitos; práxis desenvolvidas na área da saúde; a supremacia dos usuários como sujeitos ativos no processo saúde-doença; a relação desenvolvida com os medicamentos e a adesão à farmacoterapia.

DISCUSSÃO

A BUSCA PELO ENTENDIMENTO DAS SUBJETIVIDADES NA ÁREA DA SAÚDE E O ARTIFÍCIO DA PESQUISA QUALITATIVA

A saúde, antes definida como ausência de doenças, tem seu conceito ampliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que passa a englobar, além do aspecto físico, os fatores sociais e mentais como essenciais para um estado completo de bem-estar, caracterizado pelo olhar biopsicossocial e não apenas biomédico (Borges; Jesus; Schneider 2018; Silva; Schraiber; Mota, 2019).

Em contrapartida, a prática deste conceito na saúde é considerada complexa e de baixa acessibilidade (Cabral et al., 2018; Teles; Nascimento, 2019). Um dos¹⁵ aspectos que podem dificultar a transformação da atenção em saúde é a forma de atuação praticada pelos profissionais (Cabral et al., 2018; Teles; Nascimento, 2019).

O formato de atuação, atualmente, apresenta uma relação direta com o modelo biomédico, no qual há uma supervalorização das práticas assistenciais e com caráter tecnicista, tornando o cuidado fragmentado e especializado (Silva; Santana, 2014; Recine et al., 2018; Teles; Nascimento, 2019). Tais características refletem no processo de trabalho, de modo que dificultam a atenção integral em saúde (Silva; Santana, 2014; Teles; Nascimento, 2019).

Desta forma, é fundamental que este modelo ceda espaço para um modelo de assistência, cujo propósito englobe a busca pela qualidade de vida e a promoção da saúde, com ênfase no coletivo e nos diversos aspectos que compõe o ser (Rosa; Labate, 2005; Melo et al., 2009; Teles; Nascimento, 2019).

Assim, a área da saúde lança mão de estratégias, como a utilização e aproximação com a metodologia qualitativa, para promover uma assistência mais humanizada, que elabore abordagens embasadas na compreensão do sujeito, a fim de encontrar respostas e novas formas de incluir o indivíduo durante todo o processo (Minayo, 1998).

Antes dominante na esfera social, a pesquisa qualitativa sofre uma expansão e alcança espaço no campo da saúde, com a abordagem da interação, gerada a partir das relações sociais, possibilitando a percepção, caracterização e o reconhecimento da realidade (Medeiros, 2012; Kinalski et al., 2017).

A metodologia qualitativa é desenvolvida com base no englobamento dos valores, opiniões, motivos, ambições, atitudes, significados, relações estabelecidas, crenças e interpretações acerca de como os sujeitos vivem, sentem, realizam o processo de autoconstrução, lidam com tal situação, e como a mesma interfere em seus cotidianos (Minayo, 2013).

Ou seja, esse tipo de pesquisa busca o entendimento dos fenômenos¹⁵ e experiências humanas, a partir da aproximação com as intersubjetividades e processos interativos, dentro de um contexto mais ampliado que se relaciona com a elevação de saberes (Minayo, 2012; Tohom et al., 2019). Assim, a abordagem qualitativa é um caminho para que o pesquisador e o profissional de saúde, assuma um papel de imersão no campo de estudo, aprenda a estabelecer uma conexão com os sujeitos, e a trabalhar e valorizar as subjetividades de cada indivíduo, como parte crucial do processo (Kinalski et al., 2017).

A COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA PELOS USUÁRIOS

A saúde, ou a doença, podem ser consideradas como um fenômeno, que por vezes, o homem não tem domínio ou controle, e que por tal razão pode ser compreendido como produto de algo sobrenatural ou ligado à processos religiosos (Loyola, 1984). O conhecimento que boa parte da população apresenta sobre tal fenômeno, é referente ao cotidiano prático que vivencia, à observação de eventos que ocorrem entre familiares, ou ainda, advindos do que se é transmitido pelos profissionais de saúde (Loyola, 1984).

Logo, o conceito atribuído à saúde, a forma como tanto ela quanto a doença é abordada, e o modo de entendimento sobre as práticas utilizadas, variam de indivíduo para indivíduo (Amadigi et al., 2009). Pois, a importância e os significados atribuídos ao estado de adoecimento, são formulados de forma coletiva, a partir das experiências que envolvem o indivíduo, os parentes e o profissional (Amadigi et al., 2009).

