



DAIANE PORTO GAUTÉRIO

**IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ADESÃO À TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS**

**RIO GRANDE
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ADESÃO À TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS

DAIANE PORTO GAUTÉRIO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos

RIO GRANDE

2014

G275i Gautério, Daiane Porto

Idosos em atendimento ambulatorial : adesão à terapêutica medicamentosa e fatores relacionados / Daiane Porto Gautério. – 2014.

210 f.

Orientador: Silvana Sidney Costa Santos

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2014.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Adesão à medicação. 4. Uso de medicamentos. 5. Assistência ambulatorial. I. Título. II. Santos, Silvana Sidney Costa

CDU: 616-053.9: 615

DAIANE PORTO GAUTÉRIO

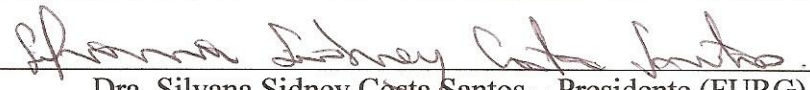

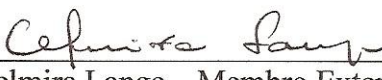
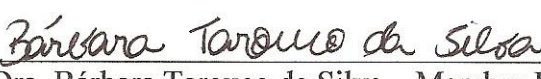

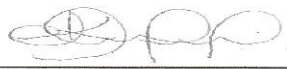
**IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ADESÃO À
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 07 de março de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Silvana Sidney Costa Santos – Presidente (FURG)
 Dra. Giovana Calcagno Gomes – Membro Interno (PPGenf - FURG)
 Dra. Celmira Lange – Membro Externo (UFPEL)
 Dra. Bárbara Tarouco da Silva – Membro Externo (FURG)
 Dra. Marlene Teda Pelzer - Suplente Interno (FURG)
 Dra. Karina Silveira Almeida Hammerschmidt – Suplente Externo (UFSC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar e, sobretudo, a Deus que esteve sempre ao meu lado, iluminou meu caminho, tomou conta de mim.

Aos meus pais, Paulo Renato Amorim Gautério e Maribel Porto Gautério, principalmente a minha mãe, por ter me apoiado, me estimulado e me ajudado sempre que precisei.

A Josimar Rajão de Abreu, meu amor, meu amigo, meu companheiro, por seu apoio, compreensão, carinho e amor.

A minha irmã, Daniele Porto Sigallis, e meu cunhado, Gilnei Sigallis, pela amizade em todos os momentos.

A professora Dr^a Silvana Sidney Costa Santos, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e, mais que isso, por acreditar em meu potencial.

A Bibiane Moura da Rosa, Bruna Zortea, Sabrina Guimarães e Inaiá Santos Alves por me auxiliarem na coleta de dados.

Aos membros da banca, Dr^a Bárbara Tarouco da Silva, Dr^a Giovana Calcagno Gomes, Dr^a Marlene Teda Pelzer, Dr^a Celmira Lange e Dr^a Karina Almeida, por suas contribuições e disponibilidade tanto na banca de qualificação como na de defesa da tese.

A todos os professores do PPGENF – FURG e colegas da turma de doutorado, por fazerem parte da minha formação.

Aos idosos, que foram sujeitos do estudo, sem os quais não seria possível realizar este trabalho.

E, por fim, a todos, que embora não tenham seus nomes citados aqui, contribuíram de alguma forma para concretização deste trabalho.

A todos: muito obrigada!

RESUMO

GAUTÉRIO, Daiane Porto. Idosos em atendimento ambulatorial: adesão à terapêutica medicamentosa e fatores relacionados. 2014. 210f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A adesão à terapêutica medicamentosa por idosos é um fenômeno dependente de fatores diversificados. Defende-se como tese: A adesão aos medicamentos prescritos em idosos em atendimento ambulatorial apresenta-se relacionada aos fatores referentes às características: demográficas, socioeconômicas; dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde; das condições de saúde; da terapêutica medicamentosa; comportamentais. Esses fatores estão relacionados aos principais motivos referidos pelos idosos para aderirem ou não aos medicamentos prescritos. Foram objetivos: identificar na literatura brasileira e estrangeira a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa e os fatores relacionados em idosos; caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial em um hospital universitário no Rio Grande/RS, Brasil, quanto às características demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e uso de medicamentos; identificar os motivos referidos por estes idosos que levavam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa; verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos; verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, terapêutica medicamentosa e fatores comportamentais destes idosos. Pesquisa realizada por meio de uma revisão integrativa da literatura e de um estudo quantitativo. Na revisão integrativa selecionaram-se 49 artigos e os fatores identificados foram organizados nas categorias: demográficas e socioeconômicas; sistema e profissionais de saúde; condições de saúde; terapêutica medicamentosa; comportamentais. O estudo quantitativo foi exploratório, descritivo, transversal, realizado em um serviço ambulatorial de um hospital universitário no Rio Grande/RS, Brasil. Participaram 107 idosos que responderam ao instrumento para caracterização do idoso e dos fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa; ao Miniexame do Estado Mental; à Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2013. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. Verificaram-se mais idosos do sexo feminino, na faixa etária entre 60-69 anos. A doença mais prevalente foi a Hipertensão Arterial e a média de uso de medicamentos por dia foi de 4,8. Querer sentir-se bem/manter a saúde e querer controlar a doença e os sintomas foram os motivos para aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. A ocorrência de reação adversa e falta de condições financeiras foram os motivos para não aderir. A prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa foi de 86,9%. Houve associação entre a adesão e receber orientações do médico sobre como tomar os medicamentos, ter reação adversa, acreditar que os medicamentos são importantes para manutenção da saúde e ter vontade de não tomar os medicamentos. A tese é confirmada em parte: a adesão aos medicamentos prescritos em idosos em atendimento ambulatorial apresenta-se relacionada aos fatores referentes às características: dos profissionais de saúde; das condições de saúde; da terapêutica medicamentosa; comportamentais. Esses fatores estiveram relacionados aos principais motivos referidos pelos idosos para aderirem ou não aos medicamentos prescritos. Por outro lado, a adesão não apresentou relação com os fatores demográficos e socioeconômicos, embora as condições financeiras tenham sido referidas pelos idosos como um motivo que leva à não adesão.

Descritores: Idoso. Adesão à Medicação. Uso de Medicamentos. Assistência Ambulatorial. Enfermagem.

