

Relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde em pessoas idosas
Relationship between medication adherence and health literacy in elderly people
Relación entre adhesión a la medicación y alfabetización em salud em personas ancianas

Recebido: 03/12/2019 | Revisado: 10/12/2019 | Aceito: 12/12/2019 | Publicado: 20/12/2019

Nidia Farias Fernandes Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5652-1110>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: nidiaffmartins@gmail.com

Daiane Porto Gautério Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1125-4693>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: daianeporto@furg.br

Juliana Piveta de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2703-9189>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: julianapivettal@hotmail.com

Eliel de Oliveira Bandeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1038-1612>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: bandeira.eliel@hotmail.com

Aline Neutzling Brum

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9686-9602>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: neutzling@live.de

Silomar Ilha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: silo_sm@hotmail.com

Resumo

Objetivou-se verificar se há relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona oeste de um

município no sul do Brasil. Estudo transversal, exploratório-descritivo, quantitativo, realizado em 17 equipes de saúde da família, com 350 pessoas idosas, aplicando-se uma versão em português da *Morisky Medication Adherence Scale*, que verificou o grau de adesão à medicação e uma versão traduzida do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults*, que verificou o grau de letramento funcional em saúde. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. Verificou-se que 224 (64%) participantes foram considerados não aderentes à medicação, e 206 (58,9%) tiveram letramento inadequado, não havendo associação significativa entre essas variáveis. Os participantes relataram outras dificuldades no tratamento medicamentoso, entre elas, o esquecimento teve relação significativa com a adesão. A não compreensão de informações em saúde não influenciou a adesão ao tratamento medicamentoso dos participantes. Os profissionais devem atentar para outras dificuldades que podem surgir, principalmente o esquecimento, elencando estratégias voltadas à minimização do mesmo, como o acompanhamento e monitorização do tratamento medicamentoso.

Palavras-chave: Idoso; Adesão à medicação; Alfabetização em saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract

This study aimed to verify whether there is a relationship between medication adherence and health literacy in elderly people attending the Family Health Strategy of the western zone of a municipality in southern Brazil. A cross-sectional exploratory-descriptive, quantitative study of 17 family health teams with 350 elderly people, applying a Portuguese version of the Morisky Medication Adherence Scale, which verified the degree of adherence to the medication and a translated version of the Short-Test of Functional Health Literacy in Adults, which verified the degree of health literacy. A descriptive and inferential statistical analysis was performed. It was verified that 224 (64%) participants were considered non-adherent to the medication, and 206 (58.9%) had inadequate literacy, and there was no significant association between these variables. Participants reported other difficulties in drug treatment, among them, forgetfulness had a significant relationship with adherence. The lack of understanding of health information did not influence adherence to the medication treatment of the participants. Professionals must pay attention to other difficulties that may arise, especially forgetfulness, listing strategies aimed at minimizing it, such as monitoring and monitoring drug treatment.

Keywords: Aged; Medication adherence; Health literacy; Family Health Strategy; Nursing.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo verificar si hay relación entre adhesión a la medicación y alfabetización en salud en personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud Familiar de la zona oeste de un municipio en el sur de Brasil. Estudio transversal, exploratorio-descriptivo, cuantitativo, realizado en 17 equipos de salud familiar con 350 personas ancianas, la aplicación de una versión en portugués de *Morisky Medication Adherence Scale*, que verificó el grado de cumplimiento con la medicación y una versión traducida de la *Short-Test de Functional Health Literacy in Adults*, que verificó el grado de alfabetización en salud. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial. Se verificó que 224 (64%) participantes fueron considerados no adherentes a la medicación, y 206 (58,9%) tuvieron alfabetización inadecuada, no habiendo asociación significativa entre esas variables. Los participantes relataron otras dificultades en el tratamiento medicamentoso, entre ellas, el olvido tuvo una relación significativa con la adhesión. La no comprensión de informaciones en salud no influyó la adhesión al tratamiento medicamentoso de los participantes. Los profesionales deben atentar para otras dificultades que pueden surgir, principalmente el olvido, planteando estrategias dirigidas a la minimización del mismo, como el seguimiento y monitorización del tratamiento medicamentoso.

Palabras clave: Anciano; Cumplimiento de la medicación; Alfabetización em salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería.

1. Introdução

As pessoas idosas são as que mais fazem uso de muitos medicamentos simultaneamente, e essa prevalência pode chegar a até 93% (Ramos et al., 2016). A principal causa de uso são as condições crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias, que exigem tratamento contínuo, prolongado e com vários medicamentos, e se encontram nos primeiros lugares de índice de mortalidade, principalmente em pessoas idosas (Silva & Macedo, 2013; Carvalho, Carvalho, Laurenti & Payão, 2014).