No entanto, o cenário demonstra que é dada pouca relevância para a maneira como o paciente entende o que é saúde, e a sua percepção sobre o adoecer, já que os profissionais de saúde, frequentemente, não incorporam tais informações e saberes para tomada de decisões acerca da conduta a ser prestada, dificultando a adesão aos tratamentos propostos, e iniciados (Amadigi et al., 2009; Silva; Schraiber; Mota, 2019).

O modelo biomédico exerce uma grande influência nesse tipo¹⁵ de lógica clínica, que apresenta deficiências com respeito à esfera da subjetividade humana, que envolve a assimilação do que é passar pelo processo de adoecimento e sofrimento, e encontrar uma realidade multidimensional, com caráter psicológico, social e cultural. (Amadigi et al., 2009; Teles; Nascimento, 2019).

Por vezes, há o estabelecimento de uma relação assimétrica entre o profissional e o paciente, com a valoração divergente para os entendimentos e fazeres de cada um, na qual os profissionais não reconhecem como válido os aprendizados e conhecimentos adquiridos pelo

paciente, sobre sua condição de saúde, tal qual alguma forma de cuidado que destoe do que é padronizado (Amadigi et al., 2009).

Desse modo, as práticas adotadas por tais profissionais podem não representar as concepções e necessidades reais dos pacientes, já que foram tomadas de modo individual, conforme crenças pessoais, e sem a participação dos mesmos (Amadigi et al., 2009; Sevalho, 2018). O que se almeja é justamente o oposto, visto que tal modo de atuar pode facilitar o afastamento entre paciente e profissional (Amadigi et al., 2009; Teles; Nascimento, 2019).

Em uma sociedade complexa, pode ser identificado a presença de três subsistemas de cuidado a saúde, que são representados pelo informal, popular e o profissional (Kleinman, 1988). De modo que, ambos são utilizados de forma sobreposta, e não com caráter excludente, a partir de um processo interativo, que possibilita que uma pessoa construa interpretações acerca do processo saúde-doença, e busque medidas para promoção do cuidado (Kleinman, 1988; Amadigi et al., 2009).

A articulação entre saberes e significados é imprescindível para acolher as multidimensionalidades dos pacientes, e validar as práticas de cuidado, de acordo com a compreensão de como uma determinada condição de saúde implica, e altera a rotina do indivíduo (Amadigi et al., 2009; Barreto et al., 2019). Já que o encontro com o profissional de saúde deve ser encarado como uma possibilidade para troca de valores¹⁵, culturas e diferentes saberes (Amadigi et al., 2009; Barreto et al., 2019).

A análise dos itinerários terapêuticos, por exemplo, é considerada uma ferramenta importante para compreender as características do comportamento de um indivíduo ou coletivo, diante de um estado de adoecimento, pois a mesma considera que, fora do ambiente hospitalar, tanto o paciente quanto os seus familiares, são os principais responsáveis e detentores pelas decisões acerca da atenção à saúde (Diehl; Langdon, 2013; Barreto et al., 2019).

A RELAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS MEDICAMENTOS

A utilização de medicamentos é condicionada a uma série de fatores que envolvem desde a questão econômica até o acesso aos mesmos (Diehl; Langdon, 2013; Kini; Ho, 2018). No entanto, destaca-se como determinante, para a forma como o indivíduo utiliza e autoadministra suas medicações, a relação sociocultural construída, as vivências do sujeito como doente, e as considerações que os indivíduos fazem e possuem sobre suas necessidades. (Diehl; Langdon, 2013).

A cultura pode ser visualizada como algo dinâmico, que exerce interferência na forma como as pessoas agem diante de desconfortos físicos, psíquicos, e no uso de medicamentos (Diehl; Langdon, 2013). Contudo, uma parcela considerável dos profissionais de saúde não visualiza a cultura como fonte para descoberta das particularidades que envolvem os pacientes, mas sim como algo inerte, e que atrapalha o seguimento do plano terapêutico (Diehl; Langdon, 2013).

Nesse sentido, o modelo hegemônico biomédico é, mais uma vez, determinante no cerne que envolve os medicamentos e a prática da medicalização (Diehl; Langdon, 2013). Porém, o conceito que abrange tal modelo, muitas vezes, se torna insuficiente para garantir que as práticas do cuidado assegurem a adesão e o uso racional de medicamentos, uma vez que é necessário a integralização com outros saberes para aperfeiçoamento de competências¹⁵ (Diehl; Langdon, 2013; Sevalho, 2018).