ABSTRACT

GAUTÉRIO, Daiane Porto. Elderly in outpatient care: adherence to medication therapeutics and related factors. 2014. 210f. Thesis (Ph.D. in Nursing). Nursing School. Nursing Graduate Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The adherence to medication therapeutics by elderly is a phenomenon dependent of many factors. It is advocated as thesis: The adherence to prescribed medication by elderly in outpatient care is presented as related to the following characteristics: demographic, socioeconomic; health facilities; health professionals; health conditions; medication therapeutics; behavioral. These factors are related to the main reasons referred by elderly to whether adhere or not to the prescribed medications. The objectives were: to identify in the Brazilian and foreigner literature the prevalence of the adherence to medication therapeutics and the related factors in elderly; to characterize the elderly in outpatient care in the university hospital in Rio Grande/RS, Brazil, concerning the demographic characteristics, socioeconomic ones, health condition and medications usage; to identify the reasons referred by these elderly which take them to adherence/non-adherence to medications therapeutics; to verify the prevalence of adherence to medication therapeutics in this elderly; to verify if there are association between adherence to medication therapeutics and demographic, socioeconomic, health condition, medication therapeutics and behavioral factors of this group of elderly people. Research held through an integrative review of the literature and a quantitative study. In the integrative review it was selected 49 articles and the identified factors were organized in the following categories: demographic and socioeconomic; health and professional system; health condition, medication therapeutics; behavioral. The quantitative study was explorative, descriptive, transversal and it was performed in an outpatient care of a university hospital in Rio Grande/RS, Brazil. Participated 107 elderly who answered to the instrument in order to have a characterization of the elderly and the related factors to adherence of medication therapeutics; to the Mini Exam of the Mental State; to the Measures of Adherence Scale to the Treatments. Data collection was performed in November 2013. It was performed a descriptive and inferential statistical analysis. It was verified more female elderly, in the age range of 60-69 years old. The most prevalent illness was arterial hypertension and the mean of medications usage was 4,8 per day. To want to feel good/maintain health and to want to control the illness and the symptoms were the reasons for adhering to the prescribed medication therapeutics. The occurrence of adverse reaction and lack of financial support were the reasons to not adhere. The adherence prevalence to the medication therapeutics was 86,9%. There was a link between adherence and receiving medical guidance concerning how to take the medications, to have adverse reaction, to believe that the medications are important for health maintenance and feeling like to not to take the medications. The thesis is confirmed partially: the adherence to the prescribed medications by elderly in outpatient care is presented as related to some factors related to the characteristics: of health professionals; health condition; medication therapeutics; behavioral. These factors had been related to the main reasons referred by elderly in order to adhere or not to the prescribed medications. On the other hand, the adherence did not present relation with the demographic and socioeconomic factors although the financial conditions have been referred by elderly as a reason which takes them to non-adherence.

Descriptors: Aged. Medication Adherence. Drug Utilization. Ambulatory Care. Nursing.

RESUMEN

GAUTÉRIO, Daiane Porto. Ancianos en atendimento de ambulatorio: adhesión a la terapéutica medicamentosa y factores relacionados. 2014. 210f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La adhesión a la terapéutica medicamentosa por ancianos es un fenómeno dependiente de factores diversos. Se defiende como tesis: La adhesión a los medicamentos prescritos en ancianos en atendimento de ambulatorio se presenta relacionada a los factores referentes a las características: demográficas, socioeconómicas; de los servicios de salud, de los profesionales de salud; de las condiciones de salud; de la terapéutica medicamentosa; conductuales. Eses factores están relacionados a los principales motivos referidos por los ancianos para adherir o no a los medicamentos prescritos. Fueran objetivos: identificar en la literatura brasileña y extranjera la prevalencia de la adhesión a la terapéutica medicamentosa y los factores relacionados en ancianos; caracterizar los ancianos en atendimento en el hospital universitario en Rio Grande /RS, Brasil, cuanto a las características demográficas, socioeconómicas, condiciones de salud y uso de medicamentos; identificar los motivos referidos por esos ancianos que llevan a la adhesión/no adhesión a la terapéutica medicamentosa; verificar la prevalencia de la adhesión a la terapéutica medicamentosa en esos ancianos; verificar si existe asociación entre adhesión a la terapéutica medicamentosa y factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud, terapéutica medicamentosa y factores conductuales de esos ancianos. Investigación hecha a través de una revisión integrativa de la literatura y de un estudio cuantitativo. En la revisión integrativa fueran seleccionados 49 artículos y los factores identificados fueran organizados en las categorías: demográfica y socioeconómica; sistema y profesionales de la salud; condiciones de salud; terapéutica medicamentosa; conductuales. El estudio cuantitativo fue exploratorio, descriptivo, transversal hecho en un servicio de ambulatorio de un hospital universitario en Rio Grande/RS, Brasil. Participaran 107 ancianos que contestaran al instrumento para caracterización de anciano y de los factores relacionados a la adhesión a la terapéutica medicamentosa; al Mini Examen del Estado Mental; la Escala de Medida de Adhesión a los tratamientos. La recolección de datos se llevó a cabo en noviembre de 2013. Se cumplió análisis estadística e inferencial. Se verificó más ancianos del sexo femenino en la edad entre 60-69 años. La enfermedad más prevalente fue la Hipertensión Arterial y el promedio de uso de medicamentos por día fue de 4,8. Querer sentirse bien/mantener la salud y querer controlar la enfermedad y los síntomas fueran los motivos para adherir a la terapéutica medicamentosa prescrita. La ocurrencia de reacción adversa y la falta de soporte financiero fueran los motivos para no adherir. La prevalencia de la adhesión a la terapéutica medicamentosa fue de 86,9%. Hubo asociación entre la adhesión y recibir orientaciones del médico sobre como tomar los medicamentos, tener reacción adversa, creer que los medicamentos son importantes para la manutención de la salud y tener ganas de no tomar a los medicamentos. La tesis es confirmada en parte: la adhesión a los medicamentos prescritos en ancianos en atendimento de ambulatorio presentase relacionada a los factores referentes a las características: de los profesionales de la salud; condiciones de salud; de la terapéutica medicamentosa; conductuales. Eses factores estuvieran relacionados a los principales motivos referidos por los ancianos para adherir o no a los medicamentos prescritos. Por otra parte, la adhesión no presentó relación con los factores demográficos y socioeconómicos aunque las condiciones financieras hayan sido referidas por los ancianos como un motivo que lleva a la no adhesión.

Descriptor: Anciano. Cumplimiento de la Medicación. Utilización de Medicamentos. Atención Ambulatoria. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Envelhecimento, condições crônicas de saúde e uso de medicamentos.....	15
2.2 Adesão: conceito, magnitude e fatores relacionados.....	20
2.2.1 Fatores demográficos, econômicos e sociais.....	23
2.2.2 Fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde.....	25
2.2.3 Fatores relacionados às condições de saúde.....	26
2.2.4 Fatores relacionados à terapêutica medicamentosa.....	27
2.2.5 Fatores comportamentais.....	28
2.3 Métodos para verificar a adesão.....	29
2.4 Papel do enfermeiro na adesão a terapêutica medicamentosa por idosos.....	33
3 MÉTODO.....	39
3.1 Delineamento da pesquisa.....	39
3.2 Revisão integrativa da literatura.....	39
3.3 Pesquisa quantitativa.....	42
3.3.1 Local do estudo.....	42
3.3.2 População.....	43
3.3.3 Amostra.....	43
3.3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	44
3.3.5 Variáveis.....	48
3.3.5.1 Variável dependente.....	48
3.3.5.2 Variáveis independentes.....	48
3.3.6 Questões éticas envolvidas no estudo.....	55
3.3.7 Teste piloto.....	56
3.3.8 Procedimento para coleta de dados.....	56
3.3.9 Procedimento para organização e análise dos dados.....	57
4 RESULTADOS.....	58
4.1 Revisão integrativa da literatura.....	58
4.2 Pesquisa quantitativa.....	62
4.2.1 Perfil dos idosos.....	62
4.2.2 Adesão e associação com as demais variáveis.....	72
5 DISCUSSÃO.....	85
5.1 Artigo 1.....	86
5.2 Artigo 2.....	106

5.3 Artigo 3.....	121
5.4 Artigo 4.....	139
6 CONCLUSÃO.....	156
REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICE A.....	171
APÊNDICE B.....	196
APÊNDICE C.....	201
ANEXO A.....	203
ANEXO B.....	207
ANEXO C.....	208
ANEXO D.....	209
ANEXO E.....	210

1 INTRODUÇÃO

Desde a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, em 2005, trabalho na Atenção Primária em Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Por meio da minha prática em UBSs me aproximei da temática Saúde da Pessoa Idosa.

