

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DAIANE CAMPOS JUVÊNCIO DE ARRUDA

**ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE UM
AMBULATÓRIO FILANTRÓPICO DO ESPÍRITO SANTO**

Vitória

2013

DAIANE CAMPOS JUVÊNIO DE ARRUDA

**ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS EM IDOSOS DE UM
AMBULATÓRIO FILANTRÓPICO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira.

Vitória
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A779a Arruda, Daiane Campos Juvêncio de, 1979-
Adesão medicamentosa e fatores associados em idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo / Daiane Campos Juvêncio de Arruda. – 2013.
110 f.

Orientadora: Elizabete Regina Araújo de Oliveira.
Coorientador: Renato Lírio Morelato.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Medicamentos - Utilização. 2. Idosos. 3. Tratamento. I. Oliveira, Elizabeth Regina Araújo. II. Morelato, Renato Lírio, 1956-. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

DEDICATÓRIA

A Deus, minha luz, meu refúgio e minha fortaleza.

Ao meu esposo Cleiton, meu amor, meu amigo, meu sorriso, minha alegria.

Ao meu filho Davi, demonstração do amor de Deus por mim.

À Professora Elizabete pela paciência e amizade de sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia eterno.

Aos meus pais Lourdes e Ademir, meus maiores professores.

Aos meus Familiares e a todos os meus Amigos , por entenderem minhas ausências físicas e mentais, e mesmo assim me confortarem com todo o apoio necessário para esta caminhada.

À minha orientadora, amiga, dedicada, professora Elizabete, por alargar meu horizonte e enriquecer meu mundo, determinantes para prosseguir para esta Vitória.

Ao professor Renato, pela dedicação, suporte e afeto no cuidado dos idosos e comigo.

Aos professores Paulete e Cabral, pela importante contribuição na qualificação.

A todos os meus professores, desde o princípio, pelos ensinamentos e exemplos, responsáveis pela minha formação pessoal e profissional.

Aos idosos e seus familiares, sem os quais este estudo não seria possível.

Aos funcionários e médicos do ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pela acolhida nas minhas buscas pelo conhecimento.

Às entrevistadoras, Josiélen e Jéssyca, Deus coloca as pessoas certas em nosso caminho.

Ao meu filho Davi, pelo tempo roubado. Meu momento mais lindo foi trazê-lo ao mundo.

Ao Cleiton, meu tudo, pela infinita paciência... Davi nosso amor maior.

EPÍGRAFE

*Agradeço a Deus por minha vida
Pela alegria de viver em paz
Por receber tantas coisas lindas
Que sua mão a cada dia traz.
(Lineu Soares/Valdecir Lima)*

RESUMO

O uso incorreto de medicamentos, a subutilização, o uso irracional ou não utilização total da medicação prescrita, são formas de não adesão ao tratamento medicamentoso. A prevalência de varia de 40 a 60% na população geral e não pode ser vista como um fenômeno isolado. Deve-se avaliar as características individuais, as sociodemográficas, as condições de saúde e do uso dos fármacos do sujeito. O estilo de vida e as condições sociodemográficas podem estar associado à não adesão medicamentosa devido relação com as condições de saúde do indivíduo. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à não adesão medicamentosa em idosos. Estudo transversal, descritivo analítico, por meio de entrevista utilizando-se um roteiro elaborado, organizado e dividido por blocos de acordo com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, estilo de vida e medicamentos em uso. Para verificar a não adesão ao tratamento farmacológico empregou-se o instrumento de Medida de Adesão Terapêutica. A amostra constituiu-se de 270 indivíduos com 60 anos ou mais, portadores de doenças cardiovasculares e que realizavam tratamento ambulatorial no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Foram utilizadas estatísticas descritivas, testes de associação pelo qui-quadrado, razões de prevalência e intervalos de 95% de confiança. Para análise ajustada foi realizada regressão múltipla de Poisson. Dos 263 entrevistados selecionados para o estudo, 26,7% referiram não aderir ao tratamento medicamentoso. Os achados desta pesquisa apontam que a ausência de vínculo empregatício da atividade profissional anterior, a presença de declínio cognitivo e a alimentação ruim estão associação com a não adesão medicamentosa nesta população. Desta forma o estado mental, um comportamento saudável de vida e melhores condições socioeconômicas podem ser fatores para a adesão medicamentosa em idosos em tratamento ambulatorial.

Descritores: Adesão medicamentosa; Idoso; Tratamento.

ABSTRACT

The incorrect use of medications, underuse, the irrational use or not use the total prescribed medication, are forms of non-adherence to medication. The prevalence ranges from 40 to 60% in the general population and can not be seen as an isolated phenomenon. Should evaluate the individual characteristics, the sociodemographic, health conditions and the use of drugs of the subject. The lifestyle and sociodemographic conditions may be associated with medication nonadherence due regard to the health of the individual. The aim of this study was to estimate the prevalence and factors associated with medication non-adherence in the elderly. Descriptive study, analytical, through interviews using a script prepared, organized and divided into blocks according to sociodemographic variables, health status, lifestyle and medications taken. To verify the non pharmacological treatment we used the instrument Adherence Measure Therapeutics. The sample consisted of 270 individuals aged 60 years or older with cardiovascular disease and who underwent outpatient treatment at the Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitoria. Descriptive statistics, tests of association by chi-square, prevalence ratios and 95% confidence. Multivariate analysis was performed for multiple Poisson regression. Of the 263 respondents selected for the study, 26.7% reported not adhering to drug treatment. The findings of this research indicate that the lack of employment of the occupation earlier, the presence of cognitive decline and poor diet are associated with medication non-adherence in this population. Thus, the mental state, behavior of healthy living and better socioeconomic conditions may be factors in medication adherence in elderly outpatients.

Keywords: Medication adherence; elderly; treatment.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ATC | Anatomical Therapeutic Chemical Index |
| ABVD | Atividade Básica de Vida Diária |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| HSCMV | Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória |
| MPI | Medicamentos Potencialmente Inapropriados |
| MAT | Medidas de Adesão ao Tratamento |
| MEEM | Mini Exame do Estado Mental |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo gênero, faixa etária, raça, escolaridade, situação conjugal, arranjo domiciliar e religião | 35 |
| Tabela 2 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo condição sócio econômica, aposentadoria, renda e atividade profissional anterior | 36 |
| Tabela 3 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo o tempo de acompanhamento do tratamento no ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória | 37 |
| Tabela 4 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo as condições de saúde quanto ao declínio cognitivo, a auto avaliação de saúde e as atividades de vida diária | 37 |
| Tabela 5 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo agravos pregressos, quantidade de agravos e presença de intercorrências | 38 |
| Tabela 6 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo o estilo de vida quanto ao tabagismo, alcoolismo, atividade física e hábitos alimentares | 39 |
| Tabela 7 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo a quantidade de medicamentos de uso contínuo | 40 |
| Tabela 8 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo a fonte de aquisição dos medicamentos utilizados | 40 |
| Tabela 9 – Distribuição da mostra (n = 263) e prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial | 41 |
| Tabela 10 – Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis sociodemográficas em idosos em acompanhamento ambulatorial | 42 |
| Tabela 11 – Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas às condições de saúde em idosos em acompanhamento ambulatorial | 44 |
| Tabela 12 – Prevalência e associação bivariada da adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas ao estilo de vida, em idosos em acompanhamento ambulatorial | 45 |

LISTA DE TABELAS (continuação)

| | |
|--|----|
| Tabela 13 – Prevalência e associação bivariada da adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas aos medicamentos utilizados em idosos em acompanhamento ambulatorial | 46 |
| Tabela 14 – Desvio padrão da amostra entre o grupo de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial | 47 |
| Tabela 15 – Análise do modelo de regressão múltipla de Poisson Bruta e ajustada para não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial | 48 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Esquema do modelo teórico | 16 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | 17 |
| 1.2 USO DE MEDICAMENTOS E ADESÃO EM IDOSOS | 20 |
| 2 OBJETIVOS | 26 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 26 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 26 |
| 3 MATERIAIS E MÉTODOS | 27 |
| 3.1 DELINEAMENTO | 27 |
| 3.2 COLETA DE DADOS | 28 |
| 3.3 VARIÁVEIS | 29 |
| 3.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA | 31 |
| 3.4.1 Mini Exame do Estado Mental | 31 |
| 3.4.2 Escala de Independência em Atividades Básicas de Vida Diária | 31 |
| 3.4.3 Medidas de Adesão ao Tratamento | 32 |
| 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 33 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS | 34 |
| 4 RESULTADOS | 35 |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA | 35 |
| 4.2 PREVALÊNCIA DA NÃO MEDICAMENTOSA | 41 |
| 4.3 ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES ASSOCIADOS | 41 |
| 5 DISCUSSÃO | 51 |
| 5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA | 51 |
| 5.2 PREVALÊNCIA DA NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA | 51 |
| 5.3 NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES ASSOCIADOS | 52 |
| 5.4 LIMITAÇÕES | 56 |
| 6 CONCLUSÃO | 58 |
| REFERÊNCIAS | 59 |
| APÊNDICES | 68 |
| ANEXOS | 95 |

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos representam um dos itens mais relevantes na atenção à saúde em qualquer idade, principalmente nos idosos, que constituem cerca de 50% dos usuários de fármacos, em virtude do aumento da idade e da maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares (OPAS 2005).

A elevada prevalência dessas patologias é causada pelo fenômeno do envelhecimento da população mundial nas últimas décadas, em razão da transição demográfica e epidemiológica. Tal fato eleva a procura dos idosos por serviços de saúde diferenciados e os expõe ao uso de múltiplos medicamentos. Consequentemente, torna-se necessário o uso adequado dos fármacos prescritos, visto que as doenças crônicas são as principais causas de morbimortalidade e incapacidades em todo o mundo (OPAS, 2005).

O uso incorreto de medicamentos, a subutilização, o uso irracional ou não utilização total da medicação prescrita são formas de não adesão ao tratamento medicamentoso. Higgins e Regan (2004) verificaram que a não adesão ao tratamento medicamentoso varia de 40 a 60% na população geral. Este índice é considerado significativamente baixo visto que a não adesão à terapêutica acarreta ou leva o indivíduo a complicações da doença, ao surgimento de novas patologias, a hospitalizações e até mesmo à morte, o que envolve elevados custos financeiros para o sistema de saúde.

Com o alto consumo de medicamentos pela população idosa, os erros e as dificuldades na administração dos medicamentos contribuem para a não adesão. Como fatores de risco desta faixa etária estão: a complexidade dos esquemas medicamentosos, a falta de entendimento, o esquecimento por comprometimento cognitivo, a diminuição da acuidade visual e da destreza manual nas atividades (BERTOLDI, 2004), juntamente com a polifarmácia, os efeitos adversos (RIBEIRO, *et al.*, 2008), a baixa escolaridade e o fato de residir sozinho (CALHOUN, 2008).

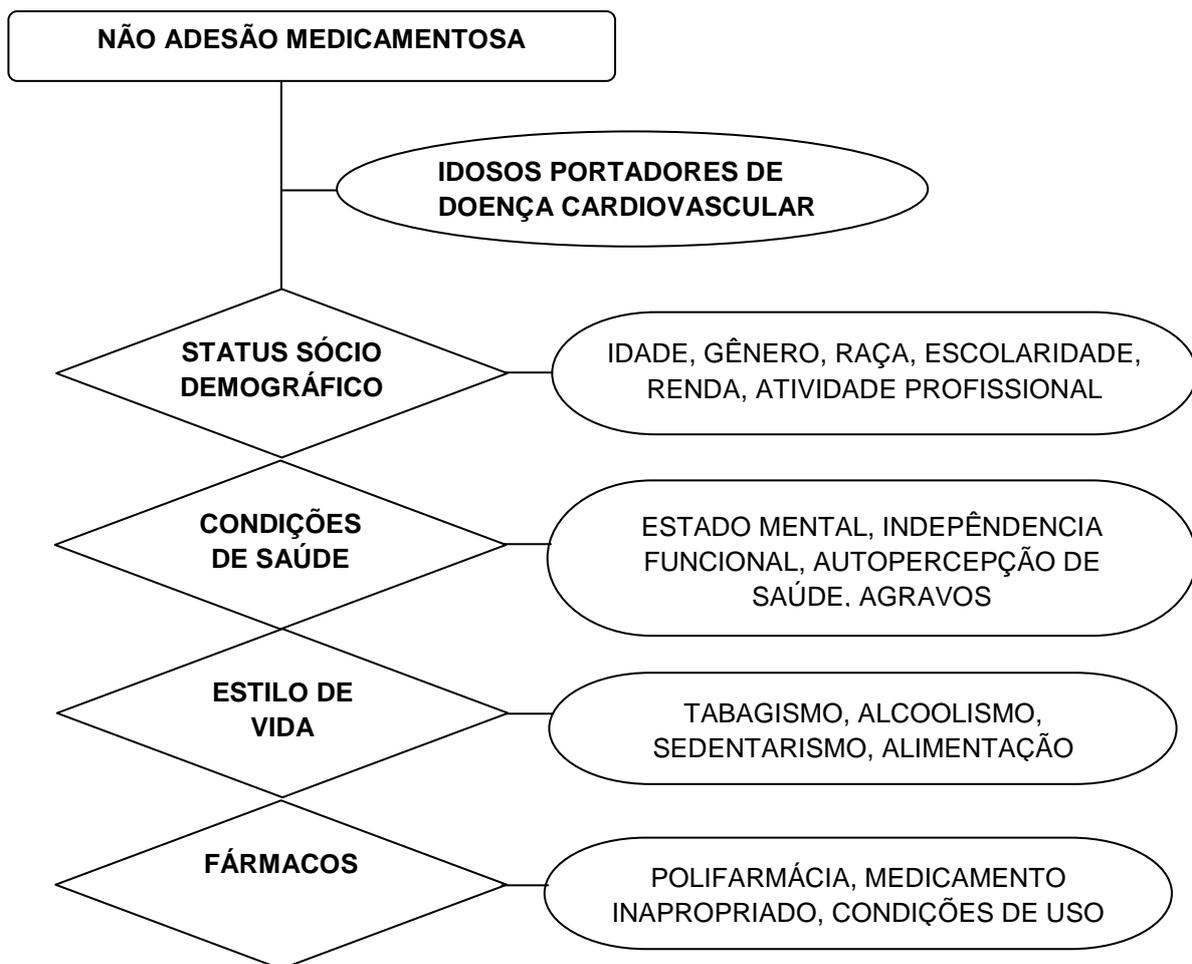
Os fatores de estilo de vida como hábitos alimentares, atividade física, tabagismo e alcoolismo interferem no estado de saúde física e mental do idoso o que pode associar na adesão medicamentosa desta população. Desta forma, a não adesão aos fármacos prescritos não deve ser vista como um fenômeno isolado. Deve-se avaliá-la em um contexto que considere as características individuais, sócio-demográficas e o estilo de vida; as condições de saúde e do tratamento; do processo de cuidado; e da organização do sistema de saúde no qual o sujeito está inserido (OMS, 2003a).

O desenvolvimento de ações preventivas de saúde coletiva é necessário para melhorar a adesão aos medicamentos e assim a saúde dos idosos, no intuito de aprimorar a vida e o tratamento dos agravos de saúde, tendo assim uma população idosa mais saudável, ou seja, com qualidade de vida, autonomia e independência funcional (VERAS, 2009).

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica com a abordagem da adesão à terapêutica medicamentosa em idosos portadores de doenças cardiovasculares que utilizam medicamentos diariamente, no atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde. Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a associação dos fatores determinantes da adesão a terapêutica medicamentosa, em idosos portadores de doenças cardiovasculares, no contexto do tratamento ambulatorial em um hospital filantrópico do Espírito Santo, Brasil.

Para o entendimento do problema estudado, estabeleceu-se o esquema de modelo teórico apresentado na Figura 1:

Figura 1 – Esquema do modelo teórico



1.1 ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Na atenção à saúde, após o indivíduo ser diagnosticado com alguma doença ou agravo, faz-se necessária a utilização de alguma conduta terapêutica para cura ou alívio dos sinais e sintomas. Essa conduta é solicitada por multiprofissionais, como enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, dentre outros.

A adesão terapêutica prescrita ou orientada pelo profissional de saúde é conhecida no meio científico como uma das formas de medir e avaliar o seguimento do paciente às instruções para os tratamentos (HAYNES *et al*, 2009).

Hipócrates foi um dos primeiros a fazer referência a recomendações sobre a importância da adesão terapêutica, ao observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (BARBOSA, LIMA, 2006). Diversos termos são usados como sinônimo de adesão: “aderência”, “observância”, “complacência”, “fidelidade” e “*compliance*” (GUSMÃO e MION JÚNIOR, 2006).

HAYNES (1979) propôs o termo “*compliance*”, para se referir ao comportamento de uma pessoa frente às recomendações médicas ou de saúde, remetendo a responsabilidade por tomar os medicamentos somente para o paciente, numa atitude passiva de obediência. Ramalhinho (1994) define adesão terapêutica como a concordância com as recomendações médicas e a aceitação do paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003b), recomenda o uso do termo “*adherence*”, “adesão” ou “aderência” em português, por considerar que o seguimento do tratamento proposto pelo paciente tem relação, tanto com características individuais, quanto com o meio em que vive e a relação profissional-paciente.

A OMS (2003a) refere que a adesão a tratamentos crônicos corresponde ao uso de medicamentos, ao seguimento de dietas e às mudanças de estilo de vida, recomendados pelos profissionais de saúde. A “não adesão terapêutica” ocorre quando o indivíduo não segue o tratamento solicitado. Esta varia de 30 a 80% e é considerada um dos maiores problemas enfrentados na prática clínica e foco de inúmeras pesquisas nos últimos anos (MARIN *et al*, 2008; CINTRA, GUARIENTO e MIYASAKI, 2010; CARVALHO *et al*, 2012), visto que reflete diretamente no agravo da saúde do sujeito.

Dentre os tipos de adesão terapêutica, a adesão medicamentosa ou farmacológica é prescrita e orientada pelos médicos, por meio do uso de medicamentos. A não adesão ao tratamento farmacológico ocorre pela subutilização dos medicamentos, quando o indivíduo não inicia imediatamente os fármacos prescritos, ou suprime alguma medicação, dose ou

horário (KIRKING *et al*, 2006). O uso incorreto dos fármacos prescritos constitui outra forma de não adesão medicamentosa, quando o indivíduo faz uso de mais doses ou medicações prescritas, em horários ou vias diferentes dos estabelecidos. Os estudos que avaliam a não adesão aos fármacos diferem de acordo com os métodos empregados e resultam em diversas medidas de frequência de não adesão ao longo do tempo entre as patologias (DIMATTEO, 2004; GARBER *et al*, 2004).

A subutilização e o uso inadequado de medicamentos estão relacionados a indivíduos que utilizam polifarmácia, antibioticoterapia, medicação injetável, automedicação e quando a conduta prescrita não está de acordo com as diretrizes clínicas do tratamento (OMS, 2006).

De acordo com a OMS (2006), mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de maneira incorreta e 50% dos pacientes utilizam os fármacos de forma inadequada, o que acarreta alto índice de morbimortalidade.

Os pacientes em tratamento com antirretrovirais possuem a maior adesão farmacológica, em torno de 70% a 85% (VLAHOV e CELENTANO, 2006; GOMES *et al*, 2009). Haynes *et al* (2009) apontam que os indivíduos de forma geral usam menos de 50% das doses dos medicamentos prescritos. Não há consenso sobre o ideal para adesão ao uso de medicamento, embora entenda-se que a utilização em pelo menos 80% do total reduza em até quatro vezes o risco de eventos cardiovasculares agudos (LEITE e VASCONCELOS, 2003).