A pluralidade de atributos que os medicamentos têm e exercem dentro do contexto social, vai além dos seus efeitos farmacológicos, e englobam o aumento de produtividade do médico e do sistema de atendimento à população, um apoio às relações de poder sobre os pacientes e seus familiares, auxílio na construção de diagnósticos, e uma maior racionalização do tempo em que uma consulta ocorre (Rozenfeld, 1989).

Entretanto, a relação entre paciente e medicamento é algo complexo e que vai além do seu consumo, já que o uso de medicamento representa uma estratégia terapêutica, que está associada, e é determinada, pelas experiências dos indivíduos e pela observação da presença de efeitos positivos e seus benefícios (Gonçalves et al., 1999; Diehl; Langdon, 2013).

A fim de expandir os significados e os vínculos estabelecidos com os medicamentos, além de uma visão estereotipada biomédica, a antropologia passa a se dedicar ao desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao tema, a partir do ano de 1980 (Diehl; Langdon, 2013). Essa nova abordagem, passa a incorporar uma nova linha dentro das pesquisas antropológicas, conhecida como antropologia farmacêutica (Van Der Geest; Whyte, 1998; Diehl; Langdon, 2013).

A partir deste entendimento, é considerado que a eficácia de um medicamento exerce a influência, e gera diferentes tipos de efeitos, incluindo o social, cultural, psicológico e metafísico, e não só apenas o efeito fisiológico e farmacológico (Van Der Geest; Whyte; Hardon, 1996; Diehl; Langdon, 2013).

Os efeitos sociais são relacionados à procedência do medicamento e permite abreviar relações sociais em condições de saúde que envolvem algum tipo de constrangimento, como em doenças sexualmente transmissíveis, em que o contato profissional/paciente é marcado apenas pela realização da prescrição e entrega dos medicamentos, sem ¹⁵um diálogo (Van Der Geest; Whyte; Hardon, 1996; Diehl; Langdon, 2013).

Já os efeitos culturais trazem consigo o fato de que, aos medicamentos são atribuídos significados, e que os mesmos desenvolvem um dever importante na interpretação da doença e na construção do trinômio saúde-doença-atenção, a partir de uma base cultural (Van Der Geest; Whyte; Hardon, 1996; Diehl; Langdon, 2013).

No que diz respeito aos efeitos psicológicos, a eficácia é vinculada ao ato de prescrever e à obtenção de uma prescrição, na medida em que os medicamentos assumem um poder de

conter e aliviar o processo de ansiedade tanto dos médicos quanto dos pacientes (Van Der Geest; Whyte; Hardon, 1996; Diehl; Langdon, 2013).

Por sua vez, os efeitos metafísicos surgem a partir da confirmação de que os medicamentos funcionam, o que confirma que os discernimentos tidos sobre a realidade estão corretos, e reforça conceitos como o de micro-organismos, mesmo estes sendo invisíveis a olho nu, e em dogmas que não são explícitos (Van Der Geest; Whyte; Hardon, 1996; Diehl; Langdon, 2013).

Portanto, o efeito total de um medicamento vai além do princípio ativo, e envolve peculiaridades do profissional que prescreve, e do farmacêutico que realiza a dispensação, do local em que a medicação vai ser administrada, e características específicas do próprio medicamento, como cor, sabor, forma e nome (Van Der Geest, 1987).

O fato de medicamentos serem compenetrados com as qualidades culturais e com a história de uma sociedade, é um processo dinâmico conhecido como indigenização ou reinterpretação (Kleinman, 1980; Etkin, 1992). E a forma farmacêutica de um medicamento é um dos atributos passíveis de reinterpretação cultural, já que comprimidos, cápsulas, e entre outras, têm eficácia avaliada e comparada, de acordo com as experiências do processo saúde-doença-atenção, e do contexto cultural presente. (Diehl; Langdon, 2013).

Com relação ao uso racional de medicamentos, o Brasil considera¹⁵ a questão a partir da Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, mas há uma discussão a respeito da forma como esse tema é abordado, a partir do ato de culpabilizar os sujeitos, quando os mesmos fazem a administração de medicações fora dos padrões recomendados, considerando-os irracionais, e reforçando assim, a ideia de que apenas o conhecimento técnico científico é o correto, o racional (Diehl; Langdon, 2013).