Meu interesse por esta temática me levou a ingressar no Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A partir do meu ingresso no GEP-GERON retornei ao mundo acadêmico, cursei o Mestrado em Enfermagem e depois o Doutorado em Enfermagem. Em conjunto com os demais membros do GEP-GERON desenvolvi vários estudos relacionados ao idoso e ao uso de medicamentos sob a perspectiva dos cuidados de enfermagem.

Durante o mestrado trabalhei a questão do uso de medicamentos por idosos institucionalizados e os cuidados de enfermagem para os mesmos (GAUTÉRIO; SANTOS; PELZER et al., 2012). Participei também de pesquisas referentes ao uso de medicamentos e aos cuidados de enfermagem para idosos que viviam na comunidade (GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013) e que estavam hospitalizados (URQUIA, 2013). Minha proposta de trabalho para a presente tese de doutorado foi pesquisar a adesão à terapêutica medicamentosa e os fatores associados em idosos em atendimento ambulatorial.

As estimativas de crescimento populacional indicam que o número de idosos na população total do Brasil vem aumentando a cada ano (IBGE, 2010). Desse modo, um dos desafios para os profissionais de saúde no terceiro milênio é o cuidado com os idosos, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes.

Na minha prática assistencial em UBSs pude perceber a grande demanda de idosos que buscam atendimento de saúde. De uma maneira geral, eles apresentam uma ou mais condição crônica de saúde e utilizam vários medicamentos para tratá-las. A literatura refere que o envelhecimento pode vir acompanhado do aumento na prevalência de condições crônicas de saúde e do alto consumo de fármacos, que são utilizados para o tratamento das mesmas. Esse quadro faz dos idosos os maiores consumidores de medicamentos dentro da população em geral (SILVA; PEREIRA; YOSHITOME et al., 2010).

Estudos com idosos que vivem na comunidade indicam que 80% deles apresentam no mínimo uma condição crônica (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013). Em relação aos medicamentos, a prevalência de uso é de aproximadamente 80% e a média de consumo por dia é de 3,5 fármacos (GALATO;

SILVA; TIBÚRCIO, 2010; SILVA; PEREIRA; YOSHITOME et al., 2010; GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013). Em estudo com idosos em atendimento ambulatorial a média de uso de medicamentos foi de 4,5 por dia (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

O enfermeiro é responsável por entender a ação do medicamento e seus efeitos colaterais, administrando-o corretamente e monitorando as respostas do idoso seja no hospital, no ambulatório, na comunidade ou em instituições de longa permanência. Cabe a ele também auxiliar no uso de medicamentos por meio da educação em saúde preparando a pessoa idosa e seu familiar/cuidador para administrá-lo de forma correta e consciente (POTTER; PERRY, 2009).

Nesse sentido, uma questão que me chamou a atenção na minha prática diária em UBSs foi que a adesão ao regime terapêutico, principalmente ao medicamentoso, não é realizada de forma adequada pela maioria dos idosos. Pude notar que muitos não aderem à medicação prescrita por dificuldades relacionadas às condições de saúde, às questões financeiras, à complexidade do regime terapêutico prescrito, às crenças, entre outras. A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico (CARVALHO; LEOPOLDINO; SILVA et al., 2012).

Verificou-se em revisão sistemática de estudos internacionais com população idosa uma prevalência de não adesão à terapia medicamentosa em torno de 50% (HAYNES; ACKLOO; SAHOTA et al., 2008). Estudos nacionais, com população com média de idade acima de 60 anos, mostraram prevalências de não adesão que variaram de 12% a 72% (ROCHA; OLIVEIRA; FERREIRA et al., 2008; CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010; CAVALARI; NOGUEIRA; FAVA et al., 2012; PUCCI; PEREIRA; VINHOLES et al., 2012).

As razões da não adesão à medicação são difíceis de definir de forma absoluta, pois dependem de um conjunto considerável de fatores, da prevalência desses fatores em cada paciente, da forma como cada paciente lida com eles e consegue controlar a interligação entre eles. Entre idosos, fatores como déficits cognitivos, sensoriais e motores; dificuldades financeiras; falta de apoio de familiares; crenças e atitudes negativas em relação aos medicamentos são citadas como barreiras para a adesão à medicação prescrita (MARCUM; GELLAD, 2012).

Entre os estudos não há um consenso acerca da influência da variável idade sobre a adesão, contudo, alguns indicam que a idade avançada (igual ou maior a 75 anos) é um fator

que está associado à não adesão (KROUSEL-WOOD; MUNTNER; ISLAM et al., 2009; BARCENÃS; ZHANG; ZHAO et al., 2012). A falta de acesso aos medicamentos também aparece em alguns estudos como um fator que contribui para a não adesão (GELLAD; GRECARD; MARCUM, 2011; OLIVEIRA; NOVAES, 2013). Estudo realizado em Campinas/SP com idosos em atendimento ambulatorial referiu que 63,3% deles não encontravam os medicamentos prescritos disponíveis nas unidades básicas de saúde (CINTRA, GUARIENTO, MIYASAKI, 2010).

A falta de adesão é um diagnóstico de enfermagem definido pela North American Nursing Diagnosis Association NANDA-I (NANDA) (2013, p.463) como:

o comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e os profissionais de saúde. Na presença de um plano de promoção à saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente não efetivos.

A enfermagem é ciência do diagnosticar e tratar as respostas humanas aos problemas de saúde reais ou de risco ou processos de vida (HERDMAN, 2011). A falta de adesão à terapêutica medicamentosa pelo idoso é uma resposta humana que acarreta um risco potencialmente negativo para a saúde dele e que pode afetar não só sua vida, mas de sua família, da comunidade e da sociedade (DIAS; CUNHA; SANTOS et al., 2011). Desse modo, é importante que os enfermeiros conheçam o nível de adesão aos medicamentos prescritos e os fatores relacionados em idosos, para poderem planejar intervenções que promovam a adesão.

A falta de adesão à terapêutica medicamentosa pode estar relacionada a diversos fatores do contexto socioambiental do idoso, como: sociais, econômicos, culturais, biológicos (LUZ; LOYOLA-FILHO; LIMA-COSTA, 2011). Para promover a adesão à medicação entre idosos deve-se desprender tempo e esforço para avaliar todas as variáveis que possam afetar o comportamento de saúde.

No Brasil, a investigação sobre a temática da adesão ao medicamento foi realizada entre os indivíduos que usam antirretrovirais (BLAT; CITADIN; SOUZA et al., 2009), anti-hipertensivos (CAVALARI; NOGUEIRA; FAVA et al., 2012) e antidiabéticos (CARVALHO; LEOPOLDINO; SILVA et al., 2012). Todavia, o idoso costuma apresentar pluripatologias e estudos sobre a adesão aos medicamentos para tratamento de várias comorbidades são escassos. Desse modo, justifica-se o interesse em pesquisar sobre adesão a terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados.

O conhecimento sobre a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e sobre os fatores relacionados poderá facilitar a identificação de barreiras e de facilitadores nesse processo e poderá subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão.

Assim, explicitam-se as seguintes **questões de pesquisa**:

- Qual a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos descrita na literatura brasileira e estrangeira?
- Quais os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa descritos na literatura brasileira e estrangeira?
- Quais os motivos referidos por idosos atendidos no ambulatório de um hospital universitário no Rio Grande/RS que levam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa?
- Qual a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos?
- Quais fatores estão relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos?