Os métodos de medida de adesão medicamentosa descritos na literatura são denominados diretos ou indiretos. Os métodos diretos são aqueles que investigam os marcadores biológicos e concentração plasmática do medicamento na corrente sanguínea (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005), observação direta do tratamento e sistema eletrônico de marcação da abertura do recipiente de medicamento (BRAAM *et al*, 2006). Pesquisas com estes métodos são consideradas difíceis de serem realizadas, devido a aspectos práticos, éticos, custos e ao controle do paciente na comunidade e em domicílio, visto que fatores externos podem interferir na medida da adesão (MILCHAK *et al*, 2006). Os métodos indiretos de adesão a tratamento medicamentoso incluem contagem de comprimidos, resultado terapêutico (por exemplo, controle da pressão), autorrelato do paciente, nomeação de fármacos, parâmetros de médico ou família e relatórios de monitoramento eletrônico de receitas (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

A comparação entre métodos indiretos, como avaliação da adesão pelo paciente, pelo médico e aplicação de teste de adesão, apresentou baixa a moderada correlação na variação da aderência e, além disso, pacientes com maior adesão apresentaram menores níveis tensionais e maiores reduções da pressão arterial (BLOCH, MELO e NOGUEIRA, 2008). Cada método

de quantificação da adesão possui limitações, e não existe um método ideal, com sensibilidade e especificidade superiores a 80%. Os questionários são os mais utilizados, por apresentarem baixo custo e aplicação factível em grandes populações, apesar de possuírem baixa sensibilidade e baixo valor preditivo (BEN, NEUMANN e MENGUE, 2012). O padrão ouro de medida de adesão farmacológica é a contagem de pílulas. No entanto, esta requer distribuição adequada da medicação pela unidade de saúde, o que pode não corresponder à realidade dos usuários de mais de três fármacos ou de medicações não padronizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PRADO, KUPEK e MION, 2007).

Existem inúmeras razões para a não adesão aos regimes terapêuticos medicamentosos, tais como, efeitos adversos, falta de instruções dos pacientes ou responsáveis, relação insuficiente entre médico e paciente, deficiência de memória e discordância dos pacientes com relação à necessidade real do tratamento, ou até mesmo dificuldades financeiras (HAYNES, 2009); e de estilo de vida, como o tipo de alimentação, a realização de atividade física, o tabagismo e o etilismo (HIGGINS e REGAN, 2004).

A OMS (2003b) refere cinco dimensões da adesão, que se integram: fatores econômicos e sociais (nível socioeconômico, educacional, condições de emprego, de rede de apoio social, distância do centro de saúde, custos com transporte, custo do medicamento, situações ambientais, culturais, crenças sobre o tratamento e a doença, e estrutura familiar), fatores relacionados à equipe e ao sistema de cuidado à saúde (entusiasmo da equipe no tratamento ou intervenção, boa interação com o indivíduo e a família), à doença (gravidade, cronicidade e fatores de complicação), à terapia (complexidade, duração e os efeitos colaterais) e ao paciente (crenças e expectativas sobre sua saúde e seu tratamento).

As doenças e agravos progressivos, a autonomia, os aspectos sociodemográficos e econômicos, e a sua autopercepção são condições que afetam a saúde do indivíduo. A autopercepção da saúde implica no julgamento do sujeito sobre seu estado de saúde, processo que sofre influência da capacidade cognitiva do sujeito (FREITAS *et al.*, 2010). A autoavaliação de saúde compreende multidimensionalmente o estado de saúde e inclui aspectos objetivos como a condição de saúde, aspectos da saúde física, da cognição e da capacidade funcional de um sujeito, bem como aspectos subjetivos como a capacidade de lidar com problemas (SANTOS, CHOR, WERNECK e COUTINHO, 2007).

O comportamento, no estilo de vida de um indivíduo, é capaz de proteger, manter, promover ou debilitar sua própria saúde e está intimamente relacionado a fatores socioeconômicos, educacionais e culturais. Dieta e exercícios físicos, tabagismo e alcoolismo influenciam o estado de saúde. Em idosos, hábitos não saudáveis de vida podem ser

influenciados pela incapacidade funcional e pelo comprometimento cognitivo que afetam consideravelmente o cuidado com a saúde e a manutenção do tratamento terapêutico, assim como o tratamento medicamentoso (ALEXANDRE, CORDEIRO e RAMOS, 2009; JOIA, RUIZ e DONALISIO 2007; BENEDETTI, 2008).

O comprometimento efetivo do indivíduo com seu autocuidado, independente de sua idade ou risco, aumenta de acordo com o conhecimento sobre seu problema. Desta forma, estratégias motivacionais para lembrar, a autodeterminação, visitas, aconselhamento e suporte familiar ou social, são intervenções que reduzem a não adesão. Entretanto, a adesão a regimes terapêuticos em longo prazo envolve mudanças de comportamento, aprendizado, bem como a adoção e manutenção de uma rotina de administração de medicamentos do próprio indivíduo (UNGARI 2007).

1.2 USO DE MEDICAMENTOS E ADESÃO EM IDOSOS

A preocupação com o uso de medicamento e sua adesão é um tema bastante discutido atualmente, principalmente em idosos, devido à potencialidade mórbida das doenças que acometem essa população e às alterações que ocorrem com a idade.

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (VERAS, 2009). A OMS (2005) considera que sejam “idosos”, em países em desenvolvimento como o Brasil, os indivíduos com idade a partir de 60 anos. Já em países desenvolvidos, são considerados idosos aqueles com mais de 65 anos (BRASIL, 2003; OPAS, 2005). Em 2006, foi estimado que entre 2000 a 2050 a população idosa no mundo passará de 600 milhões para 2 bilhões (OMS, 2007). Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), a população brasileira de 60 ou mais anos de idade era de 20,6 milhões de pessoas. Em 2025 o Brasil será o 5º país do mundo em número de idosos (OPAS, 2005). Nos países desenvolvidos este fenômeno iniciou há cem anos de forma lenta e contínua, acompanhando o desenvolvimento socioeconômico. Em países em desenvolvimento como o Brasil, este processo está ocorrendo a partir da década de 60, sem o necessário acompanhamento socioeconômico (OMS, 2005).

No Brasil e em países em desenvolvimento o processo do envelhecimento é retratado pela redução da fecundidade e da mortalidade, e a melhoria das condições de vida. Tais fatos afetam diretamente a estrutura etária, a longevidade da população (PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2005) e o modo de adoecer da população. Consequentemente o financiamento e

investimentos em recursos de saúde também são afetados. Em 2006, foram gastos mais de 1 bilhão e 300 milhões de Reais com a saúde no Brasil (SUS, 2010).

A expectativa de vida ao nascer dos brasileiros que em 1900 não alcançava os 35 anos de idade, em 1950 atingiu 43 anos, em 2000 era de 70,4 anos e em 2050 poderá chegar a 81,3 anos. Este aumento no Brasil e em outros países decorreu de mudanças no setor de saúde, melhora tecnológica nos hospitais e campanhas de vacinação (GROU-VOLPE, 2007). Entretanto, a melhora dos parâmetros de saúde das populações observadas no século XX não são equitativas nos diferentes países e contextos socioeconômicos (VERAS, 2009).

As doenças crônicas que acometem inúmeros idosos requerem tratamentos prolongados e uso de diversos medicamentos, chamado “polifarmácia”, “polifarmacoterapia” ou “polimedicação” (LINJAKUMPU *et al*, 2002; ROLLASON e VOGT, 2003; WYLES e REHMAN, 2005). Este uso pode gerar efeitos adversos, interações medicamentosas (MANNESSE, DERKX e RIDDER, 2000), erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e maiores custos com a saúde (GROU-VOLPE, 2007).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 50% dos idosos têm renda pessoal menor que um salário mínimo e o gasto médio mensal com fármacos compreende aproximadamente um quarto dessa renda (LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003).

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, ocupando entre a primeira ou segunda colocação, dependendo do período e localidade. No Brasil, foram responsáveis por mais de 1.130.000 internações pelo SUS em 2009, o que aumenta os gastos em recursos de saúde. Estas enfermidades também são responsáveis por importantes morbidades e incapacidades devido ao seu curso crônico e a períodos de agudização, o que leva o indivíduo necessitar de tratamentos terapêuticos especializados e em longo prazo (AZAMBUJA *et al*, 2008).

Por todos os fatores apontados, no cuidado com idosos é importante considerar a promoção de saúde e a prevenção de doenças e políticas de saúde que deixem os idosos mais ativos, motivados e inseridos na sociedade para que preservem suas capacidades funcionais e tenham qualidade de vida (GROU-VOLPE, 2007). Além disso, a idade é uma variável preditora do tratamento farmacológico e apresenta efeito antes dos 60 anos, pois desde a quarta década de vida, aumenta a chance do uso de algum fármaco. Desta forma, os idosos tendem a ser os maiores usuários de medicamentos, dentre a população (FLORES e MENGUE, 2005)

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito. A falta de acesso é uma causa frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde. Nesse contexto, o sistema público de saúde, e em particular a Estratégia da Saúde da Família (ESF), desenvolve ações que visam acompanhar de forma sistemática os indivíduos com morbidades crônicas e promover o cuidado integral, incluindo o acesso a medicamentos essenciais (PANIZ *et al*, 2008; ARRAIS, 2005).

Em razão disso, a aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da gestão da assistência farmacêutica e deve ser vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar (BRASIL, 2007). Este processo deve ser pautado pela avaliação epidemiológica regional, afinal, seria incoerente padronizar um programa de atenção farmacêutica homogêneo para todo território nacional. Considerando o modelo de organização do SUS, constata-se que a aquisição de medicamentos pode ser realizada por meio de cooperação entre os municípios, tendo em vista que a seleção de medicamentos deve levar em conta realidades de saúde comuns a municípios de uma determinada região. A seleção e a programação não podem prescindir de avaliar a posição do município no contexto regional e microrregional quanto ao fluxo de usuários, sendo, também, necessária a previsão dos serviços de referência, quando for o caso (BRASIL, 2006).

Os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso, porém os riscos pertinentes à utilização inadequada também são maiores nessa faixa etária quando comparados ao restante da população, pois esses usuários tornam-se mais vulneráveis a efeitos adversos devido às suas particularidades fisiológicas (LOYOLA FILHO, UCHOA e COSTA, 2006; CASTRO-FILHO, MARCOPITO e CASTELO, 2004).

Um grande avanço para a atenção à saúde do idoso foi, sem dúvida, o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003). Uma de suas maiores conquistas, certamente, é a gratuidade no acesso aos medicamentos, pois não existe nenhum critério subjetivo para aplicação desta medida, ou seja, todo idoso tem direito a receber gratuitamente do poder público os medicamentos, as próteses, órteses e todos os recursos necessários para manter ou reabilitar sua saúde, independentemente de sua situação econômica (BRASIL, 2003). Esse direito pode parecer exagerado, mas é um marco da seguridade social a este grupo específico. No Brasil, não existe grande parcela de idosos em classe média alta e com níveis elevados de riqueza. Pelos critérios econômicos, menos de 1% da população idosa brasileira pode se enquadrar nesta

categoria. Além disso, a maioria dos idosos tem baixos rendimentos, ao mesmo tempo em que os medicamentos têm alto custo, principalmente os medicamentos de uso continuado, necessários em casos de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial (MARIN *et al.*, 2008).

A gratuidade de medicamentos é uma garantia de saúde e não um assistencialismo do governo apenas para aqueles que são pobres e carentes. O poder público, seja através do município, do estado ou da federação, precisa criar mecanismos capazes de efetivar a distribuição desses recursos. É inadmissível que os medicamentos gratuitos fiquem restritos e escondidos em farmácias, postos de saúde ou locais públicos em que o acesso não é conhecido pela população. A distribuição desses medicamentos deve ser facilitada a fim de que os idosos tenham verdadeiro acesso ao que está previsto na lei como obrigação do poder público.

Deve-se ter em conta que aproximadamente 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos. Mais de um quarto dos medicamentos é prescrito para idosos, que representam menos de 12% da população. Consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de diversos problemas de saúde ao mesmo tempo. Ao contrário dos jovens, o uso desses medicamentos pelos idosos é, na maior parte das vezes, crônico. O uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia) é a regra, em vez de exceção, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas. Devido à alta prevalência, morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares na população idosa e como os distúrbios mentais são frequentes, fármacos cardiovasculares (55%) e psiquiátricos (11%) são os mais comumente prescritos para esta população. Além disso, alterações fisiológicas, reações atípicas a fármacos, prescrições inadequadas e não observância adequada dos esquemas terapêuticos são fatores que podem contribuir para a maior toxicidade medicamentosa no idoso.

Por todas essas características, a crescente necessidade de assistência e tratamento de uma população que envelhece exige políticas adequadas. A falta desse tipo de políticas pode causar importantes aumentos dos custos. As políticas que propiciam a saúde durante toda a vida, inclusive as de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a tecnologia de assistência, os cuidados para a reabilitação, quando indicados, os serviços de saúde mental, a promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios, podem reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir obter economias orçamentárias.

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas à oferta de serviços e

programas de saúde pública, como na amplitude da sua intervenção. O Estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso, na dependência de outra pessoa. Constata-se que inexistem políticas mais veementes no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecer ao idoso dependente e aos seus familiares (MYATA, 2005; KARSCH, 2003).

Como foi visto, a população idosa apresenta maior risco de problemas referentes às medicações devido às mudanças psicológicas relacionadas à idade, presença de múltiplas doenças crônicas e administração de número elevado de medicações (SIMONSON e FEINBERG, 2005). A não adesão medicamentosa pode ocasionar ao indivíduo a não recuperação ou o agravamento do estado de saúde, acarretando comprometimento cognitivo, incapacidade funcional e alterações nos hábitos de estilo de vida. No Brasil, o impacto da não adesão ao tratamento para doenças cardiovasculares pode ser avaliado pelo alto índice de mortalidade por acidentes vasculares cerebrais (LESSA, 2006).

A subutilização do tratamento entre os idosos, pode acarretar em piora da saúde, dos sintomas, do controle dos agravos, aumentos dos custos, e da necessidade do aumento da prescrição de doses ou uso de terapias mais potentes, o que pode aumentar o risco de efeitos adversos; além de outros desfechos como maior número de visitas a serviços de emergência, internações e conseqüente aumento da mortalidade (VIK *et al*, 2006). Além disso, a polifarmácia pode ser uma barreira para a adesão do idoso aos tratamentos, por tornar os esquemas terapêuticos complexos e possibilitar a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas (RIBEIRO *et al*, 2008). Wilson *et al*. (2007) mostraram que a não adesão terapêutica ocorre por existir uma “falha ou lacuna” na comunicação entre os idosos e seus médicos sobre os fármacos prescritos, sua importância e seus riscos. Ownby, Hertzog, Crocco e Duara (2006) demonstraram que pacientes que conheciam a indicação e os efeitos colaterais referiram maior adesão.

A prevalência de adesão a terapia medicamentosa em idosos apresenta variação de 37% (ROCHA *et al*, 2008) aproximadamente de 50% (CINTRA, GUARIENTO e MYYASAKI, 2010; LAZAROU, POMERANZ e COREY, 1998) e pode chegar a 80%.

A baixa escolaridade dos idosos, o comprometimento nas condições de comunicação, estado cognitivo e da autonomia para as atividades de vida diária e residir sozinho são considerados sérios fatores de risco diante da complexidade dos esquemas medicamentosos utilizados, incluindo o uso incorreto de medicamentos (MARIN *et al*, 2008). A não adesão

medicamentosa é mais frequente no nível de atenção primário do que entre pacientes de serviços especializados (CALHOUN, 2008).

O prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, políticas destinadas aos idosos devem considerar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação desta população. Além disso, devem atuar nos vários contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, fundamentalmente, na prevenção, no cuidado e na atenção integral à saúde (VERAS, 2009). Tais mudanças requerem reorganização da sociedade e maior investimento governamental quanto aos cuidados com a saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da adesão à terapêutica medicamentosa e analisar seus fatores determinantes em idosos portadores de doenças cardiovasculares do ambulatório de um hospital filantrópico do Espírito Santo, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a população estudada segundo condições sócio-demográficas, de saúde e estilo de vida, e quanto ao uso dos medicamentos;

Estimar a prevalência da não adesão à terapêutica medicamentosa;

Verificar a associação da não adesão medicamentosa com as condições sócio-demográficas, de saúde e estilo de vida, e ao uso dos medicamentos, dos sujeitos pesquisados participantes do estudo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se um estudo epidemiológico observacional transversal e analítico, realizado no ambulatório de especialidades do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), localizado no município de Vitória, no estado do Espírito Santo.

O HSCMV é uma instituição de saúde filantrópica centenária, que presta atendimento ambulatorial, internação, cirurgia, terapia intensiva, urgência e emergência à população geral. São atendidos crianças, adultos e idosos, usuários do SUS e portadores do convênio de saúde da instituição, residentes no estado do Espírito Santo e encaminhados de outros estados vizinhos, como Bahia e Minas Gerais.

O ambulatório do HSCMV é referência no Espírito Santo para os usuários do SUS e possui diversas especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, como também atendimento das equipes de nutrição, psicologia, fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia e de enfermagem. Os agendamentos das consultas multidisciplinares são realizados no próprio ambulatório de acordo com o dia da semana para cada especialidade. Cerca de 10 a 13 mil pessoas, entre crianças, adultos e idosos, são atendidas mensalmente no ambulatório do HSCMV, de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas. Em média, 30% dos atendimentos são de indivíduos idosos.

A população de estudo constituiu de idosos, com 60 anos ou mais, faixa etária que atende ao Estatuto do Idoso (BRASIL, 2007) e que realizam atendimento médico no ambulatório do HSCMV para tratamento de doenças cardiovasculares. Foram eleitos os ambulatórios de cardiologia e endocrinologia, por apresentarem grande demanda de consultas, na faixa etária da população em estudo. Estes ambulatórios foram escolhidos porque a OMS (2005) destaca que o Brasil está entre os 23 países responsáveis por 80% da mortalidade atribuível às doenças crônicas. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus estão entre os fatores de risco para doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

Os critérios de inclusão para constituição da amostra foram:

- Apresentar idade igual ou superior a 60 anos;
- Residir no estado do Espírito Santo;
- Receber atendimento no ambulatório do HSCMV;

- Realizar tratamento medicamentoso para doenças cardiovasculares;
- Possuir condições de responder as questões abordadas, ou estar acompanhado de pessoas que pudessem responder ao questionário.

O tamanho amostral foi definido em 270 sujeitos, com base no volume de fluxo de consultas médicas mensais do ambulatório de cardiologia e endocrinologia dos últimos 6 meses, que foi de 600 pacientes por mês; e a prevalência da adesão à terapia medicamentosa em idosos apresenta variação de 30 a 80%, para este estudo, foi considerada de 50%.

Utilizou-se a fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / Z^2 \cdot P(1-p) + e^2 \cdot (N-1)$; onde: n = amostra calculada, N = população (600), Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança (1,96), p = verdadeira probabilidade do evento (0,5) e e = erro amostral de 5% (JEKEL, ELMORE, KATZ, 1999). A margem de erro considerada foi de 10%.

A partir da listagem de consultadas agendadas, os pacientes foram contatados por telefone, para levarem no dia da consulta todos os medicamentos em uso, tanto os fármacos prescritos acompanhados da prescrição médica, como os não prescritos. Aos sujeitos não contatados foram solicitados pessoalmente, no momento da entrevista, os medicamentos utilizados, as caixas e ou a prescrição médica dos mesmos.

Foram critérios de exclusão para não participação na pesquisa:

- não estar de posse dos medicamentos em uso atual, das embalagens ou a prescrição médica;
- não estar acompanhado de respondente quando resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) menor que 22 pontos.

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual e em duas etapas, em local reservado ou na sala de espera, realizada pelo pesquisador e por dois entrevistadores treinados e teve duração aproximada de 30 minutos. Ao entrevistado ou responsável solicitou-se a apresentação da receita médica ou as embalagens contendo os medicamentos em uso contínuo atual, há pelo menos 1 mês.