O conceito, atualmente empregado, de uso racional pode comprometer a compreensão da diversidade de jeitos que os medicamentos podem ser prescritos, dispensados e usados

(Trostle, 1996). A utilização de medicamentos de acordo com esquemas posológicos próprios, e determinados a partir de reinterpretações sobre o que funciona ou não, demonstra a autonomia dos sujeitos, adquirida a partir de experiências e conhecimentos no processo saúde-doença, o que é definido como autoatenção (Diehl; Langdon, 2013).

Para Menéndez (2009), uma das principais atividades que representa a autoatenção, é a automedicação. Esta, traz duas dimensões relevantes: a gestão e autonomia do indivíduo que utiliza o medicamento, e a forma como os serviços de saúde se organizam em diferentes situações (Diehl; Langdon, 2013).

A automedicação evidencia que há um processo dinâmico desenvolvido pelo indivíduo, para estabelecer uma prática de autoatenção, que pode ser influenciada pelos profissionais de saúde, mas não dominadas por estes (Diehl; Langdon, 2013). De acordo com Menéndez (2009), tais profissionais não buscam entender os caminhos que levaram os sujeitos a praticar a automedicação.

A investigação da relação estabelecida entre o contexto sociocultural, os processos de saúde-doença-atenção, e o uso de medicamentos, é uma ferramenta válida para auxiliar na prestação de serviços pelos profissionais de saúde, e possibilita a inclusão articulada entre os mesmos e os pacientes, a partir das práticas de autoatenção, e da interação entre os sujeitos com os serviços de saúde (Menéndez, 2009; Diehl; Langdon, 2013).

13

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

De acordo com a OMS (2003), cinco dimensões influenciam na adesão ao tratamento, a partir da multifatorialidade do processo: fatores relacionados a questões socioeconômicas, ao paciente, a doença, ao tratamento e aos serviços de saúde.

Mas de forma majoritária, a adesão é abordada a partir de uma perspectiva biomédica, na qual a falta de adesão é considerada algo negativo (Diehl; Langdon, 2013; Lozano-

Hernández et al., 2020). Porém, há diferentes modos de assimilar o que significa adesão, desde o conceito técnico científico, que se traduz ao cumprimento, pelos pacientes, do que está prescrito, até um entendimento mais amplo, que considera uma visão integral do processo (Brasil, 2007; Costa, 2008; Menditto et al., 2020).

Assim, a literatura trás três diferentes termos para abarcar essa diversidade conceitual: *compliance*; *adherence*; e *concordance* (Diehl; Langdon, 2013; Menditto et al., 2020). *Compliance* indica que o comportamento do paciente está de acordo com o definido pelo profissional de saúde, que é quem decide o tipo de tratamento e como se dará a sua realização, enquanto o paciente assume uma postura passiva, com pouca autonomia e obediente (Gonçalves et al., 1999; Horne et al. 2005; Menditto et al., 2020).

Ou seja, o termo *compliance* tem uma maior relação com o modelo biomédico, e não inclui aspectos como opiniões e interferências dos familiares, da rede de convívio do paciente, e os significados e representações de saúde-doença (Conrad, 1985). Esse tipo de interação entre profissional de saúde e paciente pode favorecer a ocorrência da *noncompliance* (Gonçalves et al., 1999).

A *noncompliance* ocorre a partir da interpretação de que o paciente tem um comportamento desviante do que foi recomendado, ou quando o mesmo não apresenta competência para seguir o que lhe foi repassado (Horne et al., 2005¹⁴). Logo, uma atuação embasada nos moldes do modelo hegemônico, não oferece suporte para entender a necessidade de controle do profissional, e a condução da doença pelo mesmo, assim como a decisão do paciente em aderir ou não ao tratamento, já que há uma infinidade de fatores que podem fazer com que o plano terapêutico não seja concluído (Farmer, 1997).

Ao que se refere à *adherence*, o paciente é tido como ser capaz de tomar decisões de forma consciente, e se responsabilizar pelo seu tratamento, tornando-se o ator principal do seu processo saúde-doença (Gonçalves et al., 1999). O termo ressalta que o paciente tem autonomia,

e possui liberdade para seguir ou não as recomendações médicas, e que a *nonadherence* não é razão para condená-lo (Diehl; Langdon, 2013).

Quanto a *concordance*, o que se tem é um acordo, fruto da negociação entre profissional e paciente, em que está presente o respeito nas crenças e decisões dos pacientes, sobre como e quando os medicamentos serão utilizados, ou ainda, se não será feito o uso dos mesmos (Diehl; Langdon, 2013; Menditto et al., 2020).