A fim de atender às questões de pesquisa elaboradas para este estudo, apresentam-se os seguintes **objetivos**:

- Identificar na literatura brasileira e estrangeira a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e os fatores relacionados;
- Caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial no hospital universitário no Rio Grande/RS, Brasil, quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e uso de medicamentos;
- Identificar os motivos referidos por estes idosos que levam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa;
- Verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos;
- Verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, terapêutica medicamentosa e fatores comportamentais nestes idosos.

Apresenta-se a **tese** a ser defendida neste estudo:

A adesão aos medicamentos prescritos em idosos em atendimento ambulatorial apresenta-se relacionada aos fatores referentes às características: demográficas, socioeconômicas; dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde; das condições de saúde; da terapêutica medicamentosa; e comportamentais. Esses fatores estão relacionados aos principais motivos referidos pelos idosos para aderirem ou não aos medicamentos prescritos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi dividida em quatro partes. Na primeira são abordadas questões referentes ao envelhecimento, às condições crônicas de saúde e ao uso de medicamentos e a relação entre eles. A segunda diz respeito à adesão à medicação a partir de conceitos, da sua magnitude e dos fatores relacionados em idosos. Na terceira são elencados os métodos que podem ser utilizados para verificar a adesão à terapêutica medicamentosa. E, por fim, na quarta parte discute-se o papel do enfermeiro na adesão à terapêutica medicamentosa por idosos.

2.1 Envelhecimento, condições crônicas de saúde e uso de medicamentos

O envelhecimento é um processo dinâmico que se traduz em alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas na pessoa e que vão determinando perda progressiva de capacidade e de adaptação ao ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, tornando-a mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por conduzi-la à morte. Ele é irreversível, natural e individual, acompanhado por perdas progressivas de função e de papéis sociais (PAPALÉO NETTO, 2011).

Para se entender o processo de envelhecimento populacional, o primeiro passo é definir o que se considera como população idosa. Ela é caracterizada como aquela que vive a última fase da vida, a velhice. Esta não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. Não há uma ideia clara do que marca a transição para esta fase. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de condições crônicas de saúde, perdas de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros. Muitos desses fatores caracterizam a velhice, mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de sexo (CAMARANO; KANSO, 2011).

Apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer a pessoa que está na velhice, ou seja, o idoso. Outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso. Em função disso temos os conceitos de idade cronológica, biológica, psicológica e social (PAPALÉO NETTO, 2011).

A idade cronológica é a idade em anos. A idade biológica é definida pelo grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica e

depende das modificações morfológicas e fisiológicas. A idade psicológica refere-se à relação que existe entre idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Ela está relacionada com as capacidades intelectuais da pessoa. A idade social tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para a sua idade, num dado momento da história de cada sociedade (PAPALÉO NETO, 2011).

Partindo-se do critério cronológico, nos países desenvolvidos são considerados idosos indivíduos com 65 anos ou mais, e nos em desenvolvimento aqueles com 60 anos e mais. Essas definições foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas na Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos (ONU, 1982). No Brasil, o Estatuto do Idoso considera idoso aquele com 60 anos e mais (BRASIL, 2003).

O envelhecimento populacional ocorre quando aumenta a participação da população idosa no total da população. Em geral, se inicia com a queda da fecundidade, que leva à redução na proporção da população jovem e a um conseqüente aumento na proporção da população idosa. Neste caso está-se falando do envelhecimento pela base. Há também o envelhecimento pelo topo, decorrente do aumento da expectativa de vida, em que ocorre o crescimento no número de idosos em idades mais avançadas (CAMARANO; KANSO, 2011).

No Brasil, o envelhecimento populacional começou a ser observado a partir de 1960, quando a queda da taxa de fecundidade começou a alterar a estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Verifica-se o envelhecimento da própria população idosa brasileira com o aumento do número de idosos com 80 anos e mais, denominados de idosos longevos, sendo este o segmento populacional que mais cresce no país (IBGE, 2011). A expectativa de vida do brasileiro em 2010 já ultrapassava 73,1 anos de idade e, no ano de 2050, acredita-se que esse indicador alcance o patamar de 81,3 anos (IBGE, 2010; IBGE, 2011). Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Os brasileiros com 60 anos e mais representavam, em 2010, cerca de 10,8% da população, e estimativas indicam que essa porcentagem será de 22% em 2050 e que o Brasil será o sexto país com maior número de idosos no mundo (IBGE, 2011). Esse fenômeno de mudança na estrutura etária da população é chamado de transição demográfica e é justificado por três fatores: a redução da mortalidade geral e em especial da mortalidade infantil; a

diminuição das taxas de fecundidade; o aumento das taxas de sobrevivência ou expectativa de vida (CAMARANO; KANSO, 2011).

Uma consequência dessa mudança demográfica é o aumento concomitante na incidência e prevalência de condições crônicas de saúde. Em 2010, elas representavam quase 80% da carga de doenças em todo o mundo, sendo responsáveis por duas em cada três mortes (LOZANO; NAGHAVI; FOREMAN et al., 2012). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são as principais fontes da carga de doença (SCHIMIDT; DUNCAN; AZEVEDO e SILVA et al., 2011).

Condição crônica de saúde diz respeito aos problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes. Eles abrangem: condições não transmissíveis (como as DCNTs), condições transmissíveis persistentes (como Aids e Tuberculose), distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas (MENDES, 2012).

A maioria das condições crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais (McQUEEN, 2007). Apesar de não provocarem um risco de vida imediato, causam sobrecarga substancial para a saúde, provocam impacto econômico e deterioram a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (DIAS; CUNHA; SANTOS et al., 2011).

A urbanização, a adoção de estilos de vida pouco salutar e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro e bebidas alcoólicas, são fatores que contribuem para a exacerbação das condições crônicas (GAZIANO; GALEA; REDDY, 2007). Esses agravos são interdependentes e estão relacionadas à pobreza. Eles dificultam a prestação de serviços de saúde em países em desenvolvimento que enfrentam ainda muitos problemas relacionados a doenças infecciosas agudas, subnutrição e condição materna (OMS, 2003).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das DCNTs, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios demonstrou que, na medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de pelo menos uma DCNT e, destes, 49,1% apresentam três ou mais concomitantemente (IBGE, 2008).

A doença crônica requer mudanças no estilo de vida, especialmente entre os idosos, além do acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). Estudos referem que os problemas cardiovasculares, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e endócrinos, como o Diabetes Mellitus (DM), são os que mais afetam a saúde dos idosos brasileiros. Essas patologias são seguidas pelas do sistema nervoso central e do sistema músculo-esquelético (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; GAUTÉRIO; SANTOS; PELZER et al., 2012).

As DCNTs são as que mais contribuem para o aumento no número de fármacos a serem utilizados pelos idosos, pois exigem tratamento prolongado e com vários medicamentos diferentes ao mesmo tempo. As classes farmacológicas mais consumidas por eles são as direcionadas aos problemas do sistema cardiovascular, do sistema nervoso e do trato alimentar e do metabolismo (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010; GAUTÉRIO; SANTOS; PELZER et al., 2012; GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013).