A primeira etapa da entrevista constitui da avaliação cognitiva do idoso, mediante a aplicação do instrumento MEEM (Anexo A). Os participantes que atingiram no mínimo 22 pontos do MEEM responderam a segunda parte da pesquisa sem auxílio. Aos sujeitos com

menor avaliação cognitiva, até 21 pontos, sugestivo de comprometimento cognitivo, solicitou-se a colaboração do acompanhante para responder a segunda etapa do estudo.

A segunda etapa da entrevista ocorreu por meio de um roteiro estruturado composto de perguntas abertas e fechadas (Apêndice B) e abordou dados pessoais, sociodemográficos, condições de saúde, estilo de vida e fármacos utilizados. Nesta segunda etapa pesquisou-se a independência funcional e a adesão medicamentosa. Para o estudo da independência funcional, como condição de saúde, aplicou-se o instrumento Atividade Básica de Vida Diária (ABVD) (Anexo B), pelo índice de Katz e Akpom (1976), adaptado (LINO *et al*, 2008). A adesão medicamentosa foi verificada mediante a aplicação do instrumento Medidas de Adesão ao Tratamento (MAT) (Anexo C) (DELGADO e LIMA, 2001).

A coleta dos dados ocorreu de 12 de dezembro de 2011 a 30 de março de 2012, nos turnos matutino e vespertino, até a obtenção do total da amostra previamente calculada. Foram selecionados de 3 a 10 participantes por dia, de acordo com o quantitativo de agendamento diário. A pesquisadora treinou os pesquisadores e revisou os questionários respondidos e a pontuação dos instrumentos, diariamente, para controle de qualidade do preenchimento.

Realizou-se o teste piloto do questionário e do instrumento de MAT, pelo pesquisador e entrevistadores, em uma população equivalente, com o objetivo de verificar a inteligibilidade, clareza, sequência das questões do questionário, duração da aplicação e adequação das necessidades em uma amostra de 30 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão.

3.3 VARIÁVEIS

A variável dependente pesquisada foi adesão ao tratamento medicamentoso. As variáveis independentes foram categorizadas e agrupadas em quatro seções por blocos (Apêndice B), com base no modelo teórico, descrito anteriormente na Figura 1.

BLOCO1:

Seção A – Identificação (características pessoais): idade ordenada por faixa etária, gênero, estado civil, raça/cor referida e número de filhos.

Seção B – Perfil socioeconômico (dados socioeconômicos): escolaridade, analfabetismo, arranjo familiar, status ocupacional e profissional, renda individual, número de dependentes, moradia e religião.

BLOCO 2:

Seção C - Condições de saúde e fatores estilo de vida (histórico de saúde e hábitos e estilo de vida): autoavaliação do estado atual de saúde (antes e após o histórico de saúde), doenças e agravos progressivos autorreferidos (doenças cardiovasculares, metabólicas, renais, osteomusculares e neurológicas, além de quedas), hábitos de vida (fumo, ingestão alcoólica, atividades físicas, lazer e alimentação), intercorrências de saúde no último ano, recursos de saúde utilizados, escala de independência em ABVD (Anexo B).

Para a categorização da autoavaliação de saúde, a literatura adota diferentes maneiras de avaliar. A PNAD 98 utilizou as categorias: muito boa, boa, regular, muito ruim e ruim, semelhantes à Pesquisa Mundial de Saúde (BRASIL, 2003): muito boa, boa, moderada, ruim, muito ruim (PERES *et al*, 2010).

A alimentação foi categorizada de acordo com os *10 Passos para a Alimentação Saudável do Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável* (Brasil, 2004), que orienta o consumo de alimentos saudáveis; por porções; a redução do sal, gorduras, frituras, embutidos, açúcares e álcool; manutenção do peso ideal e exercícios físicos. Dos 10 passos, 8 são sobre a ingesta alimentar, classificou-se como Boa alimentação o seguimento de 6 a 8 passos, e como alimentação Ruim a realização de menos de 6 passos.

O MEEM foi analisado como variável independente, quanto à condição de saúde como presença de declínio cognitivo.

BLOCO3:

Seção D – Medicação utilizada: adesão terapêutica (Anexo C), registro de todas medicações e doses em uso, fonte de aquisição e forma de administração dos fármacos, classificação dos medicamentos por sistemas corporais de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical Index (Índice Químico Terapêutico Anatômico, ATC) e conforme os Critérios de Beers 2012, para Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) em idosos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

3.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

3.4.1 Mini Exame do Estado Mental

O MEEM é o exame mais utilizado para rastrear comprometimento cognitivo, acompanhar a evolução de alterações cognitivas e monitorar a eficácia e efetividade de tratamentos para as mesmas (FOLSTEIN, FOLSTEIN e MCHUGH, 1975). Este exame tem sido largamente utilizado em pesquisas, conforme referido na literatura mundial (HAN *et al*, 2007) e no Brasil (VALLE *et al*, 2009) como instrumento de pesquisa em estudos populacionais para avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. No Brasil, esse instrumento (Anexo A) foi traduzido Bertolucci *et al* (1994), readequado por Almeida (1998) e suas propriedades psicométricas foram testadas por Lourenço e Veras (2006). O ponto de corte deste instrumento não é consensual na literatura e varia de acordo com a escolaridade da população estudada (ALMEIDA, 1998), com baixa concordância e grande variabilidade de 12/13 a 18/19 (LOURENÇO e VERAS, 2006) até 22, por percentil (VALLE *et al*, 2009). Nesta pesquisa, utilizou-se o instrumento MEEM traduzido por Bertolucci *et al* (1994) e por Almeida (1998), modificada por Lourenço e Veras (2006). Como ponto de corte foi considerado o valor mínimo de 22 pontos, de acordo com o estudo populacional de Valle *et al* (2009).

Neste estudo o MEEM foi utilizado como um dos itens para avaliação das condições de saúde, quanto a cognição, da população estudada.

3.4.2 Escala de Independência em Atividades Básicas de Vida Diária

A Escala de Independência em ABVD, ou Escala de Katz é uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho nas atividades básicas da vida diária, desenvolvida para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e para predizer prognóstico em doentes crônicos (AVILA-FUNES, GARANT e AGUILAR-NAVARRO, 2006; VON HEIDEKEN *et al*, 2006), adaptada transculturalmente para o português (LINO, PEREIRA, CAMACHO e RIBEIRO FILHO, 2008).

A ABVD apresenta seis itens que verificam desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, de acordo com uma hierarquia de complexidade: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho, baseada em funções primárias biológicas e psicossociais (EVANS e CROGAN, 2006).

A escala avaliou as condições de saúde dos indivíduos estudados, quanto as atividades do dia a dia.

3.4.3 Medidas de Adesão ao Tratamento

Em 1986, Morisky, Green e Levine elaboraram e validaram uma escala de autorrelato, para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento, composta de quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente ao uso de medicação. A autoinformação está sujeita a problemas, como omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo. Entretanto, este é um método ainda bastante usado em estudos (MORISKI, ANG, KROUSEL-WOOD e WARD, 2008), por apresentar correlações importantes com outros métodos. De acordo com o protocolo do teste do autor, considera-se aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de 4 pontos e não aderente o que obtém 3 pontos ou menos.

Em 2001, em Portugal, Delgado e Lima traduziram a escala de Morisky, Green e Levine, a adaptaram e propuseram o instrumento MAT, com sete perguntas de autorrelato. As questões dos itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptadas de Morisky, Green e Levine (1986), os itens 5 e 6 foram adaptados de Ramalinho (1994) e, o item 7 foi adaptado de Shea *et al* (1992). Estes três itens introduzidos ao MAT possibilitam esclarecer novas situações de não adesão, tais como: a ingestão em excesso do medicamento por o indivíduo se sentir pior; a identificação de dificuldades econômicas para aquisição do medicamento; e uma reflexão sobre o seu comportamento de não adesão ao tratamento não contemplado nos itens anteriores. Em análise psicométrica, as respostas na escala de Likert apresentaram melhores validades do que as respostas dicotômicas (DELGADO e LIMA, 2001).

As respostas obtidas por meio de escala Likert variam de 1 (sempre) a 6 (nunca) pontos. A somatória dos valores obtidos é dividida pelas 7 perguntas do questionário, e variam de 1 a 6. Os valores finais 5 e 6 são computados como 1 (aderente na escala original) e os demais valores são computados como zero (não aderentes na escala original), retratando, desta forma, a escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente).

O MAT apresentou boa consistência interna ($p < 0,001$) e, em termos de validade concorrente, correlações elevadas em qualquer condição de resposta, apresentando sensibilidade de 0,77 e especificidade de 0,73, o que demonstra ser um bom instrumento para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento (DELGADO e LIMA, 2001).

Utilizou-se o MAT para verificação da adesão ou não aos medicamentos, desfecho da pesquisa, nesta população.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Todas as variáveis independentes foram descritas por frequências absolutas e relativas, assim como o desfecho. Dividiu-se os participantes do estudo em dois grupos, conforme a classificação do instrumento: indivíduos não aderentes ao tratamento medicamentoso (MAT = 0) e indivíduos aderentes ao tratamento medicamentoso (MAT = 1).

As variáveis contínuas foram descritas pela média e por desvio padrão, e as variáveis categóricas por frequência relativa e absoluta, em tabelas de contingência. Algumas variáveis categorizadas foram recodificadas em dicotômicas. As variáveis independentes e a variável dependente foram associadas por blocos: 1) identificação e perfil sócio econômico; 2) condições de saúde e fatores de estilo de vida e 3) medicação utilizada. As diferenças entre os grupos para as variáveis categóricas foram analisadas pelo Teste Exato Fischer e/ou Teste qui-quadrado de Person, quando adequado, na análise bivariada, para examinar a associação de cada variável elegida como desfecho. Para as variáveis contínuas aplicou-se o Teste T de Student, para amostra independente.

A análise bruta dos fatores associados à adesão medicamentosa foi construída de acordo com os 3 blocos de variáveis independentes e o nível de significância foi verificado pelos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. O nível de significância foi considerado como $p < 0,05$, com intervalos de 95% de confiança (IC95%).

As variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância (VICTORA *et al*, 1997; PETERSEN e DEDDENS, 2008) para análise das variáveis independentes associadas ao desfecho (RP bruta), ajustadas entre si e entre os possíveis fatores de confusão (RP ajustada) na análise múltipla.

Para análise de dados em estudos de corte transversal, foi utilizado o modelo de Poisson com variância robusta, que é uma das melhores alternativas, que a regressão logística (COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008; ZOUL, 2004).

Utilizou-se o pacote do programa estatístico SPSS versão 14.0 (UFES).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96 e, após anuência do HSCMV, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Parecer nº 136/2011) (ANEXO D).

Os entrevistados participaram do estudo voluntariamente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Preservou-se a identidade dos participantes. Este estudo não apresentou riscos para a saúde dos sujeitos.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Foram selecionados e contactados 332 indivíduos idosos. Excluíram-se 57 (17,1%) sujeitos por não portarem os medicamentos em uso ou a prescrição médica, ou por apresentarem resultado MEEM menor que 22 pontos e não estarem acompanhados de pessoas que pudessem responder a entrevista. Entrevistaram-se 275 indivíduos e excluíram-se 12 (4,3%) participantes por discordância nos dados após a coleta. A amostra compreendeu 263 idosos, (2,6%) de perdas. Calculou-se a percentagem (%) pelos questionários válidos para as análises. As perdas foram substituídas no intuito de atingir ao máximo a amostra calculada.

A distribuição da amostra segundo gênero, faixa etária, raça, escolaridade, situação conjugal, arranjo domiciliar e religião é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo gênero, faixa etária, raça, escolaridade, situação conjugal, arranjo domiciliar e religião, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|---------------------------|--------------------|----------|----------|
| Gênero | Feminino | 196 | 74,5 |
| | Masculino | 67 | 25,4 |
| Faixa etária | 60 a 69 anos | 160 | 60,1 |
| | 70 a 79 anos | 79 | 30 |
| | 80 anos ou mais | 24 | 9,1 |
| Raça | Branca | 98 | 37,3 |
| | Não Branca | 165 | 62,7 |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 74 | 28,3 |
| | Alfabetizado | 187 | 71,7 |
| Situação conjugal | Com companheiro | 135 | 51,3 |
| | Sem companheiro | 128 | 48,7 |
| Arranjo domiciliar | Reside sozinho | 49 | 18,6 |
| | Reside acompanhado | 214 | 81,4 |
| Religião | Sim | 247 | 94,3 |
| | Não | 15 | 5,7 |

A população estudada era composta predominantemente por participantes do sexo feminino 196 (74,5%). A faixa etária amostral variou de 60 a 91 anos, com idade média de 68,9 anos. Em relação à distribuição por década de vida, verificou-se que a maioria dos idosos, 160 (60,1%), apresentavam entre 60 a 69 anos de idade.

Entre os sujeitos estudados, verificou-se que 128 (48,7%) viviam sem o companheiro; 85 (32,3%) moravam sozinhos e 235 (89,5%) residiam em casa própria quitada. Quanto ao número de filhos, 112 (42,6%) relataram ter entre 2 a 4 filhos. Mais de dois terços, 200 indivíduos (76,6%), nunca estudaram ou possuíam, no máximo, 4 anos de estudos. No que se refere à raça autorreferida, 165 idosos (62,7%) declararam-se não brancos. Quanto à religião, 247 sujeitos (94,3%) indicaram alguma religião.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos de acordo com a aposentadoria, renda, ocupação anterior.

Tabela 2 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo condição sócio econômica, aposentadoria, renda e atividade profissional anterior, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|--|-------------------------|----------|----------|
| Aposentadoria | Sim | 160 | 61,1 |
| | Não | 102 | 38,9 |
| Renda | Até 1 salário mínimo | 183 | 69,8 |
| | 2-3 salários mínimos | 66 | 25,2 |
| | Mais que 3 mínimos | 13 | 5,0 |
| Atividade profissional anterior | Trabalha ou com vínculo | 134 | 51 |
| | Trabalha ou sem vínculo | 128 | 49 |

A maioria dos idosos, 160 (61,1%), era de aposentados, 183 (69,8%) recebiam até 1 salário mínimo; e 51% exerciam ou exerceram alguma atividade profissional com vínculo empregatício.

A Tabela 3 destaca o tempo de acompanhamento do tratamento no ambulatório do HSCMV.

Tabela 3 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo o tempo de acompanhamento do tratamento no ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|-----------------------------|------------|-----|------|
| Tempo de ambulatório | < 1 ano | 25 | 9,7 |
| | 1 a 2 anos | 24 | 9,4 |
| | 2 a 4 anos | 23 | 9,0 |
| | > 4 anos | 184 | 71,9 |

O tempo de acompanhamento dos participantes da pesquisa no ambulatório do HSCMV variou de 1 mês a mais de 20 anos. A maioria da amostra, 184 idosos (71,9%), realizava acompanhamento nesse ambulatório há mais de 4 anos.

A distribuição da população segundo as condições de saúde, quanto ao declínio cognitivo, à autoavaliação de saúde e às atividades de vida diária, podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo as condições de saúde quanto ao declínio cognitivo, a auto avaliação de saúde e as atividades de vida diária, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|---------------------------------|----------------------|-----|------|
| Declínio cognitivo | Presente | 68 | 25,9 |
| | Ausente | 195 | 74,1 |
| | Independência | 158 | 60 |
| Atividade de Vida Diária | Dependência leve | 102 | 38,8 |
| | Dependência moderada | 3 | 1,2 |
| Autoavaliação de saúde | Boa | 124 | 47,2 |
| | Ruim | 138 | 52,8 |

Entre os idosos entrevistados, 195 (74,1%) apresentaram escore considerado estado cognitivo normal e responderam sozinhos à pesquisa. O declínio cognitivo, de acordo com o corte de 21 pontos pelo MEEM, foi prevalente em 68 (25,9%) dos indivíduos estudados, com média de pontuação de 23,7 e variação de 10 a 30 pontos. Quase dois terços, 158 idosos (60%), eram independentes das atividades de vida diária. Quanto à percepção da saúde, 124 (47,2%) dos entrevistados se autoavaliaram como “Boa ou Muito Boa”, recodificadas na Tabela 4 como “Boa”.

A frequência dos agravos progressivos, da quantidade de agravos e da presença de intercorrências de saúde no último ano está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo agravos progressivos, quantidade de agravos e presença de intercorrências, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | n | % |
|---------------------------------|-------------------|----------|----------|
| Agravos progressivos | Hipertensão | 228 | 86,7 |
| | Diabetes | 118 | 44,9 |
| | Osteomuscular | 129 | 49 |
| | Quedas | 78 | 29,7 |
| Quantidade agravos | 1 a 2 doenças | 57 | 21,7 |
| | 3 ou mais doenças | 206 | 78,3 |
| Intercorrências de saúde | Ausentes | 9 | 3,4 |
| | Presentes | 253 | 96,6 |

Pode-se observar que o agravo mais prevalente foi a hipertensão arterial, em 228 indivíduos (86,7%), seguida de *diabetes mellitus*, em 118 (44,9%). As quedas foram relatadas por 78 idosos (29,7%). O número de agravos referidos variou de 1 a 9 e 206 sujeitos (78,3%) apresentavam 3 ou mais patologias. Quase toda população, 253 participantes (96,6%) apresentaram alguma intercorrência de saúde no último ano.

A Tabela 6 mostra a distribuição da amostra quanto ao estilo de vida, no que se refere ao tabagismo, alcoolismo, atividade física e hábitos alimentares.

Tabela 6 – Distribuição da amostra (n = 263) segundo o estilo de vida quanto ao tabagismo, alcoolismo, atividade física e hábitos alimentares, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|-------------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| Tabagismo | Presente (atual ou ex- fumante) | 92 | 35 |
| | Ausente (nunca) | 171 | 65 |
| Alcoolismo | Presente (atual ou ex-alcoolista) | 91 | 34,6 |
| | Ausente (nunca) | 172 | 65,4 |
| Atividade física | Presente | 97 | 37 |
| | Ausente | 165 | 63 |
| Alimentação | Boa | 140 | 53,4 |
| | Ruim | 122 | 46,6 |

Conforme a tabela acima, 92 (35%), quase um terço dos participantes do estudo, fumavam ou já fumaram alguma vez na vida, 91 (34,6%) eram alcoolistas ou ex-alcoolistas e 97 (37%), praticavam alguma atividade física. De acordo com os 10 passos da alimentação saudável, 140 indivíduos (53,4%) seguiam de 3 a 8 instruções, categorizados como alimentação “Boa” e “Muito Boa”, recodificados como “Boa” e considerados como regime alimentar saudável.

Os idosos entrevistados relataram o uso de 1.407 medicamentos. A variação por indivíduo diariamente foi de 1 a 13 medicamentos, a média de 5,4 fármacos. A maioria dos idosos, 120 (45,6%), utilizava entre 3 a 6 medicamentos por dia.

O consumo diário da população pesquisada foi de 2.166 doses de fármacos. A quantidade de doses diárias variou de 1 a 21 e a média encontrada foi de 8,2. A maioria da amostra, 168 (65%) utilizava de 4 a 9 doses de fármacos por dia.

A situação dos medicamentos utilizados pelos idosos segundo a polifarmácia e a administração do medicamento, pode ser visualizada na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo a utilização dos fármacos, quanto à polifarmácia e administração do medicamento, Vitória – ES, 2012.

| Variável | | N | % |
|-------------------------------------|-------------|----------|----------|
| Polifarmácia (≥ 5) | Presente | 154 | 58,6 |
| | Ausente | 109 | 41,4 |
| Administração do medicamento | Sozinho | 218 | 82,9 |
| | Com auxílio | 45 | 17,1 |

Segundo a Tabela 7, a polifarmácia, ingestão de cinco ou mais fármacos, esteve presente em mais da metade dos idosos, 154 (58,6%). Observou-se que 218 (82,9%) dos entrevistados administravam os medicamentos sozinhos e 22,4 (59%) utilizavam algum medicamento inapropriado.