Não há um padrão para medir a adesão, mas quando o intuito é realizá-la, são utilizadas tanto medidas diretas (detecção de metabólitos no sangue e urina), quanto indiretas (aplicação de questionários, contagem de medicamentos nos blisters e análise dos dados de prescrição) (Diehl; Langdon, 2013; Araujo et al., 2017; Kini; Ho, 2018).

A adesão consiste em um seguimento mutável, e que demanda uma dedicação contínua, portanto qualificada como um desafio (Costa, 2008). Assim, quando se fala em adesão, não é possível associá-la como uma característica pertencente à uma pessoa, mas sim um processo, no qual o paciente não é aderente, porém tem adesão, e necessita de um acompanhamento frequente (Brasil, 2007).

Desta forma, avaliar a adesão a partir do ponto de vista dos sujeitos, a partir da relação desenvolvida com os medicamentos e com os saberes adquiridos no processo saúde-doença-atenção, pode revelar quais os motivos que os levam a utilizar os ¹⁴medicamentos de formas diferentes daquela prescrita (Diehl; Langdon, 2013).

CONCLUSÃO

O modelo biomédico, ainda, exerce grande influência sobre os processos de saúde e sobre a forma de atuação dos profissionais. O que impacta diretamente na busca, e no estabelecimento de uma relação mais interativa entre profissional e paciente, na qual o paciente

é avaliado a partir de uma perspectiva holística, e considerado capacitado para a tomada de decisões acerca do seu processo saúde-doença, como ser autônomo e consciente.

A busca pela compreensão e incorporação de outros saberes e aspectos, relevantes para o paciente, como o social, cultural e até econômico, é imprescindível para a tomada de condutas terapêuticas, pelos profissionais de saúde, que se aproximem da real necessidade dos indivíduos. Aceitar que os pacientes são detentores de conhecimentos acerca de si, e da sua saúde, e estabelecer a troca desses saberes, é uma etapa indispensável.

Os indivíduos estabelecem relações com os medicamentos, atribuem significados aos mesmos e também os ressignificam, a partir das experiências vivenciadas, e dos conhecimentos adquiridos em determinado contexto cultural e social, de forma autônoma aos profissionais e estabelecimentos de saúde. Tais relações impactam diretamente sobre o processo de adesão.

Por isso, se a comunicação entre o paciente e profissional é fragilizada, sem abertura para o entendimento do que é importante para o paciente, e sem uma tomada de decisões realizadas de forma conjunta, mas definida apenas pela concepção do profissional, as chances de a falta de adesão ocorrer, aumentam.

Os profissionais de saúde não devem assumir uma posição de julgamento, embasado no que os mesmos acreditam como coerente e irrefutável, pois isso oferece risco à possibilidade de conhecer formas variadas de manejar determinadas situações.

14

INFORMAÇÕES DO TRABALHO

Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), na modalidade Programa de Excelência Acadêmica (Proex). E foi fruto da dissertação de Mestrado desenvolvido em Inovação Terapêutica, com enfoque na adesão e educação em saúde, na Atenção Primária. Não há potenciais conflitos de interesse e nenhum conflito ético.

REFERÊNCIAS

- AMADIGI, Felipa R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 13, n. 01, p. 139-146, 2009.
- ARAUJO, Natane C. F. et al. Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de saúde*. v. 08, n. 03, p. 37-41, 2017.
- BARRETO, Ana. C. O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 72, n. 01, p. 266-273, 2019.
- BORGES, Claudia D.; JESUS, Luciana O.; SCHNEIDER, Daniela R. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Psicologia em Pesquisa*. v. 12, n. 02, p.01-09, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200200458>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-124720180002000002. Acesso em: 01 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 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). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão para as pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CABRAL, Paulo E. et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Revista Brasileira Educação Médica*. v. 32, n. 03, p. 374-382, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300012>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXvKRFtMgcqMPfbmBZJXWCr/?lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2022.

CARVALHO, Marselle N. et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas unidades básicas de saúde no Brasil, 2008-2013. *Saúde em Debate*. v. 40, n. 109), p. 154-162, 2016.

COSTA, D. P. M. *A experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com HIV/AIDS*. 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, 2008.

CROSS, Amanda J. et al. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications (Review). ¹⁴*Cochrane Database of Systematic Reviews*. v. 05, n. 01, p. 01-227, 2020.