Outros fatores além da alta prevalência de DCNTs contribuem para o alto consumo de medicamentos por idosos. Entre eles: a vulnerabilidade orgânica decorrente das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, a prática da automedicação e a consulta aos diversos especialistas, dos quais podem receber prescrições diferentes (SECOLI; LEBRÃO, 2009). Os riscos em relação ao uso de medicamentos são mais elevados na população idosa quando comparados aos da mais jovem. Esta situação ocorre devido às alterações específicas do envelhecimento, que aumentam a vulnerabilidade do idoso às interações medicamentosas, aos efeitos colaterais e às reações adversas (BUENO; OLIVEIRA; BERLEZI et al., 2010).

Nos idosos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção podem ficar comprometidos. Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização das drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo, o que pode ocasionar reações adversas mais intensas (SECOLI; LEBRÃO, 2009; SANTOS; ALMEIDA, 2010).

O risco dos idosos sofrerem reações adversas relacionadas ao uso de medicamentos é alto, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes e às alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento que afetam a farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas (GAUTÉRIO; SANTOS; PELZER et al., 2012). É papel do enfermeiro e dos demais membros que compõem a equipe de enfermagem promover o uso racional e cuidadoso de medicamentos entre idosos, estejam eles hospitalizados, em

instituições de longa permanência ou na comunidade (GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013).

Os profissionais da equipe de enfermagem, ao administrarem medicamentos, utilizam conhecimentos de farmacologia, de anatomia, de fisiologia, de microbiologia, entre outros. Eles são necessários para que os profissionais preparem e ministrem os fármacos de forma segura e eficaz (POTTER; PERRY, 2009). Compreender a ação dos medicamentos e saber os seus efeitos no organismo humano tornam-se imprescindíveis para que se consiga identificar reações adversas e condições que possam resultar em interações medicamentosas, com o intuito de evitá-las ou minimizá-las (CARNEIRO; FONTES, 2009).

Um grande problema para os idosos que necessitam utilizar medicamentos de forma contínua para tratar as condições crônicas, e prevenir debilidade e incapacidades, está na adesão. A adesão ao tratamento medicamentoso prescrito é o comportamento desejável e esperado para as pessoas que apresentam condições crônicas de saúde. Contudo, entre idosos ela pode se tornar mais difícil devido às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o envelhecimento (SANTOS, 2010).

A adesão ao tratamento medicamentoso também pode se tornar difícil de alcançar, pois os programas de gerenciamento de doenças, muito utilizados para estimular a adesão a regimes terapêuticos, costumam ter como foco somente uma patologia (DM, HAS, Aids). Gerir adequadamente o regime terapêutico para uma doença influencia apenas na adesão aos medicamentos de tal patologia. Como os idosos frequentemente possuem múltiplas condições crônicas e utilizam diferentes medicações, focar apenas em uma doença pode não ser a medida mais adequada (STARFIELD, 2007; VERAS, 2012).

Além da multiplicidade de patologias, é preciso considerar a forte influência dos fatores socioambientais nas enfermidades e na adesão à medicação prescrita em pessoas idosas. Todo indivíduo está inserido em um determinado ambiente (natureza) e é pertencente a uma comunidade (espaço coletivo, social e cultural). Desse modo, ele se inter-relaciona constantemente com diversos fatores sociais, econômicos e ambientais, que são dinâmicos, bem como interage com instituições locais e organizações de grupos da comunidade. Estas interações apresentam seu caráter de poder influenciar direta e indiretamente na saúde, caracterizando assim a saúde socioambiental (SANTANA, 2013).

Os serviços de saúde devem ter seu foco no cuidado centrado no idoso e não em uma condição crônica específica. Fatores sociais, econômicos, biológicos e ambientais adversos estão associados a sintomas e síndromes que podem resultar em problemas crônicos (STARFIELD, 2007). O impacto do ambiente na saúde e os efeitos da própria assistência

estão fazendo imperativo que serviços tenham por princípio o acesso rápido focado na pessoa, identificando os fatores que possam afetar a sua saúde antes que se transformem em condições crônicas que exijam tratamento a longo prazo (STARFIELD, 2011).

2.2 Adesão: conceito, magnitude e fatores relacionados

A adesão pode ser conceituada como a magnitude na qual o comportamento de um indivíduo corresponde às recomendações de um profissional de saúde (HAYNES; ACKLOO; SAHOTA et al., 2008). Esse comportamento pode ser referente ao uso de medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, (WHO, 2003). O termo “adesão ao regime terapêutico”, de acordo com a Internacional Council of Nurses (ICN) (2010, p.38) é definido como:

uma ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos. Trata-se de cumprir o regime de tratamento, tomar os medicamentos como prescrito, mudar o comportamento para melhor, procurar os medicamentos na data indicada, interiorizar o valor de um comportamento de saúde e obedecer às instruções relativas ao tratamento.

O conceito de adesão varia entre diversos autores. De uma forma geral, ele é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Ao longo dos últimos anos tem sido usada, nos artigos publicados em inglês, uma variedade de termos quando se fala em cumprimento do regime medicamentoso prescrito, como: *compliance* (complacência), *concordance* (concordância) e *adherence* (aderência). Os termos “complacência” e “concordância” têm o significado parecido e propõem-se a indicar a extensão em que o comportamento do paciente está de acordo com a orientação do profissional de saúde. Eles deixaram de ser utilizados, pois traduzem uma atitude muito passiva por parte do paciente (PAPROCKI, 2011; MARCUM; GELLAD, 2012).

A adesão é muito mais do que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde, pois, se entendida dessa maneira, supõe-se que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel, exclusivamente, ao profissional da saúde (ESPÍRITO SANTO; SOUZA, SOUZA et al., 2012). No processo de adesão, os pacientes devem ter autonomia e habilidade para aceitar, ou

não, as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos no processo de saúde (HAYNES; ACKLOO; SAHOTA et al., 2008).

Desse modo, existe uma tendência para a utilização do termo “aderência”, o qual refere-se a uma atitude mais ativa por parte do paciente. Assim, um paciente aderente é aquele que, de uma forma persistente e continuada, é capaz de tomar os medicamentos de acordo com o prescrito, de forma ativa e voluntária, partilhando a responsabilidade do tratamento com os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. No Brasil, os termos “adesão” (ato de aderir) e “aderência” (efeito da adesão) são os mais empregados e, de uma maneira geral, são utilizados como sinônimos (PAPROCKI, 2011).

O nível de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos encontrado em estudos estrangeiros varia de 41% a 94% (HAYNES; ACKLOO; SAHOTA et al., 2008; BORGSTEEDE; WESTERMAN; KOK et al., 2011). Nos estudos brasileiros o nível de adesão varia de 28% a 88,5% (ROCHA; OLIVEIRA; FERREIRA et al., 2008; CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010; CAVALARI; NOGUEIRA; FAVA et al., 2012).

A adesão a tratamentos para condições crônicas é baixa na população de um modo geral (SILVEIRA; SOUZA; GOLDMEIER et al., 2010). A não adesão terapêutica pode ser classificada em intencional e não intencional. Ela é intencional quando o paciente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer. E é não intencional, quando este não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando se esquece ou sente dificuldade em gerir a medicação, o que ocorre muitas vezes como resultado de uma má comunicação entre o paciente e o profissional que o assiste (HENRIQUES; COSTA; CABRITA, 2012).

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não adesão são complexos e difíceis de serem entendidos. Por isso, há que se considerar esta questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações (REINERS; AZEVEDO; VIEIRA et al., 2008).

Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão pode ser considerada como uma falha do sistema e profissionais de saúde. A atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que poderá reduzir a carga das condições crônicas e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes (OMS, 2003).