A Tabela 8 especifica a fonte de aquisição dos medicamentos utilizados pelos idosos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra (n = 263) segundo a fonte de aquisição dos medicamentos utilizados, Vitória – ES, 2012.

| Fonte de aquisição dos medicamentos | N | % |
|--|----------|----------|
| Recursos próprios | 186 | 70,7 |
| Unidade de saúde básica | 184 | 70 |
| Farmácia popular | 110 | 41,8 |
| Doação | 18 | 6,8 |
| Auxílio da família | 14 | 5,3 |
| Mais de uma fonte | 181 | 68,8 |

Foi encontrado que 181 (68,8%) dos sujeitos pesquisados recorriam a mais de uma fonte para adquirir todas as medicações de uso contínuo diário. A fonte mais utilizada para obtenção dos fármacos foi por meio de recursos próprios, 186 idosos (70,7%). A unidade de saúde básica de atenção primária também foi um meio muito utilizado, por 184 (70%) dos participantes da pesquisa.

4.2 PREVALÊNCIA DA NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA

A prevalência da adesão e da não adesão medicamentosa da amostra é apresentada na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição da mostra (n = 263) e prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Adesão a Terapia Medicamentosa | N | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Não Aderente = MAT 0 | 70 | 26,7 |
| Aderente = MAT 1 | 193 | 73,3 |

De acordo com o instrumento de MAT, a prevalência da não adesão medicamentosa, nesta população, foi de 70 indivíduos idosos (26,7%).

4.3 NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES ASSOCIADOS

A associação bivariada entre a não adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis socioeconômicas pode ser visualizada na Tabela 10.

Tabela 10 – Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis sociodemográficas em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis Sociodemográficas | | Não Aderente n = 70 (26,7%) | | Aderentes n = 193 (73,3%) | | p* |
|--|-------------------------|-----------------------------------|------|---------------------------------|------|-------|
| | | n | % | n | % | |
| Gênero | Feminino | 55 | 78,6 | 141 | 73,1 | 0,42 |
| | Masculino | 15 | 21,4 | 52 | 26,9 | |
| Faixa etária | 60 – 69 anos | 38 | 54,3 | 122 | 63,2 | 0,40 |
| | 70 a 79 anos | 25 | 37,5 | 54 | 28 | |
| | 80 anos ou mais | 7 | 10 | 17 | 8,8 | |
| Raça | Branca | 23 | 32,9 | 75 | 38,9 | 0,37 |
| | Não Branca | 47 | 67,1 | 118 | 61,1 | |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 24 | 34,3 | 50 | 26,2 | 0,19 |
| | Alfabetizado | 46 | 65,7 | 141 | 73,8 | |
| Situação conjugal | Com companheiro | 30 | 42,8 | 105 | 54,4 | 0,12 |
| | Sem companheiro | 40 | 57,2 | 88 | 45,6 | |
| Arranjo domiciliar | Reside sozinho | 14 | 20 | 35 | 18,1 | 0,80 |
| | Reside acompanhado | 55 | 78,6 | 159 | 82,4 | |
| Religião | Sim | 66 | 94,3 | 181 | 94,3 | 1,00 |
| | Não | 4 | 5,7 | 11 | 5,7 | |
| Aposentadoria | Sim | 37 | 52,9 | 123 | 64,1 | 0,11 |
| | Não | 33 | 47,1 | 69 | 35,9 | |
| Renda | Até 1 salário mínimo | 49 | 71 | 134 | 69,4 | 0,99 |
| | 2-3 salários mínimos | 17 | 24,7 | 49 | 25,4 | |
| | Mais que 3 mínimos | 3 | 4,3 | 10 | 5,2 | |
| Atividade profissional anterior | Trabalha/ou com vínculo | 26 | 37,1 | 108 | 56 | *0,01 |
| | Trabalha/ou sem vinculo | 44 | 58,6 | 84 | 44 | |

* Diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se $p \leq 0,05$

Observa-se que a maior prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso foi no sexo feminino, 55 mulheres (78,6%); na faixa etária de 60 a 69 anos, 38 idosos (54,3%);

nos não brancos, 47 indivíduos, (67,1%); que não possuíam companheiro, 30 pessoas, (57,2%); que residiam acompanhados, 55 sujeitos, (78,6%) e que apresentavam alguma crença religiosa, 66 não aderentes, (94,3%). Dos que não aderiram ao tratamento medicamentoso (52,9%), 37 pessoas eram aposentados; apresentavam renda de até 1 salário mínimo, 49 sujeitos (71%) e que exerceram ou exerciam atividade profissional sem vínculo, 44 indivíduos, (58,6%).

Quanto ao bloco das variáveis sócio demográficas, a análise revelou que não houve significância estatística na diferença entre os grupos quanto ao sexo, faixa etária, raça, escolaridade, situação conjugal, arranjo domiciliar, religião, aposentadoria e renda. A variável vínculo empregatício da atividade profissional anterior foi estatisticamente significativa, os idosos que apresentaram vínculo foram mais aderentes ao tratamento medicamentoso ($p=0,01$).

A Tabela 11 descreve a associação bivariada entre a não adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas às condições de saúde.

Tabela 11 – Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas às condições de saúde em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis relacionadas às Condições de Saúde | | Não Aderente n = 70 (26,7%) | | Aderente n = 193 (73,3%) | | p* |
|--|----------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|--------|
| | | n | % | n | % | |
| Declínio cognitivo | Presente | 13 | 18,6 | 55 | 28,5 | 0,16 |
| | Ausente | 57 | 81,4 | 138 | 71,5 | |
| Autoavaliação de saúde | Boa | 26 | 37,1 | 99 | 51,3 | *0,05 |
| | Ruim | 44 | 63,9 | 94 | 48,7 | |
| Agravos pregressos | HAS | 61 | 87,1 | 167 | 86,5 | 1,00 |
| | DM | 28 | 40 | 90 | 46,6 | 0,40 |
| Quantidade de agravos | Quedas | 25 | 35,7 | 53 | 27,6 | 0,22 |
| | 1 a 2 doenças | 16 | 22,9 | 49 | 22,7 | 0,50 |
| | 3 ou mais doenças | 54 | 77,1 | 149 | 77,2 | |
| Intercorrências de saúde | Ausente | 1 | 1,4 | 8 | 4,2 | 0,45 |
| | Presente | 69 | 98,6 | 184 | 95,8 | |
| ABVD | Independência | 40 | 57,2 | 118 | 61,1 | |
| | Dependência leve | 29 | 41,4 | 73 | 37,8 | 0,57 |
| | Dependência moderada | 1 | 1,4 | 2 | 1,1 | |
| Tempo de ambulatório | < 1ano | 12 | 18,5 | 13 | 6,8 | 0,14 |
| | 1 a 2 anos | 5 | 7,6 | 19 | 9,9 | *0,01 |
| | 2 a 4 anos | 1 | 1,4 | 22 | 11,5 | *0,002 |
| | > 4 anos | 47 | 72,4 | 137 | 71,7 | 0,16 |
| Total | | 65 | 100 | 191 | 100 | |

* Diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se $p \leq 0,05$

Detectou-se que predominaram como não aderentes ao tratamento medicamentoso os idosos sem declínio cognitivo, 57 sujeitos, (81,4%); que autoavaliaram a saúde como “ruim”,

44 pessoas, (63,9%); que apresentavam independência nas ABVD, 40 indivíduos, (57,2%) e que eram atendidos no ambulatório há mais de 4 anos, 47 entrevistados, (72,4%).

Na análise da associação ao tempo de atendimento no ambulatório, foi constatado que houve significância entre os grupos que realizavam acompanhamento entre 1 a 2 anos e entre 2 a 4 ano, entretanto, a distribuição da amostra foi insuficiente. Houve diferença estatística entre os grupos ($p \leq 0,05$) quanto à auto avaliação de saúde ($p = 0,05$). Quanto aos agravos e doenças progressivas autorreferidos, observa-se ainda na Tabela 14, que dos participantes não aderentes, 61 (87,1%), apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 28 pessoas (40%) possuíam *diabetes mellitus*; em 25 sujeitos, (35,7%) ocorreu pelo menos 1 episódio de queda no último ano e em 69 ocorreu alguma intercorrência de saúde no último ano.

A Tabela 12 apresenta a prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas ao estilo de vida.

Tabela 12 – Prevalência e associação bivariada da adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas ao estilo de vida, em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis relacionadas ao Estilo de Vida | | Não Aderente n = 70 (26,7%) | | Aderente n = 193 (73,3%) | | p* |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|-------|
| | | n | % | n | % | |
| Tabagismo | Presente (atual ou ex- fumante) | 24 | 34,4 | 67 | 35,3 | 1,00 |
| | Ausente (nunca) | 46 | 65,7 | 123 | 64,7 | |
| Alcoolismo | Presente (atual ou ex alcoolista) | 24 | 34,3 | 67 | 34,7 | 0,26 |
| | Ausente (nunca) | 46 | 65,7 | 126 | 65,3 | |
| Atividade física | Presente | 18 | 25,7 | 79 | 41,1 | *0,03 |
| | Ausente | 52 | 74,3 | 113 | 58,9 | |
| Alimentação | Boa | 25 | 36,2 | 115 | 59,6 | *0,00 |
| | Ruim | 44 | 63,8 | 78 | 40,4 | |

* Diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se $p \leq 0,05$

Destaca-se a não adesão farmacológica em idosos que não fumavam ou nunca fumaram e que não ingeriam ou nunca ingeriram bebida alcoólica, 46 (65,7%). Os não aderentes eram sedentários, 52 indivíduos (74,3%), e apresentavam uma alimentação ruim, 44 sujeitos (63,8%). A diferença estatística entre os grupos aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso foi significativa ($p \leq 0,05$) entre a atividade física ($p = 0,03$) e a alimentação ($p = 0,001$).

As variáveis relacionadas aos medicamentos utilizados foram associadas bivariavelmente e estão apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13 – Prevalência e associação bivariada da adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis relacionadas aos medicamentos utilizados em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis relacionadas aos medicamentos utilizados | | Não Aderente | | Aderente | | p* |
|--|--------------|-------------------|------|--------------------|------|------|
| | | n = 70 (26,7%) | | n = 193 (73,3%) | | |
| | | N | % | n | % | |
| Polifarmácia (>=5) | Presente | 43 | 61,4 | 111 | 57,5 | 0,57 |
| | Ausente | 27 | 38,6 | 82 | 42,5 | |
| Administração | Sozinho | 54 | 77,1 | 164 | 85 | 0,14 |
| | Com auxílio | 16 | 22,9 | 29 | 15 | |
| Critério de Beers | Inapropriado | 16 | 22,9 | 43 | 22,2 | 1,00 |
| | Apropriados | 54 | 77,1 | 150 | 77,7 | |

* Diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se $p \leq 0,05$

Os idosos que não aderiam ao tratamento medicamentoso apresentaram polifarmácia (ingesta de 5 ou mais tipos de fármacos/dia), 43 (61,4%), autoadministravam os medicamentos e não utilizavam medicações inapropriadas, 54 pessoas, (77,1%). Foi encontrada uma diferença estatística significativa ($p \leq 0,05$) entre grupos dos aderentes e dos não aderentes na variável administração do fármaco, sozinho ou com auxílio.

A Tabela 14 mostra a média do desvio padrão para as variáveis quantitativas quanto ao estado mental pelo MEEM e quantidade de medicamentos e doses utilizados diariamente, segundo a adesão ao tratamento medicamentoso.

Tabela 14 – Desvio padrão da amostra entre o grupo de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variável | Média ± desvio padrão | | p* |
|------------------------------------|-----------------------|--------------|------|
| | Não Aderente | Aderentes | |
| Mini Exame do Estado Mental | 24,20 ± 3,80 | 23,54 ± 4,19 | 0,23 |
| Quantidade de medicamentos | 5,54 ± 2,60 | 5,28 ± 2,38 | 0,44 |
| Doses diárias | 7,72 ± 4,23 | 7,05 ± 3,51 | 0,19 |

A análise mostra que não houve diferença estatística entre as médias dos grupos de idosos que aderem e que não aderem ao tratamento farmacológico, quanto ao MEEM, quantidade de medicamentos e de dose ingeridos diariamente.

Da análise bivariada, as proporções das variáveis dependentes, entre os grupos de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamento, que apresentaram p valor $\leq 0,20$, foram analisadas em um modelo final de regressão logística múltipla no modelo Regressão de Poisson, por blocos e ajustadas entre si, e os resultados foram revelados na Tabela 15.

Do bloco 1, inclui-se no modelo as variáveis sociodemográficas, escolaridade, situação conjugal, aposentadoria e situação empregatícia da atividade profissional anterior. Do bloco 2, as variáveis referentes à condição de saúde e estilo de vida, declínio cognitivo, autoavaliação de saúde, quedas, atividade física e alimentação. Do bloco 3, a variável referente ao uso dos medicamentos, auxílio na administração do medicamento.

Tabela 15 – Análise do modelo de regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis/categorias | % | RP (IC95%) | bruta p* | RP (IC95%) | ajustada p* |
|---|------|------------------|-------------|------------------|----------------|
| BLOCO 1: Variáveis sócio-demográficas | | | | | |
| Escolaridade | | | | | |
| Alfabetizado | 28,4 | 1 | | 1 | |
| Não alfabetizado | 71,6 | 0,94 (0,85-1,03) | 0,20 | 1,03 (0,93-1,13) | 0,55 |
| Situação conjugal | | | | | |
| Com companheiro | 51,3 | 1 | | 1 | |
| Sem companheiro | 48,7 | 0,93 (0,85-1,01) | 0,09 | 0,92 (0,85-1,00) | 0,052 |
| Aposentadoria | | | | | |
| Sim | 61,1 | 1 | | 1 | |
| Não | 38,9 | 0,93 (0,85-1,01) | 0,10 | 1,00 (0,92-1,10) | 0,84 |
| Situação empregatícia da atividade profissional anterior | | | | | |
| Com vínculo | 51,1 | 1 | | 1 | |
| Sem vínculo | 48,9 | 1,12 (1,03-1,22) | 0,005 | 1,12 (1,02-1,23) | * 0,01 |

Tabela 15 – Análise do modelo de regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012. (Continuação)

| Variáveis/categorias | % | RP bruta (IC95%) | P* | RP ajustada (IC95%) | p* |
|--|------|---------------------|-------|------------------------|---------|
| BLOCO2: Variáveis referentes à condição de saúde e estilo de vida | | | | | |
| Declínio Cognitivo | | | | | |
| Ausente | 74,1 | 1 | | 1 | |
| Presente | 25,9 | 1,08 (0,98-1,19) | 0,08 | 1,13 (1,03-1,21) | 0,010 |
| Autoavaliação de saúde | | | | | |
| Boa | 52,7 | 1 | | 1 | |
| Ruim | 47,3 | 1,09 (1,00-1,18) | 0,043 | 1,07 (0,99-1,16) | 0,07 |
| Quedas | | | | | |
| Não | 70,2 | 1 | | 1 | |
| Sim | 29,8 | 1,06 (0,96-1,16) | 0,20 | 1,04 (0,95-1,14) | 0,30 |
| Atividade física | | | | | |
| Ativo | 37 | 1 | | 1 | |
| Sedentário | 63 | 1,10 (1,01-1,20) | 0,01 | 1,07 (0,98-1,17) | 0,086 |
| Alimentação | | | | | |
| Boa | 53,6 | 1 | | 1 | |
| Ruim | 46,4 | 1,14 (1,05-1,24) | 0,001 | 1,12 (1,03-1,21) | * 0,005 |
| BLOCO 3: Variáveis referentes ao uso de medicamentos | | | | | |
| Auxílio na administração do medicamento | | | | | |
| Sem auxílio | 17,1 | 1 | | 1 | |
| Com auxílio | 82,9 | 1,08 (0,97-1,21) | 0,15 | 1,01 (0,98-1,24) | 0,087 |

* Diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se $p \leq 0,05$

No modelo final de regressão de Poisson ajustado para as variáveis entre si, permaneceram associadas a não adesão medicamentosa na população estudada as variáveis: situação empregatícia da atividade profissional anterior com vínculo ($p = 0,01$), do bloco1 , presença de declínio cognitivo ($p=0,01$) e alimentação ruim ($p = 0,005$), do bloco 2. Entre as

variáveis do bloco 3, não houve significância estatística de diferença entre os grupo, após análise ajustada.

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo mostrou o predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 60 a 69 anos, semelhante aos estudos de Block, Melo e Nogueira (2008) e de Bastos-Barbosa *et al* (2012).

As mulheres utilizaram mais medicamentos em comparação aos homens e foram mais não aderentes, como ocorrido em outras investigações epidemiológicas, por exemplo, Ribeiro (2008), Flores e Mengue (2005), Loyola-Filho *et al* (2005), além de Loyola-Filho, Uchoa e Lima-Costa (2006). O número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens; em 2003, essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente. Segundo informações da Pesquisa Nacional de Domicílios (IBGE, 2009), as mulheres também estão à frente nas consultas médicas, à proporção de 83,4%, com relação aos homens, 71,2%. Tal resultado está relacionado ao aumento da prevalência e da incidência de doenças crônicas no sexo feminino, e na maior participação da mulher no cuidado da saúde. Nesta pesquisa não houve associação estatística entre gênero e idade com a não adesão medicamentosa.

A média de consumo de medicamentos observada foi de 5,4 fármacos por idoso, uma condição de polifarmácia que prevaleceu em 58,6% da amostra. Média maior que a encontrada por Galato; Silva e Tiburcio (2010) 3,5 medicamentos; Flores e Mengue (2005) três a cinco e Loyola Filho; Uchoa; Lima-Costa (2006) 2,18 medicamentos por idoso.

5.2 PREVALÊNCIA DA NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA

A prevalência de não adesão medicamentosa na população pesquisada foi de 26,6% e os fatores associados foram a presença de vínculo empregatício antes da aposentadoria e a boa alimentação.

Tal prevalência corrobora com Faria (2008) e contrapõe com Rocha *et al.* (2008) que encontraram uma não adesão de 62,6%. Henriques (2006) em uma revisão sistemática da temática evidencia que a proporção de adesão entre os idosos foi de 50%. Carvalho *et al.* (2012) através da aplicação de dois instrumentos diferentes, encontraram uma adesão à farmacoterapia de 22,5% e 30,7%, em hipertensos e diabéticos. Santa-Helena; Nemes e Neto, 2010, numa pesquisa de adesão medicamentosa em hipertensos encontraram uma prevalência de 53,1% de não adesão. Estudos em outros países encontraram índices de adesão à

medicação em hipertensos de 65% no Japão, 32,3% na Gâmbia a 7% na Eslováquia (BARBOSA E LIMA, 2006).

As diferenças entre as prevalências podem ser atribuídas aos delineamentos dos estudos e às metodologias adotadas de aferição da não adesão. Mesmo com tais divergências de prevalência da não adesão medicamentosa que ocorrem pelos diferentes instrumentos e métodos empregados na aferição desta variável, os índices de adesão da população investigada (73,3%) estão 33,5% abaixo do recomendado de 80% (OMS, 2003a); e a magnitude dos efeitos da não adesão pode ser visto pela alta incidência de morte doenças cerebrovasculares do Brasil e no Mundo (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

A não adesão medicamentosa é mais frequente no nível de atenção primário do que entre pacientes de serviços especializados (MARIN, 2008). Bloch, Mello e Nogueira (2008) em um estudo de um programa específico de hipertensos resistentes encontrou um prevalência de não adesão de 49% por instrumento de medida indireto, 48% na avaliação do médico e 19,5% na avaliação do paciente. Cintra et al (2010) em pesquisa sobre adesão em idosos em tratamento ambulatorial, detectaram 88,5% de adesão ao tratamento medicamentoso. Na atenção básica primária, os idosos com maior risco, como os não aderentes ao tratamento, que podem desenvolver acometimentos do estado de saúde, são identificados e encaminhados ao tratamento ambulatorial especializado para um melhor seguimento deste paciente.