Pessoas idosas que apresentam condições crônicas são as que podem ter mais problemas para aderir ao tratamento medicamentoso, principalmente por fatores como o declínio cognitivo, a severidade do seu estado de saúde e o uso de diversos medicamentos (Crespillo-Garcia et al., 2013; Tavares et al., 2013). A “adesão” pode ser entendida como a correspondência de um indivíduo às recomendações de um profissional de saúde, no que se refere ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou execução de mudanças no estilo de

vida (WHO, 2003). A adesão à medicação refere-se ao seguimento dessas recomendações profissionais, exclusivamente no que se refere ao uso de medicamentos (Marcum & Gellad, 2012).

A baixa adesão à medicação é uma séria barreira para o sucesso terapêutico, trazendo um impacto ainda pior para pessoas idosas, ocasionando consequências como as falhas no tratamento e o agravamento das condições crônicas e doenças relacionadas, o que ocasiona maior demanda aos serviços de saúde, aumento de internações hospitalares e de custos em saúde, além de aumentar os índices de morbimortalidade nessa parcela da população (WHO, 2003; Billingsley & Carruth, 2015; Kim et al., 2016). Os índices de baixa adesão à medicação da população idosa estão entre 40 a 80%, considerados piores do que o da população geral, que é de aproximadamente 50% (Markotic et al., 2013; Schmitt Júnior, Lindner & Helena, 2013; Vieira & Cassiani, 2014).

Para ter uma boa adesão à medicação, pressupõe-se que as pessoas idosas necessitam compreender as informações relacionadas à sua saúde e ao seu tratamento, como a leitura dos rótulos de medicação e das prescrições, e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Porém, essa população pode ter dificuldades quanto a essas questões, o que contribui para que façam inadequadamente o tratamento medicamentoso ou até o abandonem (Lindquist et al., 2012; Bauer et al., 2013).

Por isso, a compreensão dessas informações em saúde, ou seja, o Letramento Funcional em Saúde (LFS) é um fator que tem relação direta com a adesão a medicação. O LFS pode ser definido como o conhecimento, competências e motivação para acessar, compreender, interpretar e aplicar informações de saúde, de modo a gerir seus próprios cuidados, mantendo ou melhorando sua qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

Estudos internacionais recentes têm demonstrado uma associação entre o LFS e a adesão à medicação, sendo o baixo LFS um fator que leva à não adesão à medicação (Jones, Treiber & Jones, 2014; O'Connor et al., 2015). Em pessoas idosas, o baixo LFS é uma importante e mais preocupante causa de não adesão à medicação, pois esse grupo populacional é mais vulnerável nas duas variáveis (Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul & Tanasugarn, 2016).

Nesse contexto, é essencial que haja o conhecimento da relação existente entre a adesão à medicação e o LFS em pessoas idosas, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), para que o enfermeiro e demais profissionais possam subsidiar suas intervenções relacionadas ao tratamento medicamentoso, com enfoque no LFS, caso haja relação entre ambos. Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi:

verificar se há relação entre adesão à medicação e LFS em pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste de um município no sul do Brasil.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa, exploratório-descritivo, do tipo transversal. O estudo foi realizado em dez Unidades de Saúde da Família (USF), que totalizam 17 equipes de saúde da família, e compõem a Zona Oeste de um município no sul do Brasil. Esta zona foi selecionada por ter cobertura de 100% da ESF. O município possui de mais de 197 mil habitantes, com população estimada de mais de 208 mil pessoas para 2017, e um percentual de idosos de 13,89% (IBGE, 2010).

A população elencada para o presente estudo foram pessoas idosas adscritas às USFs citadas. Os participantes do estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; para a avaliação da adesão à medicação: fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso; para avaliação do LFS: possuir pelo menos um ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger em nível 20/40, considerado normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados direito e esquerdo do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper); e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), considerando que as notas de corte no MEEM são: 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28. Estes testes foram aplicados com o objetivo de minimizar possíveis vieses que poderiam surgir na avaliação do LFS por alterações nas funções visual, auditiva ou cognitiva e interferir no resultado final do estudo.

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos com vistas à recuperação do procedimento cirúrgico.

Para chegar à amostra, primeiro se calculou a população esperada para a área de abrangência do estudo. Assim, foi utilizado como referência o número máximo de pessoas a ser assistida por equipe de ESF que é de 4.000 pessoas, de acordo com a Política Nacional de

Atenção Básica vigente na época da coleta de dados (Brasil, 2012). Obteve-se um total de 68.000 pessoas (17 equipes x 4.000 pessoas = 68.000).

O cálculo da população de pessoas idosas estimada para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual de idosos da cidade que de acordo com o último censo demográfico realizado até a época da coleta dos dados, que é de 13,89% (IBGE, 2010). A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (13,89%), obtendo-se como população do estudo aproximadamente 9.445 pessoas idosas. Utilizou-se fórmula de cálculo de amostras para população finita, e obteve-se $n = 370$.

A amostra foi probabilística, e a seleção dos participantes foi por equipe: dividindo o N pelas 17 equipes participantes ($370/17 = 21,76$), obtendo 22 pessoas idosas por equipe. Esse número foi ainda dividido pelo número de microáreas de cada equipe.