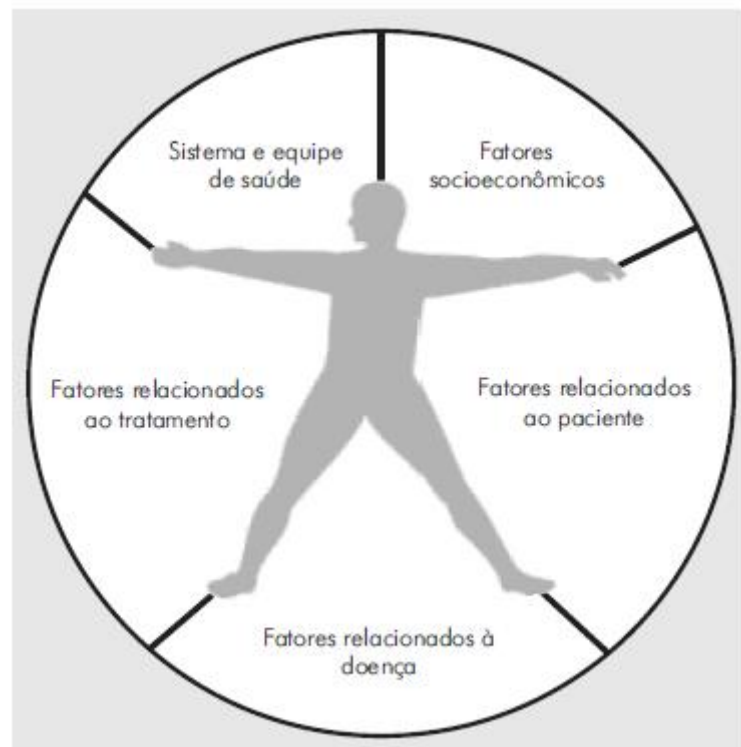
Algumas consequências da falta de adesão aos medicamentos prescritos são: agravamento e prolongamento do curso das enfermidades, aumento da morbidade e mortalidade; rebaixamento da qualidade de vida; aumento do número de hospitalizações;

aumento do número de exames laboratoriais; aumento dos gastos com saúde; desmoralização dos tratamentos empregados; diminuição da eficácia dos programas de saúde; encarecimento dos planos de saúde; sentimentos de frustração dos profissionais de saúde; sentimento de fracasso dos pacientes, dos familiares e da sociedade em geral (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; PAPROCKI, 2011; BARCENÃS; ZHANG; ZHAO et al., 2012).

A adesão ao tratamento é essencial para o bem-estar das pessoas idosas e é, portanto, um componente importante da atenção à saúde. Nos idosos a não adesão aos medicamentos prescritos aumenta a probabilidade de fracasso terapêutico e de complicações desnecessárias, o que conduz a um maior gasto pelo sistema de saúde, assim como a maiores números de incapacidade e morte prematura (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; BARCENÃS; ZHANG; ZHAO et al., 2012).

A adesão é um fenômeno complexo e multideterminado que depende de fatores de etiologia diversificada. Esses fatores foram agrupados em cinco dimensões pela Organização Mundial de Saúde (OMS): socioeconômica, sistema e profissionais de saúde, doença, terapêutica e paciente (WHO, 2003) (Figura 1).

Figura 1 – Fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa.



Fonte: Adaptado de WHO, 2003.

Marcum, Gellad (2012) descrevem que os fatores relacionados à adesão em idosos que utilizam múltiplas medicações podem referir-se a características: do paciente, do sistema de saúde e dos profissionais de saúde.

Almeida; Versiani; Dias, et al. (2007) agruparam os fatores relacionados à adesão em: externos, relacionais e internos ao paciente. Os externos dizem respeito ao acesso aos medicamentos, às características da doença e ao regime terapêutico. Os relacionais referem-se ao apoio social e à relação entre o profissional de saúde e o paciente. E, os internos, a fatores psicológicos, ao locus de controle¹, a crenças relativas à saúde e a características sociodemográficas.

Na presente revisão os principais fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa em pessoas idosas encontrados na literatura foram agrupados em cinco categorias: fatores demográficos, econômicos e sociais; fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde; fatores relacionados às condições de saúde; fatores relacionados à terapêutica medicamentosa; fatores comportamentais.

Os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa podem exercer uma influência variável sobre a adesão, dependendo do contexto socioambiental no qual o idoso está inserido. E, embora eles tenham sido agrupados em cinco categorias para facilitar a discussão, a inter-relação entre eles extrapola os limites postos por elas.

2.2.1 Fatores demográficos, econômicos e sociais

Os fatores demográficos são variáveis que aparecem em muitos estudos sobre adesão e podem auxiliar os profissionais de saúde na identificação do perfil dos idosos que não aderem à medicação. Os fatores demográficos mais utilizados como variáveis nos estudos sobre adesão são: raça, sexo, condição civil e idade. Ser da raça negra, ser do sexo feminino, ser solteiro e ter idade igual ou superior a 75 anos foram mencionados em diferentes estudos como variáveis associadas à não adesão em idosos (KROUSEL-WOOD; MUNTNER; ISLAM et al., 2009; LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; KROUSEL-WOOD; JOICE; HOLT et al., 2011; BARCENÃS; ZHANG; ZHAO et al., 2012).

¹ Locus de controle é um construto psicológico oriundo da teoria de aprendizagem social e sustenta que o comportamento ocorre em função de expectativas constantes sobre os reforços em uma dada situação (ALMEIDA; VERSIANI; DIAS et al., 2007).

O nível de escolaridade também aparece em muitos estudos sobre adesão (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012). O nível de instrução pode favorecer a adesão, pois, quanto maior, melhor pode ser a compreensão do idoso a respeito da sua condição de saúde e de seu tratamento medicamentoso (OLIVEIRA; NOVAES, 2013). Contudo, o inverso também pode ocorrer e, quanto menor o nível de instrução, maior pode ser a dificuldade do idoso para aderir à terapêutica medicamentosa.

Dentro dos fatores demográficos e relacionados ao nível de instrução, está o letramento funcional em saúde. O letramento funcional em saúde é definido como a habilidade de ler, entender e agir com informações escritas ou faladas sobre saúde (ADAMS; STOCKS; WISLON et al., 2009). Considera-se que uma pessoa com nível de letramento insatisfatório teria menor noção da importância de medidas preventivas ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação (PASSAMAI; SAMPAIO; DIAS et al., 2012). Um estudo com idosos que viviam na comunidade na Nova Zelândia investigou a associação entre o nível de letramento em saúde e o nível de adesão à medicação e encontrou que o baixo letramento está associado à não adesão (TORDOFF; BAGGE; GRAY et al., 2010).

Quanto aos fatores econômicos, existem estudos sobre a subutilização de medicamentos por idosos devido a problemas financeiros (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; SHAW; BOSWORTH, 2011). O alto preço dos medicamentos aliado à baixa renda mensal dos idosos, em sua maioria aposentados, com um rendimento inferior a dois salários-mínimos, são fatores importantes que limitam o acesso e, por conseguinte, a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009).

Em relação aos fatores sociais, estudos indicam que a presença de suporte social está associada positivamente à adesão à terapêutica medicamentosa em pessoas idosas e, a sua ausência, negativamente (BORGSTEEDE; WESTERMAN; KOK et al., 2011; CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011; OSBORN; EGEDE, 2012). No atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, sendo classificados em formais e informais. Entende-se por sistema formal os serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, instituição de longa permanência, atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população. Já o sistema informal compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (ALVARENGA; OLIVEIRA; DOMINGUES et al., 2011).