As doenças do aparelho circulatório estão como principal causa de internações pelo SUS. Neste estudo a hipertensão foi a principal doença relatada pelos idosos, do mesmo modo que o encontrado por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003). Ao realizar estudos com portadores de doenças crônicas deve-se envolver a não adesão ao medicamento por muitos motivos, entre eles, a dificuldade destes indivíduos em manter a continuidade da ingestão dos fármacos, devido à polifarmácia e aos efeitos adversos destes (DIMATTEO *et al*, 2002). Assim pesquisas de avaliação da adesão ao tratamento em pacientes crônicos que não envolvem uso de medicações apresentam maior adesão.

5.3 NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E FATORES ASSOCIADOS

As características desta amostra associadas à não adesão medicamentosa mostraram, na análise bruta, a existência de associações entre a não adesão ao tratamento farmacológico e vínculo empregatício da atividade profissional anterior, autoavaliação de saúde, atividade física e alimentação. Entretanto, a análise ajustada, na regressão múltipla de Poisson, com

ajuste robusto, para os fatores entre si ($p \leq 0,2$: escolaridade, situação conjugal, aposentadoria, vínculo da situação empregatícia da atividade profissional anterior, declínio cognitivo, autoavaliação de saúde, quedas, atividade física, alimentação e auxílio na administração do medicamento), mantiveram-se no modelo final as variáveis alimentação e vínculo empregatício da atividade profissional anterior. O declínio cognitivo passou a ter significância no modelo ajustado. A atividade física e a autoavaliação de saúde perderam significância quando ajustadas ao modelo final de regressão.

O modelo teórico tratado no referencial explicou muito pouco a associação da adesão medicamentosa neste estudo. Tal fato é devido a homogeneidade da amostra, que realiza atendimento no HSCMV. As entidades de saúde filantrópicas no Brasil caracterizam-se como importantes prestadoras de serviços ao SUS, assim como à saúde suplementar, são mais conhecidos, devido a melhor formulação de políticas governamentais, para a sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas pública e privada (LIMA *et al*, 2004).

No ambulatório do HSCMV, o atendimento do paciente nos programas de cardiologia e endocrinologia ocorre com a consulta médica e de enfermagem e acompanhamento de assistente social quando solicitado. O ambulatório disponibiliza medicações quando o paciente não consegue adquirir na rede pública ou por recursos próprios, fator que, ao que parece, ajuda a reduzir o impacto da não adesão. Destaca-se também que esta instituição, por se tratar de um hospital escola apresenta referência nas consultas médicas e orientações adequadas ao paciente no uso dos medicamentos pelo alunos que o consultam juntamente com o professor.

Salienta-se que as características dos indivíduos interagem entre si, desta forma fatores sócio-demográficos, condições de saúde, hábitos de estilo de vida, entre outros, se relacionam e interferem na adesão medicamentosa, como já exposto. O idoso ainda apresenta diversas alterações da idade que modificam seus aspectos físicos e cognitivos, e os fatores sociodemográficos, e suas alterações, correspondem a avaliação ao cuidado com a saúde, como a adesão ao tratamento medicamentoso.

A baixa escolaridade dos idosos é considerada um grave fator de risco diante da necessidade de entendimento da complexidade dos esquemas dos múltiplos fármacos usados pelos idosos (MARIN *et al* 2008). Yiannakopoulou (2005) encontrou a baixa escolaridade associada à não adesão medicamentosa, o que não foi evidenciado por Santa-Helena, Nemes e Neto (2010) e no ajuste final neste estudo ($p=0,55$ IC95%: 0,93-1,13). A escolaridade dos idosos influencia em suas questões socioeconômicas, de saúde e estilo de vida. Ribeiro *et al*

(2006) encontrou associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS dos usuários de baixa escolaridade e renda.

Não encontrou-se associação da necessidade de auxílio na administração dos medicamentos ($p=0,087$ IC%: 0,98-1,24) e situação conjugal ($p=0,052$ IC95%: 0,85-1,00) com a não adesão aos fármacos, entretanto, administração de medicamentos é complexa e demanda aspectos cognitivos e físicos do idoso (BECKMAN, PERKER e THORSLUND, 2005). Diante da complexidade do tratamento medicamentoso, o auxílio na administração dos medicamentos é um dos cuidados domiciliares necessários ao idoso, visto suas possíveis incapacidades físicas e cognitivas, que atrapalham ou mesmo impedem o uso adequado dos fármacos, bem como sua correta adesão. Idosos que possuem companheiro apresentaram probabilidade maior de necessidade de cuidado domiciliar do que aqueles que viviam sem companheiro. (DEL DUCA, THUMÉ e HALLAL, 2011). Aproximadamente 75% dos cuidados domiciliares são realizados pela família (THUMÉ *et al*, 2010) e o conjugue é o maior cuidador (DEL DUCA, THUMÉ e HALLAL, 2011).

O gasto com medicamentos é muitas vezes inviável para os idosos, visto que sobrevivem com uma renda baixa, da aposentadoria, e precisam suprir outras necessidades pessoais, e até mesmo familiares, acarreta não adesão ao tratamento. A falta de recursos financeiros é um empecilho para aquisição de medicamentos. O gasto médio dos idosos com medicamentos é em torno de 23% do salário mínimo (LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003). Luz, Loyola-Filho e Lima-Costa (2009) identificaram a subutilização de medicamentos maior em idosos com renda mensal menor e referem que, no Brasil, são necessários estudos neste tema. A aposentadoria não apresentou significância ($p=0,84$ IC95%: 0,92-1,10) e a ausência de vínculo empregatício após o ajuste, manteve a significância estatística ($p=0,01$ IC95%: 1,12-1,23). Há que ressaltar, entretanto, que a maior parte dos idosos deste estudo (69,8%) apresentou renda de até 1 salário mínimo. Nesses outros estudos a população vivia com renda superior a essa. Tendo em vista que o rendimento *per capita* é um indicador de acesso a bens essenciais de consumo, principalmente na ausência de políticas sociais de garantia de habitação, transporte e saúde adequados e de qualidade (IBGE, 2009), parece que a diferença de renda pode explicar essa diferença.

A auto avaliação de saúde interfere em como o indivíduo se vê e assim cuida da sua saúde, como o uso correto do medicamento, aderindo ao tratamento proposto, é um cuidado essencial à saúde. Esta é um indicador das condições da saúde e tem sido utilizada em inquéritos populacionais como marcador de desigualdades entre subgrupos, com bom poder preditivo para morbimortalidade, e permite comparações internacionais, devido sua fácil

aplicação e à alta confiabilidade e validade, em relação a outras medidas mais complexas (LIMA-COSTA, PEIXOTO, MATOS, FIRMO e UCHOA, 2007; HÖFELMANN e BLANK, 2007; THEME FILHA, SZWARCOWALD e SOUZA-JUNIOR, 2008).

Segundo Veras (2003) a percepção de é fator de risco de adoecimento em idosos. A auto avaliação de saúde verificada neste estudo como boa e ruim, prevaleceu como ruim (52,8%). Prevalência maior do que de pesquisas realizadas por Lima-Costa; Firmo; Uchoa, (2004), 26,1%, em Bambuí, Minas Gerais; e Borim; Barros; Neri, (2012), 10,9%, em Campinas, São Paulo.

Em idosos, a incapacidade funcional e cognitiva, as internações e a mortalidade são preditores de uma autoavaliação de saúde negativa (SANTOS, CHOR, WERNECK e COUTINHO, 2007); influenciada por aspectos demográficos, socioeconômicos e estado de saúde física. A presença de doenças crônicas associadas ao gênero, seguida da capacidade funcional apresenta forte relação com a autopercepção ruim de saúde nos idosos (FREITAS *et al*, 2010; LIMA-COSTA *et al*, 2007, PERES *et al*, 2010). Nesta pesquisa, o declínio cognitivo ($p=0,010$ IC95%: 1,03-1,21) apresentou significância com a não adesão na análise ajustada e a auto avaliação “ruim” de saúde ($p=0,07$ IC95%: 0,99-1,16), que na análise bruta estava associada, após o ajuste, a associação diminuiu muito e se tornou não significativa.

O uso de múltiplos medicamentos por idosos torna-se complexo e exige mais atenção, memória e organização para obtenção de adesão medicamentosa (FLORES e MENGUES, 2005). O estado mental alterado destes indivíduos contribui para dificuldades de entendimento e recordação das necessidades do correto tratamento medicamentoso.

As quedas, agravo de saúde comum em idosos, tem associação com a idade avançada, o declínio cognitivo e a incapacidade funcional (CRUZ *et al*, 2012). Siqueira, *et al* (2007) encontraram associação de quedas em idosos, além da idade avançada, o sedentarismo, a auto percepção ruim do estado de saúde e o maior número de medicamentos para uso contínuo. No entanto os dados do presente estudo, este agravo analisado a não adesão medicamentosa no modelo ajustado, confirmou sua não associação nesta população ($p=0,30$ IC95%: 0,95-1,14).

Na amostra estudada, o desfecho não adesão medicamentosa foi associado a inatividade física, sedentarismo e a alimentação ruim. Entretanto após a análise ajustada apenas a alimentação ruim permaneceu associada ($p=0,005$ IC95%: 1,03-1-21). A adoção de hábitos saudáveis de estilo de vida, como a alimentação e atividade física, promovem melhores condições de saúde e os indivíduos apresentam mais auto cuidado. A própria adesão ao estilo de vida saudável faz parte da aderência ao tratamento. Hábitos ideais de alimentação em população adulta podem ser baixos e apresentar consistência com a alta

prevalência de obesidade. A maior adesão à maioria dos hábitos saudáveis de alimentação aumenta com a progressão da idade. (VINHOLES, 2009). O acelerado crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis associadas à inatividade física tem sido registrado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção tais doenças e morte súbita (VINHOLES, 2009; KIETILAINEN, 2008).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de tratamento, mas também na prevenção da doença. Dentre eles destacam-se controle de peso corporal, estilo alimentar, redução do consumo de sal, abstinência de fumo, moderação na ingestão de bebida alcoólica e atividade física. Deste modo, o comportamento do estilo de vida de um indivíduo é capaz de proteger, manter, promover ou debilitar sua própria vida e está intimamente relacionado a fatores socioeconômicos, educacionais e culturais. Dieta e exercícios físicos, tabagismo e alcoolismo influenciam o estado de saúde. Em idosos hábitos não saudáveis de vida podem ser influenciados pela incapacidade funcional e pelo comprometimento cognitivo que afetam consideravelmente o cuidado com a saúde e a manutenção do tratamento terapêutico, assim como o tratamento medicamentoso (ALEXANDRE, CORDEIRO e RAMOS, 2009).

Além disso, o declínio cognitivo pode estar associado ao menor nível de atividade física e de participação em atividades recreativas, autopercepção negativa da saúde, eventos cerebrovasculares. (FREITAS *et al*, 2010). A atividade física é um importante marcador de independência, autonomia e melhor saúde e qualidade de vida do idoso, pois se sabe que a prática de atividade física regular desempenha papel primordial na prevenção de obesidade, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, déficit cognitivo e mortalidade prematura (CHODZKO-ZAJKO *et al*, 2009).

5.4 LIMITAÇÕES

No estudo da não adesão medicamentosa deve-se considerar os vieses de seleção, que podem estar relacionados à população estudada; de informação e memória, quanto à veracidade da resposta; além do viés de confusão quanto às diversas variáveis que podem interferir no uso de medicamentos. Entretanto, justificam-se os esforços em identificar os fatores que podem interferir na não adesão medicamentosa para que haja promoção da saúde

voltada a esta questão, evitando complicações e agravos nas condições de saúde desta população, conforme inúmeros exemplos dados acima.

Este estudo apresenta como possíveis limitações:

- a seleção da amostra, homogênea, pois os pacientes atendidos em um ambulatório de referencia podem possuir uma conduta terapêutica diferenciada, e necessidades e características semelhantes, dos pacientes que não procuram um utilizam este serviço;
- os diferentes métodos de medida de não adesão medicamentosa;
- o uso de questionários auto referidos para avaliar;
- a existência de inúmeros e diferentes questionários;
- as inúmeras variáveis que envolvem a análise da não adesão medicamentosa pela complexidade do tema.

Estas limitações subestimam a prevalência da não adesão medicamentosa, então os índices propriamente ditos, podem ser são maiores do que os encontrados.

Considerar-se ainda que pesquisas transversais apresentam limitações quanto a identificação temporal dos fatos estudados, entretanto a presente investigação revelou a não adesão medicamentosa destes idosos num determinado momento desta população e, dessa forma gerou hipóteses a serem testadas por estudos longitudinais.

6 CONCLUSÃO

A população de idosos pesquisa quanto as condições sócio-demográficas, tratava-se em sua maioria de indivíduos do sexo feminino, na faixa etária entre 60 a 69 anos, não brancos, alfabetizados, possuíam companheiro, residiam acompanhados, possuíam religião, eram aposentados, recebiam 01 salário mínimo e trabalharam com vínculo empregatício antes da aposentadoria. Quanto as condições de saúde a maior parte dos sujeitos não possuía declínio cognitivo, eram independentes nas AVD, auto avaliação a saúde como ruim, possuíam 03 ou mais doenças, não fumantes e alcoolistas, sedentários e tinham uma alimentação ruim. Quanto ao uso dos medicamentos a polifarmácia e a auto administração ocorreram na maioria dos idosos estudados.

A prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso pelo MAT de 26,7% se mostrou semelhante ao observado em outros estudos nacionais e internacionais. Apesar de existir política medicamentosa específica para o idoso no SUS, a qualidade da atenção à saúde dessa população ainda é insatisfatória, pois o índice de adesão é insuficiente.

Apesar da discrepância dos valores de não adesão nos diversos métodos de medida existentes, os resultados deste estudo se mostraram consistentes com as referências examinadas, pois reafirmam a elevada prevalência do não seguimento ao tratamento medicamentoso proposto e os múltiplos fatores que estão relacionados à temática e que acarretam complicações ao indivíduo.

O estudo dos fatores associados da não adesão farmacológica, articulado e ordenado por blocos, permitiu conhecer que fatores sociodemográficos, condições de saúde e de estilo de vida associam-se com a não adesão medicamentosa neste grupo de idosos.

As variáveis relativas ao declínio cognitivo, à alimentação e ao vínculo empregatício profissional anterior remetem à importância de se avaliar as condições de saúde, o nível socioeconômico e o comportamento saudável de vida desta população para promover a adesão aos fármacos.

É importante desenvolver estudos avaliativos de medida de não adesão aos medicamentos em idosos, pois melhorá-la e monitorá-la permanece um desafio para os profissionais, gestores e instituições de saúde de saúde que atendem este público.

Acredita-se que os resultados obtidos, ao identificarem fatores associados à não adesão medicamentosa em idosos, podem contribuir para a identificação das características da população que estão associadas e, dessa forma, os profissionais, gestores e instituições podem elaborar estratégias para melhorar a adesão.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Factors associated to quality of life in active elderly. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 613-21, Ago. 2009.

ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**. São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-12, Jun. 1998.

ARRAIS, P.S. D., et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1737-46, Jan. 2005.

AVILA-FUNES, J. A.; GARANT, M. P.; AGUILAR-NAVARRO, S. Relationship between determining factors for depressive symptoms and for dietary habits in older adults in Mexico. **Rev Panam Salud Pública**. Washington, v. 19, n. 5, p. 321-30, May. 2006.

AZAMBUJA, M. I. R. et al . Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v.91, n. 3, p. 230-9, Set. 2008.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Indices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-116, Abr-Jun. 2006.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al . Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 99, n. 1, Jul. 2012.

BECKMAN, A.G. K.; PERKER, M. G.; THORSLUND, M. Can elderly people take their medicine? **Pat Educ Coun**, Stockolm, n. 59, v. 2, p. 186-191, Nov. 2005.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-89, Apr. 2012.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-7, Abr. 2008.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-38, Abr. 2004.

BERTOLUCCI P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 1, p.1-7, Jan. 1994.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-84, Dez. 2008.

BRAAM, R. L. et al. Bromide as a marker to measure adherence to drug therapy. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 62, n.13, p. 285–290, Apr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10 passos para a alimentação saudável**. http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf, 2004. Acessado em Março de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saude, 2007.

_____. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Estatuto do idoso

CALHOUN, D. A.; et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure , Research. **Hypertension**, United States, v. 51, n.6, p. 1403-19, Jun. 2008.

CARVALHO, A. L. M. et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-92, Jul 2012.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MYYASAKI L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. Supl. 3, p. 3507-15, Nov. 2010.

COELHO-FILHO, K. M.; MARCOPOLITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos de uma área urbana do nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-64, Ago, 2004.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-8. Dez. 2008.

CRUZ, D. T.; et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012.

DEL DUCA, G. F., THUMÉ, E., HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saude Publica**; 45(1): 113-20, 2011.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saude e Doenças**, Portugal, v. 2, n. 2, p. 81-100, Mar. 2001.

DIMATTEO, MR. Variations in patients adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**. v.42, n. 3, p. 200-9. Mar. 2004.

DIMATTEO, M. R.; et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Med Care**. v. 40, n. 9, p. 794-811, Set. 2002.

EVANS, B. C.; CROGAN N. L. Building a scientific base for nutrition care of Hispanic nursing home residents. **Geriatr Nurs**, New York, v. 27, n.6, p. 273-9, Nov. 2006.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à adesão terapêutica medicamentosa**. 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FLORES, L. M.; MENGUE S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, Nov. 2005.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res**; v. 12, n. 3, p. 189-98, Nov. 1975.

FREITAS, D. H. M.; et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev psiquiatr clin**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 32-5, Jan. 2010.

GARBER M. C.; et al. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. **Med Care**, v. 42, n. 7, p. 649-52, Aug. 2004.

GOMES, R. R. F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 495-506, Mar. 2009.

GROU-VOLPE, C. R. G. **Análise das condições de uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário**. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hiperten**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, Jan 2006.

HAN, C.; et al. An adaptation of the Korean mini-mental state examination (K-MMSE) in elderly Koreans: demographic influence and population-based norms (the AGE study). **Arch Gerontol Geriatr**, v. 47, p. 302-10, 2007.

HAYNES R. B. et al. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. **Compliance in Health Care**. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, p. 49-62, 1979.

_____. Interventions for enhancing medication adherence (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, n. 2, 2009.

HENRIQUES, M. A. P. **Adesão ao regime terapêutico em idosos**. 51f, Teses (doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2006.

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. 3, p. 224-9, 2004.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-87, 2007.

_____. **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: 2009. (Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e sócioeconômica, 25).

_____. **Censo demográfico 2010: características da população**. <http://www.ibge.gov.br/>. Acessado em abril de 2011.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev. 2007.

JEKEL, J. F.; ELMORE J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina preventiva**. Artmed, 1999.

KARSCH, Ú. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-66, Jun. 2003.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv**, v. 6, p. 493-508, 1976.

KATZ, S.; FORD, A.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 12, p. 914-19, 1963.

KIETILAINEN, K. H.; et al. Physical inactivity and obesity: A vicious circle. **Obesity**, v. 16, n. 2, p. 409-14, Feb. 2008.

KIRKING, D. M. et al. Patient-reported underuse of prescription medications: a comparison of nine surveys. **Med Care Res Ver**, v. 63, p. 427-46, 2006.

LAZAROU, J., POMERANZ B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies. **JAMA**. Chicago, v.15, n. 279, p. 1200-1205, 1998.

LEITE, S. N., VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, p. 39-46, 2006.

LIMA, S. M. L.; et al . Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-61, Out. 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dez. 2006.

LIMA-COSTA, M. F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1893-902, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 735-743, 2003.

LINJAKUMPU, T.; et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v.55, n.8, p. 809-817, 2002.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 103-12, 2008.