A coleta de dados ocorreu de julho a novembro de 2017. Os idosos foram recrutados nas USFs nas quais foi realizado contato prévio com os responsáveis pelas mesmas e verificação de disponibilidade para realização da coleta. Os idosos de cada microárea foram selecionados por conveniência, sendo utilizado o cadastro de idosos de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). As entrevistas foram realizadas por meio de visitas domiciliares junto aos ACS da USF que indicavam onde se localizavam as residências.

Foi realizada visita domiciliar para coleta de dados à 376 pessoas idosas, destas 26 não foram incluídas no estudo, 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão (Cartão de Jaeger) e duas por reprovação no teste do sussurro, utilizados como critérios de inclusão, obtendo-se como amostra final 350 pessoas idosas.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, e a aplicação de dois instrumentos. O instrumento que verificou o grau de adesão à medicação foi uma versão em português (Oliveira-Filho, Barreto-Filho, Neves & Lyra Junior, 2012) da *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), que mede o comportamento específico de tomar medicamentos (Morisky, Ang, Krousel-Wood & Ward, 2008). A pontuação dessa escala varia de zero a oito, e o grau de adesão foi mensurado de acordo com a seguinte pontuação: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos), sendo considerados aderentes somente os que obtiveram a pontuação máxima (8 pontos), e não aderentes os que pontuaram abaixo desse valor (Oliveira-Filho et al., 2012).

O instrumento utilizado para verificar o grau de LFS foi uma versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Carthery-Goulart et al., 2009) do *Short-Test of*

Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999). Esse instrumento apresenta um teste de numeramento, que compreendem quatro cartões, e um teste de compreensão de leitura, que é composto por duas passagens relacionadas à saúde com um total de 36 itens (lacunas em branco). A pontuação dos textos de compreensão de leitura é de dois pontos para cada espaço em branco corretamente preenchido, somando 72 pontos no total. Nos itens numéricos, sete pontos são contabilizados para cada resposta correta, que totalizam 28 pontos. A pontuação total do teste é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos são considerados na faixa inadequada; entre 54 e 66 pontos, na faixa marginal e entre 67 e 100, na faixa adequada (Baker et al., 1999; Carthery-Goulart et al., 2009).

A análise dos dados deu-se por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, por meio de testes estatísticos que verificou a associação entre as variáveis.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos sendo que a distribuição não foi normal, e por isso foram utilizados testes não paramétricos. Para verificar a associação entre a variável dependente (adesão) e as demais variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Para verificar a diferença entre as medianas dos escores do instrumento de LFS em relação à adesão foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa local sob o parecer 93/2017 (CAAE: 68441317.2.0000.5324) em 03/07/2017, e seguiu as orientações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Foi fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

3. Resultados

Entre os participantes, 126 (36,0%) foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso, correspondendo à alta adesão, e 224 (64,0%) foram considerados não aderentes, dentre estes, 136 (38,9%) tiveram média adesão e 88 (25,1%) baixa adesão. A mediana de pontuação na escala de adesão foi de 7 pontos (DP±1,67), variando entre 0 a 8 pontos.

A média de idade dos participantes foi de 68,2 anos (DP±6,08), variando entre 60 e 92. Houve predomínio da faixa etária entre 60 a 69 anos, com 224 (64,0%) pessoas idosas. A média de anos de estudo foi de 5,01 (DP±2,89). Entre os participantes, a maioria era do sexo feminino, vivendo com companheiro, com mais de quatro anos de estudo, com renda até três salários mínimos e não exerciam atividade remunerada, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil de adesão à medicação de pessoas idosas na ESF, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Rio Grande, RS, Brasil (2017).

Variáveis	Adesão à medicação		Total n (%)	Valor <i>p</i> *
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Feminino	77 (32,6%)	159 (67,4%)	236 (67,4%)	0,059
Masculino	49 (43,0%)	65 (57,0%)	114 (32,6%)	
Situação conjugal				
Com companheiro	72 (37,5%)	120 (62,5%)	192 (54,9%)	0,519
Sem companheiro	54 (34,2%)	104 (65,8%)	158 (45,1%)	
Escolaridade				
1 a 4 anos de estudo	59 (35,1%)	109 (64,9%)	168 (48,0%)	0,741
Mais de 4 anos de estudo	67 (36,8%)	115 (63,2%)	182 (52,0%)	
Renda**				
Até 3 salários mínimos***	115 (36,5%)	200 (63,5%)	315 (90,0%)	0,412
Mais de 3 salários mínimos	10 (29,4%)	24 (70,6%)	34 (9,7%)	
Ocupação				
Exerce atividade remunerada	28 (34,1%)	54 (65,9%)	82 (23,4%)	0,689
Não exerce atividade remunerada	98 (36,6%)	170 (63,4%)	268 (76,6%)	
Presença de condições crônicas				
Sim	121 (35,9%)	216 (64,1%)	337 (96,3%)	0,851
Não	5 (38,5%)	8 (61,5%)	13 (3,7%)	
Comorbidades				
Sim	47 (39,5%)	72 (60,5%)	119 (34,0%)	0,328
Não	79 (34,2%)	152 (65,8%)	231 (66,0%)	
Polifarmácia				
Até 4 medicações	63 (34,8%)	118 (65,2%)	181 (51,7%)	0,630
5 ou mais medicações	63 (37,3%)	106 (62,7%)	169 (48,3%)	
Consulta na Unidade				
Sim	110 (34,5%)	209 (65,5%)	319 (91,1%)	0,058
Não	16 (51,6%)	15 (48,4%)	31 (8,9%)	
Participação em grupos				
Sim	29 (32,6%)	60 (67,4%)	89 (25,4%)	0,437
Não	97 (37,2%)	164 (62,8%)	261 (74,6%)	