DIEHL, Eliana E.; LANGDON. Esther J. 2. ed. *Gestão da assistência farmacêutica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

ETKIN, Nina L. Side effects: Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*. v. 06, n. 02, p. 99-113, 1992.

- FARMER, Paul. Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science and Medicine*. v. 44, n. 01, p. 347-358, 1977. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00143-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00143-8). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/>. Acesso em: 01 jan. 2022.
- FREITAS, Kananda P.; ALVARENGA, Marcia R. M. Polypharmacy and high Medication Regimen Complexity Index in the elderly assisted in primary health care. *Revista de Enfermagem da UFPI*. v. 01, n. 01, p. 01-06, 2020.
- GONÇALVES, Helen. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: Na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 15, n. 04, p. 777-787, 1999.
- HORNE, Rob. et al. 1. ed. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D*. London: NHS, 2005.
- KINALSKI, Daniela D. F. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 70, n. 02, p. 424-429, 2017.
- KINI, Vinay.; HO, Michael. Interventions to Improve Medication Adherence: a Review. *Clinical Review & Education*. v. 320, n. 23, p. 2461-2473, 2018.
- KLEINMAN, Arthur 1. ed. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, Arthur. 4. ed. *Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press, 1988.
- LEVI-STRAUSS, Claude. 2. ed. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1996.

LOYOLA, Maria A. *As doenças, os doentes e os especialistas*. 1. ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

LOZANO-HERNÁNDEZ, Cristina M. et al. Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. MULTIPAP Study. *Plos one*. v.15, n. 06, p. 01-15, 2020.

MEDEIROS, Marcelo. Thinking about qualitative research. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 14, n. 02, p. 224-235, 2012.

MELO, Olindina F. et al. Conhecimentos e práticas do farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Sobral- CE. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*. v. 08, n. 02, p. 01-10, 2009.

MENÉNDEZ, Eduardo L. *Sujeitos, Saberes e Estruturas – uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2009.

MENDITTO, Enrica. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design – the impact on medication adherence. *Pharmaceutics*. v. 44, n. 12, p. 01-33, 2020.

MINAYO, Maria C. S. *Construção da identidade da antropologia na ¹⁴área de saúde: o caso brasileiro*. In power: ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam C. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998.

MINAYO, Maria C. S. 12. ed. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2012

MINAYO, Maria C. S. 13. ed. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, Rinaldo E. M.; FILIPIN, Marina D. V.; GIARDINI, Mariana H. Intervenções farmacêuticas destinadas à otimização da adesão ao tratamento medicamentoso de um paciente. *Revista Eletrônica de Farmácia*. v. 12, n. 02, p. 39-51, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Organização Mundial da Saúde, 2003. 196p.

ORLANDI, Giovanna M. et al. Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 72, n. 05, p. 1247-1253, 2019.

RECINE, Elisabetta. et al. Formação profissional para o SUS: análise de reformas curriculares em cursos de graduação em nutrição. *Revista da avaliação da educação superior*. v. 23, n. 03, p. 679-697, 2018.

ROSA, Walisete A. G.; LABATE, Renate C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 13, n. 06, p. 1027-1034, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2022.

ROZENFELD, Suely. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para reorientação política dos insumos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 05, n. 01, p. 388-402, 1989.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface*. v. 22, n. 64, p.177-88, 2018.

SILVA, Marcelo J. S.; SCHRAIBER, Lilia B.; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*. v. 20, n. 01, p. 01-19, 2019.

SILVA, Vinício O.; SANTANA, Patrícia M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v. 19, n. 01, p. 121-132, 2014.

TELES, Davi. C. S.; NASCIMENTO, Edjane D. 2019. 36f. *O pet-saúde e sua contribuição na formação do farmacêutico: um relato de caso*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão (SE), 2019.

TOHOM, Sílvia F. R. et al. Formação do agente comunitário de saúde: compreensão do processo pedagógico a partir do grupo focal. *Atas Investigação Qualitativa em Saúde*. v. 01, n. 01, p. 844-852, 2019.

TROSTLE, James. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. *Social Science and Medicine*. v. 42, n. 08, p. 117-20, 1996.

14

VAN DER GEEST, Sjaak. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*. v. 25, n. 03, p. 273-76, 1987.

VAN DER GEEST, Sjaak.; WHYTE, Susan R. 12. ed. *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988.

VAN DER GEEST, Sjaak.; WHYTE, Susan R.; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*. v. 25, n. 01, p. 153-78, 1996.