LOYOLA-FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre consumo de medicamentos entre idosos: projeto bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553. 2005.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006.

LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.40, n.4, p. 712-719, 2006.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1578-1586, Jul. 2009.

MANNESSE, C. K.; DERKX, F. H. M. ; RIDDER, M. A. J. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. **Age Aging**, London, v. 29, p. 35-39, 2000.

MARIN, M. J. S. et al . Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Jul. 2008.

MILCHAK J. L. et al. Development of explicit criteria to measure adherence to hypertension guidelines. **J Hum Hypertens**. v. 20, p. 426–433, 2006.

MILLER, T. R.; WOLINSKY, F. D. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. **J Gerontol: Social Sciences**. v. 62B, n. 1, p. 22-7, 2007.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140, ago, 2005.

MORISKY, D. E. et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, p. 348–354, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, M. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Physical activity and older people**. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. Toward the solution. In: **Adherence to longterm therapies: evidence for action**. Switzerland, p.27-38, 2003a.

_____. **Global Strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization, 2003b.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool.** Geneva: World Health Organization, 2006.

_____. **Global age-friendly cities: a guide.** Geneva, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OPAS; 2005.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to Medication. **N Engl J Med**, Waltham, v. 353, n. 5, p. 487-97, Aug. 2005.

OWNBY, R.L.; HERTZOG, C.; CROCCO, E.; DUARA, R. Factores related to medication adherence in memory disorder clinic patients. **Agging Ment. Health, Abingdon**, v.10, n.4, p.378-385, 2006.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280. Fev, 2008.

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.M.; FRANCO R.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** Segunda edição. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 2, pág. 19-34.

PERES, M. A. et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Out. 2010.

PETERSEN, M. R.; DEDDENS, J. A. A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. **BMC Medical Research Methodology**, v. 8, n. 9, p. 1-9, Fev. 2008.

PRADO, J. C.; KUPEK, E.; MION, D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Hum Hypertens**, v. 21, p. 579-84, 2007.

RAMALHINHO, I. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva.** Contributo para o seu estudo. Manuscrito não publicado. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 1994.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Publica**. São Paulo, v. 42, n. 5, p.724-32, 2008.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al . Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006 .

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Cienc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. Sup1, p. 703-710, 2008.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs & Aging**, Mairangi Bay, v. 20, n.11, p. 817-832, 2003.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-98, Dez. 2010.

SANTOS, S. M.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; COUTINHO, E. S. F. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-54, Nov. 2007.

SIQUEIRA, F. V.; et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.

SHEA, S. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American Journal of Public Health**, Washington v. 12, p. 1607-12, 1992.

SIMONSON, W.; FEINBERG, J. L. Medication-related problems in the elderly: Defining the Issues and Identifying Solutions. **Drugs Aging**, Auckland, v. 22, n. 7, p. 559-569, 2005.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Departamento de Informática do SUS**. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em: Julho de 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2** [Internet]. 2002 [citado 2011 dez 12]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf Acessado em: Dezembro de 2012.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Rev Saude Pub**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 73-81, 2008.

THUMÉ, E. et al, Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado, **Rev Saúde Púb**, São Paulo, v.44, n. 6, p.1102-11, 2010.

_____. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 21, n. Suppl. 1, p. 43-53, 2005.

UNGARI, A. Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde de família no município de Ribeirão Preto, SP.** Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2007

VALLE, Estevão Alves et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, n. 3, 2009.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol,** Cary, v. 25, n.1, p. 224-7, Jan. 1997.

VIK, S. A.; et al Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. **Drugs Aging,** v. 23, p. 345-56, 2006.

VINHOLES, D. B.; ASSUNCAO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Abr. 2009.

VLAHOV, D., CELENTANO, D. D. Acesso de usuários de drogas injetáveis ao tratamento anti-retroviral altamente potente: aderência, resistência e mortalidade. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. , p. 705-18, 2006.

VON HEIDEKEN, W. P; *et al.* Health status in the oldest old: age and sex differences in the Umea 85+ Study. **Aging Clin Exp Res,** v. 18, p. 116-26, 2006.

WILSON, I. B. et al. Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. **J Gen. Internr. Med.,** Philadelphia, v. 22, n.1, p. 6-12, 2007

WYLES, H.; REHMAN, H. U. Inappropriate polypharmacy in the elderly. **Eur. J. Intern. Med.** Amsterdam, v. 16, p. 331-313, 2005.

YIANNAKOPOULOU, E. C. et al. Adherence to antyhypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil,** v. 12, p 243-9, 2005.

ZOUL, G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. **Am J Epidemiol,** Baltimore, v. 159, n.7, p. 702-6, Abr. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Título da pesquisa: ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA EM IDOSOS DE UM AMBULATÓRIO FILANTRÓPICO DO ESPIRITO SANTO**

Eu _____, documento _____, residente em _____

_____, após ter sido devidamente orientado sobre o projeto Adesão Medicamentosa no Idoso que tem por objetivo analisar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as condições de saúde e estilo de vida em idosos do ambulatório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, concordo em participar do mesmo.

Sei que este estudo ajudará os profissionais de saúde a criar e aprimorar formas de melhorar a adesão aos medicamentos que os idosos necessitam utilizar diariamente, fui informado que não terei custos de qualquer natureza, que poderei a qualquer tempo deixar de participar sem qualquer tipo de prejuízo, que será mantida minha privacidade, que minha participação é voluntária e não envolve risco, que aceitar ou não participar da pesquisa, não irá interferir no meu atendimento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Assino, dou fé e recebo uma cópia deste documento.

Vitória, ____ de _____ de 20__

Assinatura do participante / responsável

Daiane Campos Juvêncio de Arruda

(27) 9090 99124931

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

(Usar (88): Não Sabe Informar; (99): Não Respondeu)

Número do Questionário: Data: ___/___/___

Entrevistador: (1) DCJ (2) JMF (3) JNO _____

Nome participante: _____ Tel.: _____

Mini Exame Mental (Anexo A): Resultado: _____

Origem: (1) Vitória (2) Vila Velha (3) Cariacica
(4) Serra (5) Viana (6) Guarapari (7) Outros

Respondente: (1) participante (2) acompanhante _____ (3) ambos

Tempo de acompanhamento no ambulatório do HSCMV: (1) menos que 01 ano (2) 01 a 02 anos (3) 02 a 04 anos
(4) mais que 04 anos

Ambulatório **que mais utiliza** na SC: (1) geriatria (2) clínica médica (3) ortopedia (4) pneumologia (5) cirurgia
(6) dermatologia (7) nefrologia (8) neurologia (9) cardiologia (10) endocrinologia (11) outro _____

Seção A: Identificação

1) Data de Nascimento: ___/___/___

2) Idade: ___ anos – Faixa etária: (1) 60 a 69 (2) 70 a 79 (3) 80 ou mais

3) Sexo: (1) feminino (2) masculino

4) Raça/cor auto referida: (1) branca (2) preta (3) parda (4) indígena/amarela

5) Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) separado (5) viúvo (6) união estável

6) Filhos: (0) nenhum (1) 1 (2) 2 a 4 (3) 5 a 7 (4) mais que 7

Seção B: Perfil sócio econômico

7) Escolaridade: (0) 0 ano (1) analfabeto (2) 1 a 4 anos – fundamental (3) 5 a 8 anos - médio (4) 9 a 11 anos – superior (5) 12 ou mais anos

8) Com quem reside: (0) sozinho (1) familiar (2) cônjuge (3) instituição de longa permanência (4) cuidador (5) outro

9) Aposentadoria: (0) não (1) sim

10) Atividade profissional anterior: (0) nunca trabalhou (1) com vínculo empregatício (2) sem vínculo empregatício (3) autônomo (4) emprego público (5) outro

11) Ocupação atual: (1) aposentado (2) desempregado (3) trabalha com vínculo empregatício (4) trabalha sem vínculo empregatício (5) autônomo (6) pensionista (7) outros

12) Renda atual pessoal (salário mínimo): (0) menos que 01 (1) 01 (2) 02 (3) 02 a 03 (4) 4 a 6 (5) mais que 06 (6) sem renda

13) Dependentes da renda (pessoas): (0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 a 4 (4) mais que 5

14) Moradia: (1) própria quitada (2) própria pagando (3) alugada (4) emprestada (5) instituição de longa permanência (6) outro _____

15) Religião: (0) sem religião (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Afro-brasileira (5) Ateu (6) mais que 01 (7) outra _____

Seção C: Condições de Saúde e Fatores de Estilo de Vida

16) **Auto avaliação** do estado atual de saúde: (1) Muito boa (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim (5) Muito Ruim

17) Doenças **auto referidas**: (0) nenhuma (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (2) Diabetes mellitus (3) Alzheimer (4) Demência (5) Hipercolesterolemia (6) Infarto miocárdio (7) Acidente Vascular Encefálico (8) Neoplasia (9) Parkinson (10) Asma (11) DPOC (12) Insuficiência cardíaca (13) Arritmias (14) Angina (15) Obesidade (16) Doença Renal (17) Doença osteomuscular (18) Doença geniturinária (19) depressão (20) _____

18) Quantidade de doenças auto referidas: (0) 0 (1) 01 (2) 02 (3) 03 (4) 04 a 05 (5) + 05

19) Fumo: (0) nunca (1) fumante atual (2) ex-fumante

20) Ingestão alcoólica: (0) nunca (1) sim atualmente (2) não atualmente

21) Dificuldade de deambular **atualmente**: (0) não (1) sim

22) Atividade física: (0) não (1) sim

23) Horas/semana de atividade física: (0) 0 (1) até 01h (2) 01 a 03h (3) 03 a 05h (4) mais que 05h

24) Lazer: (0) Não (1) Freqüentar igreja (2) Passear (3) Visitar amigos, familiares (4) Trabalhos manuais (5) Leitura e escrita (6) Freqüentar festas e clubes (7) Participar de grupos (8) outros: _____

25) Hábitos alimentares: (0) nenhum (1) Consome frutas, legumes e verduras cinco vezes por dia (2) Come feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana (3) Reduz o consumo de alimentos gordurosos, embutidos, carnes com gordura aparente e frituras, para no máximo uma vez por semana (4) Reduz o consumo de sal (5) Realiza pelo menos três refeições e um lanche por dia (6) Reduz o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana (7) Reduz o consumo de álcool e refrigerantes (8) Come devagar

26) Quantidade de hábitos alimentares: (0) 0 (1) 08 a 06 (2) 05 a 03 (3) 02 a 01 (4) 0

27) Intercorrências de saúde **no último ano**: (0) nenhuma (1) agitação (2) sonolência (3) insônia (4) hipertensão (5) hipotensão (6) hiperglicemia (7) hipoglicemia (8) emagrecimento (9) ganho de peso (10) perda apetite (11) aumento apetite (12) poliúria (13) polaciúria (14) nictúria (15) disúria (16) constipação (17) diarreia (18) sangramento (19) Queda (20) fratura (21) dificuldade de deambular (22) dor (23) dor no peito (24) quietude (25) convulsão (26) _____

28) Quantidade de intercorrências de saúde: (0) 0 (1) 01 (2) 02 a 03 (3) 04 a 06 (4) 07 a 10 (5) + 10

29) Uso dos serviços de saúde **no último ano**: (1) periodicamente (unidade de saúde e ambulatório) (2) situações de urgência (pronto atendimento e PS) (3) intercorrências (acolhimento em unidades de saúde) (4) internação - quantas: _____

30) Recursos de saúde que utiliza: (1) somente SUS (2) SUS e particular

31) Quem **mais freqüentemente** o acompanha ao serviço de saúde: (0) ninguém (1) familiar (2) cônjuge (3) cuidador (4) vizinho (5) outro _____.

32) Escala de Independência em AVDs: Índice de Katz (Anexo B): Resultado: _____

33) **Auto avaliação** do estado atual de saúde: (1) Muito boa (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim (5) Muito Ruim

Seção D: Medicação utilizada

34) Medida de Adesão Terapêutica (Anexo C): Resultado: _____

35) Todas as medicações e doses em uso:

| | Medicação | Dosagem (Mg) | vezes/dia | Prescriçã o médica | * Anatomical Therapeutic Chemical Index | ** Critério de Beers |
|----|-----------|--------------|-----------|-----------------------|---|-------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |

36) Como adquire: (1) recursos próprios (2) unidade de saúde (3) família (4) doação (5) farmácia popular (6) outras instituições do SUS

37) Dificuldade para adquirir: (0) Não (1) financeiro (2) falta na USB (3) encontrar para compra (4) sair de casa para comprar (5) consulta médica para receita

38) Como administra os medicamentos: (1) sempre sozinho (2) sempre com auxílio de familiar (3) sempre com auxílio do cuidador (4) com auxílio aleatório

* ATCI: A – digestivo e metabolismo; B – sangue e órgãos hematopoéticos; C –cardiovascular; D – dermatológico; G-genitourinário e hormônios sexuais; H – hormônios sistêmicos; J – anti-infecciosos; M – musculoesquelético; N – nervoso; P antiparasitários, inseticidas e repelentes; R – respiratório; S – sensorial; V – Vários; *** produtos naturais. ** CB: P – Prescritos; NP – Não prescrito; I – Inadequado.

APÊNDICE C - ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO: ADESÃO MEDICAMENTOSA EM IDOSOS DE UM AMBULATÓRIO FILANTRÓPICO

Autores

Daiane Campos Juvêncio

Elizabeth Regina Araújo de Oliveira

Renato Lírio Morelato

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à não adesão medicamentosa em idosos, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Estudo transversal, descritivo e analítico, por meio de entrevista utilizando-se um roteiro elaborado e dividido por blocos de acordo com as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, estilo de vida e medicamentos em uso. A não adesão ao tratamento farmacológico foi verificada aplicando-se o instrumento de auto relato Medida de Adesão Terapêutica. Foram utilizadas estatísticas descritivas, testes de associação pelo qui-quadrado, razões de prevalência e intervalos de 95% de confiança. Para análise ajustada foi realizada regressão múltipla de Poisson. Dos 263 idosos selecionados para o estudo, 26,7% referiram não aderir ao tratamento medicamentoso. Os achados desta pesquisa apontam o estado mental, um comportamento saudável de vida e melhores condições socioeconômicas podem ser fatores para a adesão medicamentosa em idosos em tratamento ambulatorial.

Descritores: Adesão medicamentosa; Idoso; Tratamento.

ABSTRACT

The incorrect use of medications, underuse, the irrational use or not use the total prescribed medication, are forms of non-adherence to medication. The prevalence ranges from 40 to 60% in the general population and can not be seen as an isolated phenomenon. Should evaluate the individual characteristics, the sociodemographic, health conditions and the use of drugs of the subject. The lifestyle and sociodemographic conditions may be associated with medication nonadherence due regard to the health of the individual. The aim of this study was to estimate the prevalence and factors associated with medication non-adherence in the elderly. Descriptive study, analytical, through interviews using a script prepared, organized and divided into blocks according to sociodemographic variables, health status, lifestyle and medications taken. To verify the non pharmacological treatment we used the instrument Adherence Measure Therapeutics. The sample consisted of 270 individuals aged 60 years or older with cardiovascular disease and who underwent outpatient treatment at the Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitoria. Descriptive statistics, tests of association by chi-square, prevalence ratios and 95% confidence. Multivariate analysis was performed for multiple Poisson regression. Of the 263 respondents selected for the study, 26.6% reported not adhering to drug treatment. The findings of this research indicate that the lack of employment of the occupation earlier, the presence of cognitive decline and poor diet are associated with medication non-adherence in this population. Thus, the mental state, behavior of healthy living and better socioeconomic conditions may be factors in medication adherence in elderly outpatients.

Keywords: Medication adherence; Elderly; Treatment.

INTRODUÇÃO

Os medicamentos representam um dos itens mais relevantes na atenção à saúde em qualquer idade, principalmente nos idosos, que constituem cerca de 50% dos usuários de fármacos, em virtude do aumento da idade e da maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares¹.

Devido ao avanço da transição epidemiológica há um aumento da prevalência e da manutenção das doenças cardiovasculares na população mundial, influenciado pelo perfil demográfico e as características da longevidade da população. Tal fato eleva a procura dos idosos por serviços de saúde diferenciados e os expõe ao uso de múltiplos medicamentos. Conseqüentemente, torna-se necessário o uso adequado dos fármacos prescritos, visto que as doenças crônicas são as principais causas de morbimortalidade e incapacidades em todo o mundo¹.

O uso incorreto de medicamentos, a subutilização, o uso irracional ou não utilização total da medicação prescrita são formas de não adesão ao tratamento medicamentoso. Higgins e Regan² verificaram que a não adesão ao tratamento medicamentoso varia de 40 a 60% na população geral. Este índice é considerado significativamente baixo visto que a não adesão à terapêutica acarreta ou leva o indivíduo a complicações da doença, ao surgimento de novas patologias, a hospitalizações e até mesmo à morte, o que envolve elevados custos financeiros para o sistema de saúde.

Com o alto consumo de medicamentos pela população idosa, os erros e as dificuldades na administração contribuem para a não adesão. Como fatores de risco para não adesão aos fármacos nesta faixa etária estão: a complexidade dos esquemas medicamentosos, a falta de entendimento, o esquecimento por comprometimento cognitivo, a diminuição da acuidade visual e da destreza manual nas atividades³, juntamente com a polifarmácia, os efeitos adversos⁴ a baixa escolaridade e o fato de residir sozinho⁵.

Os fatores de estilo de vida como hábitos alimentares, atividade física, tabagismo e alcoolismo interferem no estado de saúde física e mental do idoso o que pode associar na adesão medicamentosa desta população. Desta forma, a não adesão aos fármacos prescritos não deve ser vista como um fenômeno isolado. Deve-se avaliá-la em um contexto que considere as características individuais, sócio-demográficas e o estilo de vida; as condições de saúde e do tratamento; do processo de cuidado; e da organização do sistema de saúde no qual o sujeito está inserido⁶.

O desenvolvimento de ações preventivas de saúde coletiva é necessário para melhorar a adesão aos medicamentos e assim a saúde dos idosos, no intuito de aprimorar a vida e o tratamento dos agravos de saúde, tendo assim uma população idosa mais saudável, ou seja, com qualidade de vida, autonomia e independência funcional⁷.

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica com a abordagem da adesão à terapêutica medicamentosa em idosos portadores de doenças cardiovasculares que utilizam medicamentos diariamente, no atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde. Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi estimar a prevalência da adesão à terapêutica medicamentosa e analisar seus fatores determinantes em idosos portadores de doenças cardiovasculares.

Para o entendimento do problema estudado, estabeleceu-se o esquema de modelo teórico apresentado na Figura 1.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal e analítico, com idosos em tratamento de doenças cardiovasculares, realizado no ambulatório de especialidades do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), localizado no município de Vitória, Espírito Santo.

Os critérios de inclusão para constituição da amostra foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos, residir no estado do Espírito Santo, receber atendimento no ambulatório do HSCMV, realizar tratamento medicamentoso para doenças cardiovasculares, possuir condições de responder as questões abordadas, ou estar acompanhado de pessoas que pudessem responder ao questionário.

O tamanho amostral foi definido em 270 sujeitos, com base no volume de fluxo de consultas médicas mensais do ambulatório de cardiologia e endocrinologia dos últimos 6 meses, que foi de 600 pacientes por mês; e a prevalência da adesão à terapia medicamentosa em idosos apresenta variação de 30 a 80%, para este estudo, foi considerada de 50%. Utilizou-se a fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / Z^2 \cdot P(1-p) + e^2 \cdot (N-1)$; onde: n = amostra calculada, N = população (600), Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança (1,96), p = verdadeira probabilidade do evento (0,5) e e = erro amostral de 5%⁸. A margem de erro considerada foi de 10%.

A partir da listagem de consultadas agendadas, os pacientes foram contatados por telefone, para levarem no dia da consulta todos os medicamentos em uso, tanto os fármacos prescritos acompanhados da prescrição médica, como os não prescritos. Aos sujeitos não

contatados foram solicitados pessoalmente, no momento da entrevista, os medicamentos utilizados, as caixas e ou a prescrição médica dos mesmos.