*Teste Qui-Quadrado.

**n = 349, pois um participante não informou a renda.

***Salário mínimo em novembro de 2017, época da coleta dos dados: R\$ 937,00.

Quanto às condições crônicas, 337 (96,3%) participantes relataram possuir pelo menos uma, e 119 (34,0%) referiram a presença de comorbidades, conforme Tabela 1. Dentre as mais freqüentes¹, 264 (75,4%) pessoas idosas referiram Hipertensão Arterial Sistêmica, 117 (33,4%) Diabetes Mellitus, 47 (13,4%) cardiopatias, 44 (12,6%) problemas músculo-esqueléticos (incluindo artrite, artrose, osteoporose, reumatismo), e 35 (10,0%) problemas na tireóide. As pessoas idosas utilizavam em média 4,82 (DP±2,7) medicamentos por dia e 169 (48,3%) utilizavam cinco ou mais medicamentos por dia, o que caracteriza a polifarmácia (Silva, Schmidt & Silva, 2012), conforme Tabela 1.

Dos entrevistados, 329 (94,0%) relataram buscar assistência à saúde² pelo SUS, 59 (16,9%) possuíam algum plano de saúde e ainda 57 (16,3) relataram buscar assistência particular. Quanto à aquisição de medicamentos³, 261 (74,6%) das pessoas idosas adquiriam comprando, 193 (55,1%) adquiriam pelo SUS, 213 (60,9%) adquiriam gratuitamente pela farmácia popular. Ainda, 319 (91,1%) relataram consultar na USF a qual eram adscritos, tendo uma média de 3,15 (DP±3,7) consultas ao ano; e, 89 (25,4%) referiram participar de algum grupo de educação em saúde na USF a qual eram adscritos, conforme Tabela 1.

Não houve relação estatisticamente significativa entre a adesão à medicação e as variáveis demográficas e socioeconômicas. Também não houve relação com outros fatores, como a presença de condições crônicas, de comorbidades, a presença de polifarmácia, consultar ou não na USF, ou participar de grupos de educação em saúde, conforme Tabela 1.

Dentre os participantes do estudo, 206 (58,9%), apresentou LFS inadequado. Destes, 127 (61,7%) não aderiam à medicação. Não houve relação estatisticamente significativa entre o grau de adesão à medicação e o grau de LFS, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil de adesão à medicação de pessoas idosas na ESF, segundo o grau de LFS. Rio Grande, RS, Brasil (2017).

LFS*	Adesão à medicação		Total	Valor <i>p</i> **
	Sim n (%)	Não n (%)		
Inadequado	79 (38,3%)	127 (61,7%)	206 (58,9%)	0,435
Marginal	17 (29,3%)	41 (70,7%)	58 (16,6%)	
Adequado	30 (34,9%)	56 (65,1%)	86 (24,6%)	

¹Pode ter sido relatada mais de uma condição crônica pelos participantes, portanto a porcentagem total ≠100%.

²Pode ter sido relatada mais de um tipo de assistência à saúde pelos participantes, portanto a porcentagem total ≠100%.

³Pode ter sido relatada mais de um tipo de aquisição de medicamentos pelos participantes, portanto a porcentagem total ≠100%.

*LFS: Letramento Funcional em Saúde.

**Teste Qui-quadrado.

A mediana de pontuação do teste de LFS foi de 47 pontos (DP±22,20), o que corresponde LFS inadequado, variando entre 2 a 100 pontos; a mediana dos itens de numeramento foi de 21 pontos (DP±7,14), variando entre 0 a 28 pontos; já a mediana dos itens de compreensão de leitura foi de 26 pontos (DP±18,53), variando entre 2 a 72 pontos. Os participantes que aderem à medicação e os que não aderem obtiveram a mesma mediana nas pontuações dos itens de numeramento e de compreensão de leitura. Embora os participantes não aderentes terem obtido mediana maior (49) na pontuação total do teste de LFS em relação à mediana dos que aderem (46), tal relação não foi significativa estatisticamente ($p=0,110$), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil de adesão à medicação de pessoas idosas na ESF, relacionado à mediana dos escores do instrumento de LFS. Rio Grande, RS, Brasil (2017).