2.2.2 Fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde

A facilidade de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento gratuito, incluindo consultas e exames, são fatores que, de forma geral, podem auxiliar na adesão à medicação. Falta de recursos humanos e de infraestrutura básica de atendimento, que prejudicam a capacidade dos serviços de saúde em prestar assistência, desempenham grande papel na insatisfação de idosos e influenciam a não adesão à terapêutica medicamentosa (IVERSEN; VORA; SERVI et al., 2011).

A disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde para fornecimento aos idosos pode favorecer a adesão à terapêutica medicamentosa. Uma revisão sistemática sobre barreiras para adesão à medicação mostrou que ter acesso aos medicamentos por meio da distribuição gratuita pelo sistema de saúde público ou pelo plano de saúde privado favorece a adesão à terapêutica medicamentosa (GELLAD; GRENARD; MARCUM, 2011).

A distribuição gratuita de medicamentos pelo sistema ou plano de saúde favorece a adesão na medida em que os idosos não precisam comprometer sua renda para adquirir seus medicamentos. O acesso aos medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante no seguimento do tratamento prescrito (VIEIRA, 2010). Estudo realizado com idosos residentes na área de abrangência de UBSs das Regiões Sul e Nordeste do Brasil encontrou uma prevalência de 87% de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar HAS, DM e problemas de saúde mental (PANIZ; FASSA; FACCHINI et al., 2008).

Em relação aos profissionais de saúde, o fornecimento de orientações aos idosos, referentes às condições de saúde, tratamento e medicamentos, e a existência de uma relação positiva entre ambos são relatados como fatores que favorecem a adesão à terapêutica medicamentosa (KELLY; D'CRUZ; WRIGHT, 2009; CAMP; HUYBRECHTS; ROMPAEY et al., 2011). Pacientes que apresentam um relacionamento positivo com os profissionais de saúde aderem às suas orientações, pois acreditam que elas serão eficazes. Por outro lado, aqueles que têm uma relação ruim com os profissionais de saúde não se sentem motivados a aderir aos medicamentos prescritos (WU; MOSER; LENNIE et al., 2008).

A relação entre profissionais de saúde e pacientes idosos é de extrema importância, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências. Pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o

seguimento do tratamento, parecem ser mais prováveis de aderir ao tratamento do que aqueles com menos informação (WU; MOSER; LENNIE et al., 2008).

2.2.3 Fatores relacionados às condições de saúde

Os idosos geralmente apresentam condições crônicas que afetam sua saúde. Entre os fortes determinantes da adesão relacionados às condições crônicas de saúde que acometem os idosos, encontram-se: severidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica, social), taxa de progressão, severidade da doença e existência de comorbidades. O impacto desses fatores sobre a adesão depende de como eles influenciam a percepção do paciente sobre a própria doença e seu tratamento, ou seja, a forma como o paciente vê seu estado, compreende sua enfermidade e percebe seus riscos (MARCUM; GELLAD, 2012).

Quadros de declínio cognitivo, limitações físicas, déficits sensoriais, disfagia e múltiplas doenças crônicas aparecem em muitos estudos como condições de saúde associadas à não adesão (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; GELLAD; GREINARD; MARCUM, 2011; OLIVEIRA; NOVAES, 2013). Esses fatores podem afetar a habilidade do idoso de usar adequadamente os medicamentos e, desse modo, podem comprometer o seguimento fidedigno em relação à terapêutica prescrita (STOEHR; LU; LAVERY et al., 2008).

Maior tempo de diagnóstico da doença crônica, maior número de internações hospitalares e de consultas médicas também foram citados em estudos como fatores que contribuem para a não adesão (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009; BARCENÃS; ZHANG; ZHAO et al., 2012; LI; KUO; HWANG et al., 2012). Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho dos pacientes, que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento (ROCHA; OLIVEIRA; FERREIRA et al., 2008).

A presença de transtornos mentais e os sintomas depressivos também são considerados fatores que favorecem a não adesão (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011; KROUSELWOOD; JOYCE; HOLT et al., 2011). Esses fatores podem afetar o entendimento e o comprometimento do idoso com a farmacoterapia, o que pode favorecer o não cumprimento da prescrição medicamentosa (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011; OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

2.2.4 Fatores relacionados à terapêutica medicamentosa

Os fatores relacionados à terapêutica medicamentosa dizem respeito, basicamente, à complexidade do regime terapêutico, ao número de medicamentos prescritos e aos efeitos adversos que eles ocasionam (MARCUM; GELLAD, 2012).

A complexidade do regime terapêutico não pode ser avaliada apenas pelo número de medicamentos prescritos, pois outros fatores diretamente ligados às características da prescrição podem aumentar o conjunto de medidas necessárias para o seu cumprimento. Desse modo, a complexidade do regime terapêutico está relacionada ao número de medicamentos prescritos, à frequência das doses, às instruções para a administração e às formas de dosificação. Esses fatores podem dificultar a adesão ao tratamento por requererem um maior número de ações diárias para a efetiva prática do cuidado farmacoterapêutico (ACURCIO; SILVA; RIBEIRO et al., 2009).

Muitos estudos mostram que o número de medicamentos interfere na adesão, quanto maior o número de medicamentos prescritos para uma pessoa idosa, menor é sua adesão e maiores são os riscos de ocorrerem problemas relacionados aos medicamentos (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010; GELLAD; GRECARD; MARCUM, 2011; RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012). O uso de cinco ou mais fármacos, denominado de polifarmácia, pode levar a confusão posológica, erros na administração, doses inadequadas e interações medicamentosas, que podem ter consequências graves no idoso (NASSUR; BRAUN; DEVENS et al., 2010).

O efeito adverso ou reação adversa é a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre em doses normalmente utilizadas pelo ser humano (SECOLI; LEBRÃO, 2009). A polifarmácia pode aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos (SECOLI, 2010). A experiência de efeitos adversos ou o medo de apresentá-los pode levar o idoso a deixar de tomar os medicamentos, levando à não adesão (GELLAD; GRECARD; MARCUM, 2011; RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012).

O uso de recursos ambientais foi associado à adesão em muitos estudos. As pessoas idosas utilizam diversas estratégias a fim de lembrar-se dos horários de administração das medicações como: *pillbox*², lembretes, objetos, associação dos medicamentos aos momentos da rotina diária e/ou exposição dos remédios em locais bem visíveis (TORDOFF; BAGGE; GRAY et al., 2010; CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011).

² *Pillbox*: caixas com compartimentos para organizar as medicações que serão utilizadas diariamente.

2.2.5 Fatores comportamentais

Existem vários fatores comportamentais citados na literatura que podem interferir na adesão à terapêutica medicamentosa por idosos. Entre eles: as crenças a respeito dos medicamentos; o conhecimento e entendimento dos idosos a respeito de sua condição de saúde, tratamento medicamentoso e não medicamentoso (PAPROCKI, 2011).

Os fatores comportamentais que favorecem a adesão à terapêutica medicamentosa em idosos encontrados em estudos foram a crença na eficácia e na necessidade do uso dos medicamentos (WU; MOSER; LENNIE et al., 2008; RUPPAR; DOBBELS; GEEST, 2012), o desejo de manter-se saudável (WU; MOSER; LENNIE et al., 2008) e de não querer sentir os sintomas da doença (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011). Já os fatores relacionados à não adesão foram as crenças negativas a respeito dos medicamentos ou baixa percepção dos benefícios e a falta de conhecimento sobre a condição crônica, o tratamento e os medicamentos (WEST; LEFLER; FRANKS, 2010; TORDOFF; BAGGE; GRAY et al., 2010, CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011).