Foram critérios de exclusão para não participação na pesquisa: não estar de posse dos medicamentos em uso atual, das embalagens ou a prescrição médica e não estar acompanhado de respondente quando resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁹⁻¹² menor que 22 pontos¹³.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual e em duas etapas, em local reservado ou na sala de espera, realizada pelo pesquisador e por dois entrevistadores treinados e teve duração aproximada de 30 minutos. Ao entrevistado ou responsável solicitou-se a apresentação da receita médica ou as embalagens contendo os medicamentos em uso contínuo atual, há pelo menos 1 mês.

A primeira etapa da entrevista constituiu a avaliação cognitiva do idoso, mediante a aplicação do instrumento MEEM. Os participantes que atingiram no mínimo 22 pontos do MEEM responderam a segunda parte da pesquisa sem auxílio. Aos sujeitos com menor avaliação cognitiva, até 21 pontos, sugestivo de comprometimento cognitivo, solicitou-se a colaboração do acompanhante para responder a segunda etapa do estudo.

A segunda etapa da entrevista ocorreu por meio de um roteiro estruturado em 3 blocos, e abordou dados pessoais, sociodemográficos, condições de saúde, estilo de vida e fármacos utilizados.

Realizou-se o teste piloto do questionário e do instrumento de medida de adesão aos medicamentos, pelo pesquisador e entrevistadores, em uma população equivalente. A coleta dos dados ocorreu de 12 de dezembro de 2011 a 30 de março de 2012, até a obtenção do total da amostra previamente calculada.

VARIÁVEIS

A variável dependente pesquisada como desfecho foi adesão ao tratamento medicamentoso, por meio da aplicação do instrumento MAT (DELGADO e LIMA, 2001). As variáveis independentes foram categorizadas e agrupadas em quatro seções por três blocos, com base no modelo teórico, descrito anteriormente na Figura 1.

BLOCO1: Seção A – Identificação (características pessoais): idade ordenada por faixa etária, gênero, situação conjugal, raça/cor referida. Seção B – Perfil socioeconômico (dados socioeconômicos): escolaridade, arranjo familiar, status ocupacional e profissional, renda individual, religião. BLOCO 2: Seção C - Condições de saúde e fatores estilo de vida (histórico de saúde e hábitos e estilo de vida): autoavaliação do estado atual de saúde^{14,15}, doenças e agravos pregressos autorreferidos, hábitos de vida (fumo, ingestão alcoólica, atividades físicas, lazer e alimentação¹⁶, intercorrências de saúde no último ano, escala de independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), pelo índice de Katz¹⁷. O MEEM foi analisado como variável independente, quanto à condição de saúde. BLOCO3: Seção D – Medicação utilizada: medida da adesão terapêutica, registro de todas medicações e doses em uso e forma de administração dos fármacos.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Todas as variáveis independentes foram descritas por frequências absolutas e relativas, assim como o desfecho. Dividiu-se os participantes do estudo em dois grupos, conforme a classificação do instrumento: indivíduos não aderentes ao tratamento medicamentoso (MAT = 0) e indivíduos aderentes ao tratamento medicamentoso (MAT = 1).

As variáveis contínuas foram descritas pela média e por desvio padrão, e as variáveis categóricas por frequência relativa e absoluta, em tabelas de contingência. Algumas variáveis categorizadas foram recodificadas em dicotômicas. As variáveis independentes e a variável dependente foram associadas por blocos: 1) identificação e perfil sócio econômico; 2) condições de saúde e fatores de estilo de vida e 3) medicação utilizada. As diferenças entre os grupos para as variáveis categóricas foram analisadas pelo Teste Exato Fischer e/ou Teste qui-quadrado de Person, quando adequado, na análise bivariada, para examinar a associação de cada variável elegida como desfecho. Para as variáveis contínuas aplicou-se o Teste T de Student, para amostra independente.

A análise bruta dos fatores associados à adesão medicamentosa foi construída de acordo com os 3 blocos de variáveis independentes e o nível de significância foi verificado pelos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. O nível de significância foi considerado como $p < 0,05$, com intervalos de 95% de confiança (IC95%).

As variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância¹⁹⁻²¹ para análise das variáveis independentes associadas ao desfecho (RP bruta), ajustadas entre si e entre os possíveis fatores de confusão (RP ajustada) na análise múltipla.

Utilizou-se o pacote do programa estatístico SPSS versão 14.0 (UFES).

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96 e, após anuência do HSCMV, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Parecer nº 136/2011). Os entrevistados participaram do estudo voluntariamente e confidencialmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram selecionados e contactados 332 indivíduos idosos. Excluíram-se 57 (17,1%) sujeitos por não portarem os medicamentos em uso ou a prescrição médica, ou por apresentarem resultado MEEM menor que 22 pontos e não estarem acompanhados de pessoas que pudessem responder a entrevista. Entrevistaram-se 275 indivíduos e excluíram-se 12 (4,3%) participantes por discordância nos dados após a coleta. A amostra compreendeu 263 idosos, (2,6%) de perdas. Calculou-se a percentagem (%) pelos questionários válidos para as análises. As perdas foram substituídas no intuito de atingir ao máximo a amostra calculada.

De acordo com o instrumento de MAT, a prevalência da não adesão medicamentosa, nesta população, foi de 70 indivíduos idosos (26,7%). Os resultados são apresentados na tabela 1.

Quanto ao bloco 1 das variáveis sócio-demográficas, observa-se que a maior prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso foi no sexo feminino, 55 mulheres (78,6%); na faixa etária de 60 a 69 anos, 38 idosos (54,3%); nos não brancos, 47 indivíduos, (67,1%); que não possuíam companheiro, 30 pessoas, (57,2%); que residiam acompanhados, 55 sujeitos, (78,6%) e que apresentavam alguma crença religiosa, 66 não aderentes, (94,3%). Dos que não aderiram ao tratamento medicamentoso (52,9%), 37 pessoas eram aposentados; apresentavam renda de até 1 salário mínimo, 49 sujeitos (71%) e que exerceram ou exerciam

atividade profissional sem vínculo, 44 indivíduos, (58,6%). Entretanto a análise revelou a variável vínculo empregatício da atividade profissional anterior foi estatisticamente significativa, os idosos que apresentaram vínculo foram mais aderentes ao tratamento medicamentoso ($p=0,01$).

No bloco 2, das condições de saúde e estilo de vida, detectou-se que predominaram como não aderentes ao tratamento medicamentoso os idosos com declínio cognitivo, 57 sujeitos, (81,4%); que autoavaliaram a saúde como “ruim”, 44 pessoas, (63,9%); que apresentavam independência nas ABVD, 40 indivíduos, (57,2%) e que eram atendidos no ambulatório há mais de 4 anos, 47 entrevistados, (72,4%).

Quanto aos agravos e doenças progressos autorreferidos, dos participantes não aderentes, 61 (87,1%), apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 28 pessoas (40%) possuíam *diabetes mellitus*; em 25 sujeitos, (35,7%) ocorreu pelo menos 1 episódio de queda no último ano e em 69 ocorreu alguma intercorrência de saúde no último ano.

Destaca-se a não adesão farmacológica em idosos que não fumavam ou nunca fumaram e que não ingeriam ou nunca ingeriram bebida alcoólica, 46 (65,7%). Os não aderentes eram sedentários, 52 indivíduos (74,3%), e apresentavam uma alimentação ruim, 44 sujeitos (63,8%).

Neste bloco 2, houve diferença estatística entre os grupos ($p\leq 0,05$) quanto à autoavaliação de saúde ($p=0,05$), atividade física ($p = 0,03$) e a alimentação ($p = 0,001$). A amostra do tempo de ambulatório foi insuficiente para associações.

No Bloco 3, quanto ao uso dos medicamentos, os idosos que não aderiam ao tratamento farmacológico apresentaram polifarmácia (ingesta de 5 ou mais tipos de fármacos/dia), 43 (61,4%), autoadministravam os medicamentos.

Da análise bivariada, as proporções das variáveis dependentes, entre os grupos de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamento, que apresentaram p valor $\leq 0,20$, foram analisadas em um modelo final de regressão logística múltipla no modelo Regressão de Poisson, por blocos e ajustadas entre si, e os resultados foram revelados na Tabela 2.

Do bloco 1, inclui-se escolaridade, situação conjugal, aposentadoria e situação empregatícia da atividade profissional anterior. Do bloco 2, declínio cognitivo, autoavaliação de saúde, quedas, atividade física e alimentação. Do bloco 3, auxílio na administração do medicamento.

No modelo final de regressão de Poisson ajustado para as variáveis entre si, permaneceram associadas a não adesão medicamentosa na população estudada as variáveis: situação empregatícia da atividade profissional anterior com vínculo ($p = 0,01$), do bloco 1 e

presença de declínio cognitivo ($p=0,01$) e alimentação ruim ($p = 0,005$), do bloco 2. Entre as variáveis do bloco 3, não houve significância estatística de diferença entre os grupo, após análise ajustada.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo mostrou o predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 60 a 69 anos, semelhante aos estudos de Block, Melo e Nogueira e de Bastos-Barbosa^{22,23}.

As mulheres utilizaram mais medicamentos em comparação aos homens e foram menos aderentes, como ocorrido em outras investigações epidemiológicas, Ribeiro²⁴, Flores e Mengue²⁵, Loyola-Filho *et al*²⁶, além de Loyola-Filho, Uchoa e Lima-Costa²⁷. O número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens; em 2003, essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente. Segundo informações da Pesquisa Nacional de Domicílios²⁸ as mulheres também estão à frente nas consultas médicas, à proporção de 83,4%, com relação aos homens, 71,2%, devido o aumento da prevalência e da incidência de doenças crônicas no sexo feminino, e na maior participação da mulher no cuidado da saúde. Nesta pesquisa não houve associação estatística entre gênero e idade com a não adesão medicamentosa.

A média de consumo de medicamentos observada foi de 5,4 fármacos por idoso, uma condição de polifarmácia em 58,6% da amostra. Média maior que a encontrada por Galato, Silva e Tiburcio²⁹ 3,5 medicamentos; Flores e Mengue²⁵ três a cinco; e por Loyola Filho²⁶; Uchoa e Lima-Costa²⁷ 2,18 fármacos por idoso.

A prevalência de não adesão medicamentosa na população pesquisada foi de 26,7% e os fatores associados foram a ausência de vínculo empregatício antes da aposentadoria, o declínio cognitivo e a alimentação ruim.

Tal prevalência corrobora com Faria³⁰ e contrapõe com Rocha³¹ que encontraram não adesão medicamentosa de 62,6%. Henriques³² em uma revisão sistemática da temática evidencia que a proporção de adesão entre os idosos foi de 50%. Carvalho et al.³³ através da aplicação de dois instrumentos diferentes, encontraram uma adesão à farmacoterapia de 22,5% e 30,7%, em hipertensos e diabéticos. Numa pesquisa de hipertensos a prevalência de não adesão aos fármacos foi de 53,14³⁴. Estudos em outros países encontraram índices de

adesão à medicação em hipertensos de 65% no Japão, 32,3% na Gâmbia a 7% na Eslováquia³⁵.

As diferenças entre as prevalências podem ser atribuídas aos delineamentos dos estudos e às metodologias adotadas de aferição da não adesão. Mesmo com tais divergências de prevalência da não adesão medicamentosa que ocorrem pelos diferentes instrumentos e métodos empregados na aferição desta variável, o índice de adesão da população investigada foi de 73,3%, resultado elevado, entretanto 33,5% abaixo do recomendado de 80%; e a magnitude dos efeitos da não adesão pode ser vista pela alta incidência de morte por doenças cerebrovasculares no Brasil e no Mundo^{6,22}.

Bloch, Mello e Nogueira²² em um estudo de um programa específico de hipertensos resistentes encontrou uma prevalência de não adesão de 49% por instrumento de medida indireto, 48% na avaliação do médico e 19,5% na avaliação do paciente. Cintra, et al³⁷ em pesquisa sobre adesão em idosos em tratamento ambulatorial, detectaram 88,5% de adesão ao tratamento medicamentoso. Na atenção básica primária, os idosos com maior risco, como os não aderentes ao tratamento, que podem desenvolver acometimentos do estado de saúde, são identificados e encaminhados ao tratamento ambulatorial especializado para um melhor seguimento deste paciente. A não adesão medicamentosa é mais frequente no nível de atenção primário do que entre pacientes de serviços especializados³⁶.

O modelo teórico tratado no referencial explicou muito pouco a associação da adesão medicamentosa neste estudo. Tal fato é devido a homogeneidade da amostra, que realiza atendimento no HSCMV. As entidades de saúde filantrópicas no Brasil caracterizam-se como importantes prestadoras de serviços ao SUS, assim como à saúde suplementar, entretanto são mais conhecidos, devido a melhor formulação de políticas governamentais, para a sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao SUS, nas esferas pública e privada³⁸.

No ambulatório do HSCMV, o atendimento do paciente nos programas de cardiologia e endocrinologia ocorre com a consulta médica e de enfermagem e acompanhamento de assistente social quando solicitado. São disponibilizadas as medicações quando o paciente não consegue adquirir na rede pública ou por recursos próprios, fator que, ao que parece, ajuda a reduzir a prevalência da não adesão. Destaca-se também que esta instituição, por se tratar de um hospital escola apresenta referência nas consultas médicas e orientações adequadas ao paciente quanto ao uso dos medicamentos pelo alunos que o consultam juntamente com o professor.

Salienta-se que as características dos indivíduos interagem entre si, desta forma, fatores sócio-demográficos, condições de saúde, hábitos de estilo de vida, entre outros, se

relacionam e interferem na adesão medicamentosa, como já exposto. O idoso ainda apresenta diversas alterações da idade que modificam seus aspectos físicos e cognitivos, e os fatores sociodemográficos, e suas alterações, correspondem a avaliação ao cuidado com a saúde, como a adesão ao tratamento medicamentoso.

A escolaridade dos idosos influencia em suas questões socioeconômicas, de saúde e estilo de vida. A baixa escolaridade dos idosos é considerada um grave fator de risco diante da necessidade de entendimento da complexidade dos esquemas dos múltiplos fármacos usados pelos idosos³⁶. Yiannakopoulou³⁹ encontrou a baixa escolaridade associada à não adesão medicamentosa, o que não foi evidenciado por Santa-Helena, Nemes e Neto³⁴ e no ajuste final neste estudo ($p=0,55$ IC95%: 0,93-1,13).

O gasto com medicamentos, em média 23% do salário mínimo⁴⁰ é muitas vezes inviável para os idosos, visto que sobrevivem com uma renda baixa, da aposentadoria, e precisam suprir outras necessidades pessoais, e até mesmo familiares. A falta de recursos financeiros é um empecilho para aquisição de medicamentos, o que acarreta não adesão ao tratamento. Luz, Loyola-Filho e Lima-Costa identificaram a subutilização de medicamentos maior em idosos com renda mensal menor. A aposentadoria não apresentou significância ($p=0,84$ IC95%: 0,92-1,10) e a ausência de vínculo empregatício após o ajuste, manteve a significância estatística ($p=0,01$ IC95%: 1,12-1,23)⁴¹. Ressalta-se que a maior parte dos idosos deste estudo (69,8%) apresentou renda de até 1 salário mínimo e que o rendimento *per capita* é um indicador de acesso a bens essenciais de consumo, principalmente na ausência de políticas sociais de garantia de habitação, transporte e saúde adequados e de qualidade²⁸.

A auto avaliação de saúde interfere em como o indivíduo se vê e assim cuida da sua saúde, como o uso correto do medicamento, aderindo ao tratamento proposto, é um cuidado essencial à saúde. Segundo Veras⁷ a percepção de é fator de risco de adoecimento em idosos. A auto avaliação de saúde verificada neste estudo prevaleceu como ruim (52,8%). Prevalência maior do que de pesquisas realizadas por Lima-Costa; Firmo; Uchoa²⁷, 26,1%, em Bambuí, Minas Gerais; e Borim; Barros; Neri⁴², 10,9%, em Campinas, São Paulo. Ribeiro *et al*²⁴ encontrou associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS dos usuários de baixa escolaridade e renda.

Em idosos, a incapacidade funcional e cognitiva, as internações e a mortalidade são preditores de uma autoavaliação de saúde negativa⁴³; influenciada por aspectos demográficos, socioeconômicos e estado de saúde física. A presença de doenças crônicas associadas ao gênero, seguida da capacidade funcional apresenta forte relação com a autopercepção ruim de saúde nos idosos^{15,40,44}. Nesta pesquisa, o declínio cognitivo ($p=0,010$ IC95%: 1,03-1,21)

apresentou significância com a não adesão na análise ajustada e a auto avaliação “ruim” de saúde ($p=0,07$ IC95%: 0,99-1,16), que na análise bruta estava associada, após o ajuste, se tornou não significativa.

O uso de múltiplos medicamentos por idosos torna-se complexo e exige mais atenção, memória e organização para obtenção de adesão medicamentosa²⁵. O estado mental alterado destes indivíduos contribui para dificuldades de entendimento e recordação das necessidades do correto tratamento medicamentoso.

Siqueira, *et al*⁴⁵ encontraram associação de quedas em idosos, além da idade avançada, o sedentarismo, a auto percepção ruim do estado de saúde e o maior número de medicamentos para uso contínuo. A não adesão medicamentosa foi associada, após a análise ajustada, apenas quanto a alimentação ruim ($p=0,005$ IC95%: 1,03-1-21) e o sedentarismo ($p=1,10$ IC95%: 1,01-1,20). A adoção de hábitos saudáveis de estilo de vida, como a alimentação e atividade física, promovem melhores condições de saúde e os indivíduos apresentam mais auto cuidado. A própria adesão ao estilo de vida saudável faz parte da aderência ao tratamento. Hábitos ideais de alimentação em população adulta podem ser baixos e apresentar consistência com a alta prevalência de obesidade. A maior adesão à maioria dos hábitos saudáveis de alimentação aumenta com a progressão da idade⁴⁶. O acelerado crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis associadas à inatividade física tem sido registrado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção tais doenças e morte súbita⁴⁶⁻⁴⁷.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de tratamento, mas também na prevenção da doença. Dentre eles destacam-se controle de peso corporal, estilo alimentar, redução do consumo de sal, abstinência de fumo, moderação na ingestão de bebida alcoólica e atividade física. Deste modo, o comportamento do estilo de vida de um indivíduo é capaz de proteger, manter, promover ou debilitar sua própria vida e está intimamente relacionado a fatores socioeconômicos, educacionais e culturais. Dieta e exercícios físicos, tabagismo e alcoolismo influenciam o estado de saúde. Em idosos hábitos não saudáveis de vida podem ser influenciados pela incapacidade funcional e pelo comprometimento cognitivo que afetam consideravelmente o cuidado com a saúde e a manutenção do tratamento terapêutico, assim como o tratamento medicamentoso⁴⁸.

Além disso, o declínio cognitivo pode estar associado ao menor nível de atividade física e de participação em atividades recreativas, autopercepção negativa da saúde, eventos cerebrovasculares⁴⁴. A atividade física é um importante marcador de independência,

autonomia e melhor saúde e qualidade de vida do idoso, pois se sabe que a prática de atividade física regular desempenha papel primordial na prevenção de obesidade, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, déficit cognitivo e mortalidade prematura⁴⁹.

Este estudo apresenta como possíveis limitações: a seleção da amostra, homogênea, pois os pacientes atendidos em um ambulatório de referência podem possuir uma conduta terapêutica diferenciada, e necessidades e características semelhantes, em comparação aos pacientes de outro serviço; os diferentes métodos de medida de não adesão medicamentosa; o uso de questionários auto referidos para avaliar; a existência de inúmeros e diferentes questionários; e as inúmeras variáveis que envolvem a análise da não adesão medicamentosa pela complexidade do tema. Estas limitações subestimam a prevalência da não adesão medicamentosa. Considera-se ainda que pesquisas transversais apresentam limitações quanto a identificação temporal dos fatos estudados, entretanto a presente investigação revelou a não adesão medicamentosa destes idosos num determinado momento e, dessa forma gerou hipóteses a serem testadas por estudos longitudinais.