LFS*	Adesão à medicação		Valor teste Mann Whitney	Valor p^{**}
	Sim Mediana	Não Mediana		
Escore numeramento	21	21	12696,500	0,099
Escore compreensão de leitura	26	26	12914,000	0,187
Escore total LFS	46	49	12660,55	0,110

*LFS: Letramento Funcional em Saúde.

**Teste Qui-quadrado.

Dos 350 participantes do estudo, 103 (29,4) relataram alguma dificuldade no tratamento medicamentoso. Dentre essas, 72 (69,9%) pessoas idosas relataram dificuldades financeiras para a compra dos medicamentos, 15 (14,6%) problemas com esquecimento para tomar os medicamentos, 14 (13,6%) reações adversas ou efeitos colaterais, 10 (8,7%) dificuldades no deslocamento para a busca dos medicamentos e 3 (1,9%) dificuldades para auto-administrar os medicamentos. Dentre essas dificuldades, o esquecimento teve uma relação estatisticamente significativa com a adesão à medicação ($p=0,016$). As pessoas que esqueciam de tomar os medicamentos obtiveram um percentual expressivamente menor de adesão à medicação (1 participante - 6,7%) do que aqueles que não esqueciam (34 participantes - 38,6%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Perfil de adesão à medicação de pessoas idosas na ESF, segundo dificuldades relatadas pelos participantes no tratamento medicamentoso. Rio Grande, RS, Brasil (2017).

Dificuldades	Adesão à medicação		Valor p^*
	Sim	Não	

	n (%)	n (%)	
Financeira			
Sim	25 (34,7%)	47 (65,3%)	0,809
Não	10 (32,3%)	21 (67,7%)	
Esquecimento			
Sim	1 (6,7%)	14 (93,3%)	0,016
Não	34 (38,6%)	54 (61,4%)	
Reações adversas			
Sim	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,883
Não	30 (33,7%)	59 (66,3%)	
No deslocamento			
Sim	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0,250
Não	30 (31,9%)	64 (68,1%)	
Na auto-administração			
Sim	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,990
Não	34 (33,7%)	67 (66,3%)	

*Teste Qui-quadrado.

4. Discussão

Algumas das características do perfil dos participantes do estudo diferem da maioria dos estudos presentes na literatura, onde a baixa adesão é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, com baixa renda, com comorbidades, presença de polifarmácia e que não utilizam os serviços de saúde (Magnabosco et al., 2015; Tavares et al., 2016; Elsous, Radwan, Al-Sharif, & Abu Mustafa, 2017), ao contrário do encontrado, onde a prevalência maior de não adesão esteve presente em mulheres, pessoas idosas com renda de mais de 3 salários mínimos, sem comorbidades, que utilizavam até 4 medicamentos, que consultavam na USF e participavam em grupos na USF. Em contrapartida, fatores como a baixa escolaridade, a presença de doenças e ausência de companheiro são fatores que influenciam para a não adesão à medicação, que foram descritos na literatura (Aiolfi, Alvarenga, Moura & Renovato, 2015; Monterroso, Joaquim & Sá, 2015; Bsheti, El Hait, Qunaibi, Aburuz, & Bulatova, 2016), e encontrados no presente estudo.

Neste estudo, o percentual de baixa adesão vai ao encontro de alguns estudos com população semelhante no Brasil, como em pesquisa realizada com pessoas idosas na ESF de Porto Alegre-RS, que obtiveram percentual de não adesão de 67,7% (Silva, Engroff, Sgnaolin, Ely & Gomes, 2016), e com pessoas idosas hipertensas na ESF de Dourados-MS, no qual o percentual de não adesão foi de 68,5% (Aiolfi et al., 2015).

Em estudos realizados em países desenvolvidos, os percentuais de baixa adesão são menores, como em pessoas idosas residentes na comunidade em Nova Iorque, com percentual

de 40% (Rodgers et al., 2018), e na Coréia do Sul, com percentual de 52,5% (Jin, Kim & Rhie, 2016). Uma das razões para essa diferença pode estar relacionada às características gerais dos participantes, que nestes estudos tinham melhor escolaridade e renda (Jin, Kim & Rhie, 2016; Rodgers et al., 2018), fatores que podem influenciar na adesão à medicação (Machado et al., 2015).

Quanto ao LFS inadequado, estudos com pessoas idosas no Brasil também mostraram percentuais semelhantes ao encontrado, como na pesquisa realizada com idosos em uma clínica geriátrica de São Paulo-SP, que obteve um percentual de 56,6% (Souza et al., 2014), e em pesquisa realizada com idosos diabéticos na APS em Belém-PA, que demonstrou um percentual maior, chegando a 73,7% (Santos & Portella, 2016).

Os percentuais de LFS inadequado no Brasil, assim como os de baixa adesão à medicação, são maiores do que em estudos de países desenvolvidos, que demonstraram percentuais entre 40 a 48% (Levy, Janke & Langa, 2015; Smith et al., 2015). Do mesmo modo que a adesão à medicação, o índice de LFS pode ser relacionado ao perfil dos participantes quanto a fatores como escolaridade e renda, os quais foram melhores nesses estudos (Levy, Janke & Langa, 2015; Smith et al., 2015).

Não houve relação estatisticamente significativa entre a adesão à medicação e o LFS. As medianas de pontuação nos escores do LFS foram semelhantes para os aderentes e para os não aderentes, o que reforça a inexistência dessa associação. O LFS exige aspectos do indivíduo que vão além da alfabetização básica, mas uma compreensão mais ampliada, como habilidades refinadas de leitura, numeramento e interpretação (Sørensen et al., 2012). Neste estudo, essas habilidades não afetaram diretamente a adesão das pessoas idosas à medicação, porém os resultados do baixo LFS demandam atenção para essa parcela da população, tendo em vista que pode afetar outros aspectos da saúde, como no autocuidado, na participação e autonomia nas decisões de saúde individuais e comunitárias (Duong et al., 2015; Merz, 2016).

Em uma meta-revisão sistemática realizada com o objetivo de verificar na literatura a associação entre o LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas, foi demonstrado não haver evidências fortes da associação entre o LFS e a adesão, em que uma das hipóteses para isso é a aplicação de medidas imprecisas, com instrumentos que podem não cobrir todos os aspectos relacionados ao LFS e também não demonstrar, nos instrumentos de autorrelato, todos os aspectos relacionados à adesão, consequentemente não captando essa relação (Geboers et al., 2015).

Além disso, outros estudos têm demonstrado que mesmo havendo essa associação, esta não é bem definida. Mesmo se os indivíduos com LFS inadequado não aderirem por não

compreenderem as instruções e orientações sobre o tratamento, podem os indivíduos com LFS adequado não aderir voluntariamente ao tratamento medicamentoso e de saúde por opção própria (Lindquist et al., 2012; Zhang, Terry & McHorney, 2014). Ou seja, para o presente estudo, a incompreensão sobre qualquer instrução ou orientação sobre o tratamento, ou dificuldades com leitura ou numeramento em bulas ou rótulos de medicamentos não influenciou na adesão à medicação.

Em contrapartida, foi expressivo o número de participantes que relataram alguma dificuldade no tratamento medicamentoso, e estas não têm qualquer relação com o LFS, pois são relacionadas ao custo e acesso aos medicamentos (financeira e para o deslocamento na busca), questões próprias do indivíduo (esquecimento) ou da terapia medicamentosa (reações adversas), e não são relacionadas à falta de compreensão ou de instruções específicas. Apenas a dificuldade relacionada à auto-administração poderia demandar certo grau de LFS, visto que necessita de algum conhecimento para a adequada gestão e administração dos medicamentos, porém, esta não apresentou associação significativa com a adesão à medicação. Essas dificuldades relatadas também foram evidenciadas em outros estudos (Tavares et al., 2013; Campbell et al., 2016).

A única dificuldade que apresentou relação com a adesão à medicação foi o esquecimento, o que é comumente encontrado em pessoas idosas associado à baixa adesão à medicação (Silva et al., 2016; Roy, Sajith & Bansode, 2017), podendo estar relacionado a um declínio cognitivo, que por vezes é próprio do envelhecimento (Rodgers et al., 2018). Esse resultado mostra a necessidade de estratégias para minimizar o esquecimento, como por exemplo, a opção por terapias menos complexas, e o trabalho integrado dos profissionais da equipe da ESF, discutindo os casos e propondo adaptações de tratamento de acordo com as necessidades que surgirem. Também podem ser realizadas ações de acompanhamento, verificação e orientação quanto à utilização dos medicamentos, estratégias que podem ser fortemente apoiadas pelos ACS, por meio das visitas domiciliares periódicas (Remondi, Cabrera & Souza, 2014; Vancini-Campanharo et al., 2015).

A dificuldade financeira foi um fator comumente relatado pelos participantes do presente estudo, porém, esta não teve associação significativa com a adesão à medicação. Isso pode estar relacionado ao grande percentual de pessoas idosas que adquiriam seus medicamentos pelo SUS ou pela farmácia popular, fazendo com que, mesmo com essa dificuldade, não abandonassem o regime terapêutico. Isso reflete a importância de adequada gestão e acesso aos medicamentos pelo SUS, visto que podem ter grande impacto na adesão à

medicação e os resultados da terapêutica na saúde das pessoas idosas (Tavares et al., 2013; Vancini-Campanharo et al., 2015).

5. Conclusão

Os participantes do estudo apresentaram, em sua maioria, baixo grau de adesão à medicação e baixo grau de LFS, porém não houve relação entre essas variáveis. A não compreensão de informações em saúde não influenciou a adesão ao tratamento medicamentoso dessa parcela da população.