É importante desenvolver estudos avaliativos de medida de não adesão aos medicamentos em idosos, pois melhorá-la e monitorá-la permanece um desafio para os profissionais, gestores e instituições de saúde de saúde que atendem este público.

Acredita-se que os resultados obtidos, ao identificarem fatores associados à não adesão medicamentosa em idosos, podem contribuir para a identificação das características da população que estão associadas e, dessa forma, os profissionais, gestores e instituições podem elaborar estratégias para melhorar a adesão e remetem à importância de se avaliar as condições de saúde, o nível socioeconômico e o comportamento de vida desta população para promover a adesão aos fármacos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
2. Higgins N, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing*. 2004;33(3):224-9.
3. Bertoldi A D, et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):228-38.

4. Calhoun D A, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure, Research. *Hypertension*, 2008; 51(6):1403-19.
5. Ribeiro AQ, et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Publica*. 2008; 42(5):724-32.
6. OMS. Toward the solution. In: *Adherence to longterm therapies: evidence for action*. Switzerland 2003; p.27-38.
7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 2009; 43(3):58-63.
8. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina preventiva*. Artmed, 1999.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
10. Bertolucci P H, et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 1994; 52(1):1-7.
11. Almeida O P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3): 605-12.
12. Lourenco RA, Veras R P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4):712-719.
13. Valle EA, et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4):918-926.
14. Brasil. [LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003](#). Estatuto do idoso.
15. PERES, M. A. et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(5):110-118.
16. Brasil. Ministério da Saúde. 10 passos para a alimentação saudável. http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf, 2004. Acessado em Março de 2011.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9.
18. Victora CG, et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchial approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 25(1):224-7.

19. Petersen M R, Deddens J A. A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. *BMC Medical Research Methodology*. 2008; 8(9):1-9.
20. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes P R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(6):992-8.
21. Zoul, G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *Am J Epidemiol*. 2004; 159(7):702-6.
22. Bloch KV, Melo A N, Nogueira A R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2979-84.
23. Bastos-Barbosa R G, et al . Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1):23-31.
24. Ribeiro A Q, et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Publica*. 2008; 42(5):724-32.
25. Flores Liziane Maahs, Mengue Sotero Serrate. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2005 Dec; 39(6): 924-929.
26. Loyola-filho A I, et al. Estudo de base populacional sobre consumo de medicamentos entre idosos: projeto bambuí. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2): 545-553.
27. Loyola Filho, A. I.; Uchoa, E.; Lima-Costa, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12).
28. IBGE. Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: 2009. (Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e sócioeconômica, 25).
29. Galato D, Silva E S, Tiburcio L S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(6):2899-905.
30. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à adesão terapêutica medicamentosa. 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008
31. Rocha CH, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):703-710.
32. Henriques MAP. Adesão ao regime terapêutico em idosos. 51f, Teses (doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2006.
33. Carvalho ALM, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(7): 1885-92.

34. Santa-Helena ET, Nemes M I B, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12):2389-98.
35. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(2):111-116.
36. Marin MJS, et al . Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(7).
37. Cintra FA, Guariento ME, Myyasaki L A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3507-15.
38. Lima S ML, et al . Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1249-61.
39. Yiannakopoulou EC, et al. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005; 12:243-9.
40. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19:735-743.
41. Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1578-1586.
42. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4):769-780.
43. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ES F. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):2533-54.
44. Freitas DHM, et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev psiquiatr clin*. 2010; 37(1):32-5.
45. Siqueira FV, et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(6).
46. Vinholes D B, Assuncao MCF, Neutzling M B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 25(4).
47. Kietilainen KH, et al. Physical inactivity and obesity: A vicious circle. *Obesity*. 2008; 16(2):409-14.
48. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4):613-21.

49. Chodzko-Zajk W, et al. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41(7):1510-30.

APÊNDICES

Figura 1 – Esquema do modelo teórico

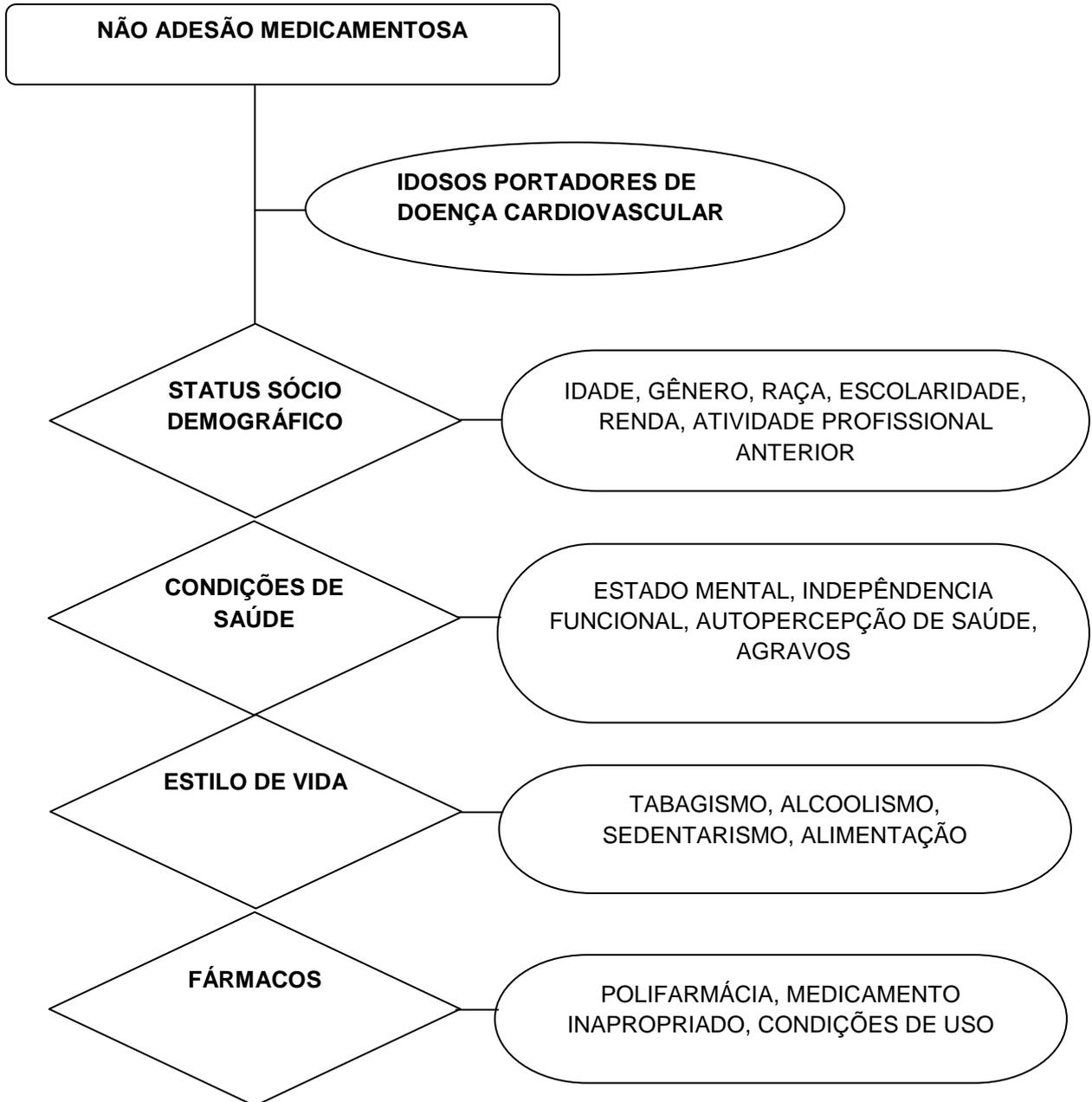


TABELA 1 - Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis sociodemográficas, as condições de saúde e ao estilo de vida, e ao uso dos medicamentos, em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis Sociodemográficas | | Não Aderente | | Aderentes | | p* |
|--|-------------------------|-------------------|------|--------------------|------|------|
| | | n = 70 (26,7%) | | n = 193 (73,3%) | | |
| | | n | % | n | % | |
| Gênero | Feminino | 55 | 28 | 141 | 72 | 0,42 |
| | Masculino | 15 | 22,4 | 52 | 77,6 | |
| Faixa etária | 60 – 69 anos | 38 | 54,3 | 122 | 63,2 | 0,40 |
| | 70 a 79 anos | 25 | 37,5 | 54 | 28 | |
| | 80 anos ou mais | 7 | 10 | 17 | 8,8 | |
| Raça | Branca | 23 | 32,9 | 75 | 38,9 | 0,37 |
| | Não Branca | 47 | 67,1 | 118 | 61,1 | |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 24 | 34,3 | 50 | 26,2 | 0,19 |
| | Alfabetizado | 46 | 24,6 | 141 | 73,8 | |
| Situação conjugal | Com companheiro | 30 | 42,8 | 105 | 54,4 | 0,12 |
| | Sem companheiro | 40 | 57,2 | 88 | 45,6 | |
| Arranjo domiciliar | Reside sozinho | 14 | 20 | 35 | 18,1 | 0,80 |
| | Reside acompanhado | 55 | 78,6 | 159 | 82,4 | |
| Religião | Sim | 66 | 94,3 | 181 | 94,3 | 1,00 |
| | Não | 4 | 5,7 | 11 | 5,7 | |
| Aposentadoria | Sim | 37 | 52,9 | 123 | 64,1 | 0,11 |
| | Não | 33 | 47,1 | 69 | 35,9 | |
| Renda | Até 1 salário mínimo | 49 | 71 | 134 | 69,4 | 0,99 |
| | 2-3 salários mínimos | 17 | 24,7 | 49 | 25,4 | |
| | Mais que 3 mínimos | 3 | 4,3 | 10 | 5,2 | |
| Atividade profissional anterior | Trabalha/ou com vínculo | 26 | 37,1 | 108 | 56 | 0,01 |
| | Trabalha/ou sem vinculo | 44 | 58,6 | 84 | 44 | |

TABELA 1 - Prevalência e associação bivariada da não adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis sociodemográficas, as condições de saúde e ao estilo de vida, e ao uso dos medicamentos, em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012 (continuação).

| Variáveis relacionadas às condições de saúde e estilo de vida | | Não Aderente | | Aderentes | | p* |
|---|-----------------------------------|-------------------|------|--------------------|------|--------|
| | | n = 70 (26,7%) | | n = 193 (73,3%) | | |
| | | n | % | n | % | |
| Declínio cognitivo | Presente | 13 | 18,6 | 55 | 28,5 | 0,16 |
| | Ausente | 57 | 81,4 | 138 | 71,5 | |
| Autoavaliação de saúde referida | Boa | 26 | 37,1 | 99 | 51,3 | 0,05 |
| | Ruim | 44 | 63,9 | 94 | 48,7 | |
| Agravos pregressos | HAS | 61 | 87,1 | 167 | 86,5 | 1,00 |
| | DM | 28 | 40 | 90 | 46,6 | 0,40 |
| | Quedas | 25 | 35,7 | 53 | 27,6 | 0,22 |
| Quantidade de agravos | 1 a 2 doenças | 16 | | 49 | 22,7 | 0,50 |
| | 3 ou mais doenças | 44 | | 149 | 77,2 | |
| Intercorrências de saúde | Ausente | 1 | 1,4 | 8 | 4,2 | 0,45 |
| | Presente | 69 | 98,6 | 184 | 95,8 | |
| Atividades de vida diária | Independência | 40 | 57,2 | 118 | 61,1 | 0,57 |
| | Dependência leve | 29 | 41,4 | 73 | 37,8 | |
| | Dependência moderada | 1 | 1,4 | 2 | 1,1 | |
| Tempo de seguimento ambulatorio | < 1ano | 12 | 18,5 | 13 | 6,8 | 0,14 |
| | 1 a 2 anos | 5 | 7,6 | 19 | 9,9 | 0,01 |
| | 2 a 4 anos | 1 | 1,4 | 22 | 11,5 | 0,002 |
| | > 4 anos | 47 | 72,4 | 137 | 71,7 | 0,16 |
| Total | | 65 | 100 | 191 | 100 | |
| Variáveis relacionadas ao Estilo de Vida | | | | | | |
| Tabagismo | Presente (atual ou ex-fumante) | 24 | 34,4 | 67 | 35,3 | 0,999 |
| | Ausente (nunca) | 46 | 65,7 | 123 | 64,7 | |
| Alcoolismo | Presente (atual ou ex alcoolista) | 24 | 34,3 | 67 | 34,7 | 0,26 |
| | Ausente (nunca) | 46 | 65,7 | 126 | 65,3 | |
| Atividade física | Presente | 18 | 25,7 | 79 | 41,1 | *0,03 |
| | Ausente | 52 | 74,3 | 113 | 58,9 | |
| Alimentação | Boa | 25 | 36,2 | 115 | 59,6 | *0,001 |

| | | | | | | |
|---|--------------|----|------|-----|------|--------|
| | Ruim | 44 | 63,8 | 78 | 40,4 | |
| Variáveis relacionadas aos medicamentos utilizados | | | | | | |
| Polifarmácia | | | | | | |
| (≥ 5) | Presente | 43 | 61,4 | 111 | 57,5 | 0,57 |
| | Ausente | 27 | 38,6 | 82 | 42,5 | |
| Administração | Sozinho | 54 | 77,1 | 164 | 85 | * 0,14 |
| | Com auxílio | 16 | 22,9 | 29 | 15 | |
| Critério de Beers | | | | | | |
| | Inapropriado | 16 | 22,9 | 43 | 22,2 | 1,00 |
| | Apropriados | 54 | 77,1 | 150 | 77,7 | |

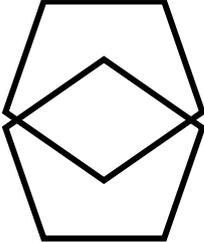
TABELA 2 - Análise do modelo de regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para não adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em acompanhamento ambulatorial, Vitória – ES, 2012.

| Variáveis/categorias | % | RP (IC95%) bruta | P* | RP (IC95%) ajustada | P* |
|---|----------|-----------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Escolaridade | | | | | |
| Alfabetizado | 28,4 | 1 | | 1 | |
| Não alfabetizado | 71,6 | 0,94 (0,85-1,03) | 0,20 | 1,03 (0,93-1,13) | 0,55 |
| Situação conjugal | | | | | |
| Com companheiro | 51,3 | 1 | | 1 | |
| Sem companheiro | 48,7 | 0,93 (0,85-1,01) | 0,09 | 0,92 (0,85-1,00) | 0,052 |
| Aposentadoria | | | | | |
| Sim | 61,1 | 1 | | 1 | |
| Não | 38,9 | 0,93 (0,85-1,01) | 0,10 | 1,00 (0,92-1,10) | 0,84 |
| Situação empregatícia da atividade profissional anterior | | | | | |
| Com vínculo | 51,1 | 1 | | 1 | |
| Sem vínculo | 48,9 | 1,12 (1,03-1,22) | 0,005 | 1,12 (1,02-1,23) | * 0,010 |
| Declínio Cognitivo | | | | | |
| Ausente | 74,1 | 1 | | 1 | |
| Presente | 25,9 | 1,08 (0,98-1,19) | 0,08 | 1,13 (1,03-1,21) | *0,010 |
| Auto avaliação de saúde | | | | | |
| Boa | 52,7 | 1 | | 1 | |
| Ruim | 47,3 | 1,09 (1,00-1,18) | 0,043 | 1,07 (0,99-1,16) | 0,07 |
| Quedas | | | | | |
| Não | 70,2 | 1 | | 1 | |
| Sim | 29,8 | 1,06 (0,96-1,16) | 0,20 | 1,04 (0,95-1,14) | 0,30 |
| Atividade física | | | | | |
| Ativo | 37 | 1 | | 1 | |
| Sedentário | 63 | 1,10 (1,01-1,20) | 0,01 | 1,07 (0,98-1,17) | 0,086 |
| Alimentação | | | | | |
| Boa | 53,6 | 1 | | 1 | |
| Ruim | 46,4 | 1,14 (1,05-1,24) | 0,001 | 1,12 (1,03-1,21) | * 0,005 |
| Auxílio na administração do medicamento | | | | | |
| Sem auxílio | 17,1 | 1 | | 1 | |
| Com auxílio | 82,9 | 1,08 (0,97-1,21) | 0,15 | 1,01 (0,98-1,24) | 0,087 |

ANEXOS

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental

Aplicar o valor de 01 ponto em cada resposta correta.

| 1 – ORIENTAÇÃO (01 ponto/acerto) | | | |
|--|--|--|--|
| 1 A – TEMPO | | 1 B – ESPAÇO | |
| Ano | | Estado | |
| Estação | | Cidade | |
| Mês | | Bairro | |
| Dia da semana | | Prédio | |
| Dia do mês | | Andar | |
| 2 MEMÓRIA IMEDIATA (repetir) (01 ponto/acerto) | | | |
| CARRO | | | |
| VASO | | | |
| BOLA | | | |
| 3 ATENÇÃO E CÁLCULO (01 ponto/acerto) | | 4 MEMÓRIA DE EVOCÇÃO (01 ponto/acerto) | |
| 100 menos 7 | | Falar as três palavras | |
| Menos 7 | | | |
| Ou MUNDO (soletrar de trás para frente) (01 ponto/acerto): ____ _ _ _ _ | | | |
| 5 LINGUAGEM | | | |
| Nomear: lápis e relógio (01 ponto/acerto = 2) | | | |
| Repetir: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” (01 ponto) | | | |
| Comando: Pegue este papel com a mão direita / com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez / e em seguida jogue-o no chão. (01 ponto/ação certa = 3) | | | |
| Ler e obedecer: “ FECHE OS OLHOS ” (01 ponto) | | | |
| Escrever uma frase/pensamento (01 ponto): _____ _____ | | | |
| Copiar o desenho: (01 ponto) | | Total: _____ / 30 pontos | |
|  | | | |

ANEXO B: Escala de Independência em Atividades da Vida Diária: Índice de Katz (1976) adaptada (Lino, 2008)

Assinalar a área de funcionamento: Independente (I) = 0 /Dependente (D) = 1

| |
|--|
| Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) |
| <input type="checkbox"/> não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D) |
| Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) |
| <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D) |
| Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) |
| <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite (D) <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (D) |
| Transferência |
| <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (I) <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (D) <input type="checkbox"/> não sai da cama (D) |
| Continência |
| <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação (I) <input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais (D) <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente (D) |
| Alimentação |
| <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos (D) |

Interpretação (Katz & Apkom, 1976):

- 0: independente em todas as 6 funções
- 1: independente em 5 funções e dependente em 1 função
- 2: independente em 4 funções e dependente em 2
- 3: independente em 3 funções e dependente em 3
- 4: independente em 2 funções e dependente em 4
- 5: independente em 1 função e dependente em 5 funções
- 6: dependente em todas as 6 funções.

Resultado: _____

ANEXO C: Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

| |
|--|
| <p>1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos para a sua doença?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |
| <p>7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?</p> <p>(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Com frequência (4) Por vezes (5) Raramente (6) Nunca</p> |

TOTAL: ____

Score: Até 34 pontos = 0 = não aderente

Maior que 34 pontos = 1 = aderente

Resultado FINAL: _____

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa **“Adesão e Terapia Medicamentosa em Idosos de um Ambulatório Filantrópico do Espírito Santo”**, cadastrado com o No **136/2011**, do pesquisador responsável **“Daiane Campos Juvêncio de Arruda”**, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 01/11/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **01/11/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 10 de novembro de 2011


Paulo Augusto Sessa
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa
 EMESCAM