Em contrapartida, foram evidenciados outros aspectos relacionados à adesão, como algumas dificuldades no tratamento medicamentoso, principalmente o esquecimento. Esses aspectos precisam gerar atenção dos enfermeiros e demais profissionais que atuam na APS e ESF, primeiramente no que se refere à avaliação da adesão à medicação, e quanto à estratégias voltadas à minimização do esquecimento, como o acompanhamento e monitorização do tratamento medicamentoso, levando em conta as necessidades específicas de cada pessoa idosa. Emerge ainda a necessidade de pesquisas para a criação de instrumentos de avaliação do LFS.

O estudo apresentou algumas limitações. Primeiro, a utilização de um instrumento de autorrelato para a verificação da adesão à medicação pode ser considerado um viés, pois ocasiona certa imprecisão de algumas informações relatadas pelos participantes. Apesar de existir uma variedade de métodos disponíveis, esse é o mais utilizado por ser de fácil acesso e pouco custo, por isso foi escolhido. Além disso, devido à diversidade de métodos empregados para verificar a adesão nos estudos da literatura, a comparação com outros estudos fica limitada.

Relacionado ao instrumento de avaliação do LFS, este também pode ser considerado uma limitação, pois é adaptado de um estudo realizado em país desenvolvido, e requer habilidades mais refinadas de interpretação, o que pode se tornar difícil considerando as características da população brasileira no que se refere à alfabetização, principalmente as pessoas idosas no presente estudo, emergindo a necessidade de instrumento adaptado à esta realidade.

Referências

Aiolfi, C. R., Alvarenga, M. R. M., Moura, C. D. S., & Renovato, R. D. (2015). Adherence to medicine use among hypertensive elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 397-404.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.

Basheti, I. A., El Hait, S. S., Qunaibi, E. A., Aburuz, S., & Bulatova, N. (2016). Associations between patient factors and medication adherence: a Jordanian experience. *Pharmacy Practice (Granada)*, 14(1), 0-0.

Bauer, A. M., Schillinger, D., Parker, M. M., Katon, W., Adler, N., Adams, A. S., Moffet, H. H., & Karter, A. J. (2013). Health literacy and antidepressant medication adherence among adults with diabetes: the diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Journal of general internal medicine*, 28(9), 1181-1187.

Billingsley, L., & Carruth, A. (2015). Use of technology to promote effective medication adherence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 340-342.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Campbell, N. L., Zhan, J., Tu, W., Weber, Z., Ambeuhl, R., McKay, C., & McElwee, N. (2016). Self-reported medication adherence barriers among ambulatory older adults with mild cognitive impairment. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 36(2), 196-202.

Carthery-Goulart, M. T., Anghinah, R., Areza-Fegyveres, R., Bahia, V. S., Brucki, S. M. D., Damin, A., Formigoni, A. P., Frota, N., Guariglia, C., Jacinto A. F., Kato, E. M., Lima E. P., Mansur, L., Moreira, D., Nóbrega, A., Porto, C. S., Senaha, M. L. H., Silva, M. M., Smid, J., Souza-Talarico, J. N., Radanovic, M., & Nitrini, R. (2009). Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, 43, 631-638.

Carvalho, M. H. R. D., Carvalho, S. M. R. D., Laurenti, R., & Payão, S. L. M. (2014). Chronic disease-related elderly mortality trends in the city of Marília-SP, Brazil: 1998-2000 and 2005-2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(2), 347-354.

Crespillo-Garcia, E., Rivas-Ruiz, F., Contreras, E. F., Castellano, P. M., Suárez, G. A., & Perez-Trueba, E. (2013). Knowledge, perceptions and attitudes involved in adherence to treatment elderly patients polymedicated from qualitative perspective. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62.

Duong, V. T., Lin, I. F., Sorensen, K., Pelikan, J. M., Van Den Broucke, S., Lin, Y. C., & Chang, P. W. (2015). Health literacy in Taiwan: a population-based study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 871-880.

Elsous, A., Radwan, M., Al-Sharif, H., & Abu Mustafa, A. (2017). Medications adherence and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Frontiers in endocrinology*, 8, 100.

Geboers, B., Brainard, J. S., Loke, Y. K., Jansen, C. J., Salter, C., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2015). The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC public health*, 15(1), 903.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Cidades e Estados do Brasil. Municípios. Rio Grande RS. Pesquisas. Censo demográfico 2010: amostra - características da população; Acesso em 27 dezembro, 2018, em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/pesquisa/23/25888?detalhes=true>

Jin, H., Kim, Y., & Rhie, S. J. (2016). Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient preference and adherence*, 10, 2117-2125.

Jones, J. H., Treiber, L. A., & Jones, M. C. (2014). Intervening at the intersection of medication adherence and health literacy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(8), 527-534.

- Kim, S., Shin, D. W., Yun, J. M., Hwang, Y., Park, S. K., Ko, Y. J., & Cho, B. (2016). Medication adherence and the risk of cardiovascular mortality and hospitalization among patients with newly prescribed antihypertensive medications. *Hypertension*, 67(3), 506-512.
- Levy, H., Janke, A. T., & Langa, K. M. (2015). Health literacy and the digital divide among older Americans. *Journal of general internal medicine*, 30(3), 284-289.
- Lindquist, L. A., Go, L., Fleisher, J., Jain, N., Friesema, E., & Baker, D. W. (2012). Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of general internal medicine*, 27(2), 173-178.
- Machado, A. L. G., Gubert, F. A., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., Oliveira, P. S., & Guedes, I. H. (2015). Letramento em Saúde e Envelhecimento: Foco em condições crônicas de saúde. *CIAIQ2014*, 2, 187-92.
- Magnabosco, P., Teraoka, E. C., Oliveira, E. M. D., Felipe, E. A., Freitas, D., & Marchi-Alves, L. M. (2015). Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(1), 20-27.
- Marcum, Z. A., & Gellad, W. F. (2012). Medication adherence to multidrug regimens. *Clinics in geriatric medicine*, 28(2), 287-300.
- Markotic, F., Obrdalj, E. C., Zalihic, A., Pehar, R., Hadziosmanovic, Z., Pivic, G., Durasovic, S., Grgic, V., Banozic, A., Sapunar, D., & Puljak, L. (2013). Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older. *Pain Medicine*, 14(2), 247-256.
- Merz, R. (2016). Strengthening the health competence of patients. *MMW Fortschritte der Medizin*, 158(12), 36.
- Monterroso, L. E. P., Joaquim, N., & de Sá, L. O. (2015). Medication adherence in elderly people integrated in the Long-Term Care domiciliary teams. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 9.

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.

O'Connor, R., Wolf, M. S., Smith, S. G., Martynenko, M., Vicencio, D. P., Sano, M., Wisnivesky, J. P., & Federman, A. D. (2015). Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma. *Chest*, 147(5), 1307-1315.

Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J. F., & Lyra Junior, D. P. D. (2012). Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 99(1), 649-658.

Ramos, L. R., Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Farias, M. R., Oliveira, M. A., Luiza, V. L., Dal Pizzol, T.S., Arrais, P. S. D. & Mengue, S. S. (2016). Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Revista de saude publica*, 50, 9s.

Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, R. K. T. D. (2014). Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in adults 40 years and older. *Cadernos de saude publica*, 30(1), 126-136.

Rodgers, J. E., Thudium, E. M., Beyhaghi, H., Sueta, C. A., Alburikan, K. A., Kucharska-Newton, A. M., Chang, P. P., & Stearns, S. C. (2018). Predictors of medication adherence in the elderly: The role of mental health. *Medical Care Research and Review*, 75(6), 746-761.

Roy, N. T., Sajith, M., & Bansode, M. P. (2017). Assessment of Factors Associated with Low Adherence to Pharmacotherapy in Elderly Patients. *Journal of Young Pharmacists*, 9(2), 272-276.

Santos, M. I. P. D. O., & Portella, M. R. (2016). Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(1), 156-164.

Schmitt Júnior, A. A., Lindner, S., & Helena, E. T. D. S. (2013). Assessment of adherence in elderly patients in primary care. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(6), 614-621.

Silva, A. B. D., Engroff, P., Sgnaolin, V., Ely, L. S., & Gomes, I. (2016). Prevalence of diabetes mellitus and medication adherence in elderly of the Family Health Program in Porto Alegre. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(3), 308-316.

Silva, E. A., & Macedo, L. C. (2013) Polifarmácia em Idosos. *Saúde e Pesquisa*, 6(3),477-486.

Silva, R. D., Schmidt, O. F., & Silva, S. D. (2012). Polifarmácia em geriatria. *Rev. AMRIGS*, 56(2), 164-174.

Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69(5), 474-480.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.

Souza, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., & Jacob-Filho, W. (2014). Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ open*, 4(2), e004180.

Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Ramos, L. R., Farias, M. R., & Pizzol, T. D. S. D. (2016). Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Revista de saude publica*, 50, 10s.

Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Facchini, L. A., França, G. V. A. D., & Mengue, S. S. (2013). Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Revista de saude publica*, 47(6), 1092-1101.

Vancini-Campanharo, C. R., Oliveira, G. N., Andrade, T. F. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., & Batista, R. E. A. (2015). Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(6), 1149-1156.

Vieira, L. B., & Cassiani, S. H. D. B. (2014). Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. *Rev Bras Cardiol*, 27(3), 195-202.

Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109.

World Health Organization. (2003) Adherence to long term therapies, time for action. Geneva: World Health Organization.

Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Nidia Farias Fernandes Martins – 35%

Daiane Porto Gautério Abreu – 20%

Juliana Piveta de Lima – 15%

Eliel de Oliveira Bandeira – 15%

Aline Neutzling Brum – 7,5%

Silomar Ilha – 7,5%