A não conscientização por parte do idoso na questão do seguimento da terapia é um problema comumente verificado. Muitas deles, na ausência de sintomas, não utilizam os medicamentos prescritos (LEÃO E SILVA; SOARES; OLIVEIRA et al., 2013). A carência de informações sobre a condição crônica e a baixa percepção dos benefícios advindos com o uso dos medicamentos podem gerar dúvidas quanto à necessidade e eficácia do tratamento medicamentoso prescrito e podem levar ao não uso dos medicamentos (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011).

O conhecimento do nome da medicação é essencial para que o idoso ou familiar/cuidador saiba diferenciá-la no momento da compra e utilização, bem como informar sobre as mesmas por ocasião de internações, exames, reações adversas, alergias, entre outros. O conhecimento sobre o nome, dose e frequência de administração dos medicamentos é de suma importância para que o idoso evite cometer erros na utilização dos mesmos (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011).

O esquecimento é um fator relacionado à não adesão à terapêutica medicamentosa em idosos (TORDOFF; BAGGE; GRAY et al., 2010; SOUSA; PIRES; CONCEIÇÃO et al., 2011). A dificuldade para se lembrar do horário de administração dos medicamentos constitui risco para a não adesão por comportamento não intencional. Tal aspecto pode estar relacionado, entre outros, à polifarmácia, aos transtornos mentais e aos prejuízos cognitivos,

que podem dificultar o reconhecimento e memorização dos horários de administração dos medicamentos (CRUZ; MIRANDA; VEDANA et al., 2011).

O consumo de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar são citados na literatura como fatores associados à não adesão (VIK; HOGAN; PATTEN et al., 2006; LEÃO E SILVA; SOARES; OLIVEIRA et al., 2013). Esses fatores podem aparecer associados em muitos indivíduos e trazem consequências ruins para a saúde. Os idosos alcoolistas e/ou fumantes tendem a ser pouco motivados a parar de consumir bebidas alcoólicas e/ou cigarros, subestimando os próprios riscos e considerando-se relativamente imunes aos prejuízos causados pelo álcool e/ou cigarro (LIMA; SIMÃO; OLIVEIRA et al., 2009; ZAITUNE; BARROS; LIMA et al., 2012).

2.3 Métodos para verificar a adesão

Não existe um método de medida universalmente aceito que avalie a adesão à terapêutica, pois a complexidade desse comportamento ainda não permitiu estabelecer um método ideal, que possa ser utilizado como instrumento de medida de referência quando se pretende avaliar a adesão e identificar a não adesão (MARCUM; GELLAD, 2012). A escolha do método de avaliação de adesão está relacionada com a condição da pessoa e do estudo, devendo ser considerada a validade e a especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar (BORBA; MARQUES; LEAL et al., 2013).

Os métodos para medir a adesão são classificados em métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento (OIGMAN, 2006). Eles consistem na detecção de medicamentos e metabólitos em fluidos biológicos, verificando-se os níveis plasmáticos dos medicamentos, e na utilização de marcadores químicos que são administrados junto com os medicamentos, quando não é possível detectar a concentração dos mesmos nos fluidos biológicos por técnicas analíticas (OIGMAN, 2006).

Há duas maneiras distintas de se obter tal comprovação: a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido. A análise biológica consiste na verificação, no sangue ou na urina, do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos. Apesar de ser considerado método padrão ouro, para avaliar adesão, apresenta alguns inconvenientes que tornam sua execução impraticável, como, por exemplo, o alto custo. Além disso, pode sofrer alterações de outros fatores biológicos (OIGMAN, 2006).

A adição de um traçador baseia-se na adição, ao medicamento em uso, de uma outra substância inócua ao organismo que tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si. Esse método, além dos problemas já referidos anteriormente, apresenta um problema ético não fácil de ser contornado, uma vez que o paciente de alguma forma deveria previamente ser informado da ingestão de ambas as substâncias (OIGMAN, 2006).

Os métodos diretos apresentam como vantagem o fato de serem mais precisos. E, como desvantagem, o fato de requerem mais equipamentos sofisticados, tornando-se dispendiosos e pouco úteis em saúde pública. Os métodos diretos não costumam ser utilizados para avaliar a adesão em idosos (WILLIAMS; MANIAS; WALKER 2008).

Quadro 1 – Métodos diretos para verificar a adesão.

Método	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento.	Análise quantitativa do medicamento nem sempre disponível, dispendiosa, requer amostras de diferentes fluídos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos.
Composto traçador	Permite análise semiquantitativa do traçador.	Nem sempre fácil de combinar o estado fixo do medicamento com índice da medicação, requer amostragem de fluidos corporais (sangue, urina).

Fonte: Adaptado de Oigman (2006).

Entre os métodos indiretos, destacam-se: avaliação dos resultados terapêuticos ou do efeito farmacológico, impressão da equipe de saúde, reabastecimento de receitas, sistemas microeletrônicos (monitores eletrônicos na própria embalagem do medicamento), contagem de comprimidos, entrevista com o indivíduo (autorrelato de adesão) (MARCUM; GELLAD, 2012). Embora os métodos indiretos apresentem algumas desvantagens, como uma menor especificidade e sensibilidade em relação aos métodos diretos e tendência a superestimar a adesão, eles são frequentemente mais rápidos para a obtenção de resultados, flexíveis, fáceis e práticos (OIGMAN, 2006).

Entre os métodos indiretos, a avaliação dos resultados terapêuticos ou do efeito farmacológico pode não ser confiável, pois é difícil avaliar se a resposta terapêutica é diretamente proporcional ao tratamento prescrito (MARCUM; GELLAD, 2012). A impressão

da equipe de saúde também pode ser um método falho, na medida em que o desejo de agradar ou de evitar a desaprovação pode levar os pacientes a se mostrarem como mais aderentes do que realmente são (OIGMAN, 2006).

O reabastecimento de receitas pode oferecer a média do nível de adesão ao tratamento. Contudo, é um método trabalhoso, pois requer o desenvolvimento de um programa de computador, além da escolha de um grupo restrito de farmácias, nas quais as informações colhidas possam apresentar credibilidade. É um método sujeito a vícios de amostragem (MARCUM; GELLAD, 2012).

Os sistemas microeletrônicos constituem-se no método mais moderno de avaliação de adesão ao tratamento. Todavia, são muito onerosos e requerem o uso de frascos especiais, que contenham na tampa um microprocessador. O processo baseia-se, resumidamente, no fato de cada abertura e fechamento da tampa ser memorizada como uma tomada do medicamento. Os dados coletados posteriormente, por um computador, informam as datas e os horários e os intervalos entre todas as prováveis tomadas (MARCUM; GELLAD, 2012).

No uso dos sistemas microeletrônicos a aderência pode ser superestimada caso a abertura dos frascos não signifique a ingestão do medicamento pelo paciente. Uma de suas grandes falhas está na impossibilidade de detectar a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de várias pílulas de uma só vez. Mesmo assim, este dispositivo é um dos melhores em oferecer uma estimativa média da frequência da ingestão diária e do intervalo entre as doses (OIGMAN, 2006).

O método de contagem de comprimidos consiste em verificar a diferença entre o número de comprimidos oferecidos ao paciente e o número em seu poder na consulta ou visita domiciliar subsequente à prescrição dos medicamentos. Ele é muito suscetível à manipulação pelo paciente (MARCUM; GELLAD, 2012).

O método indireto mais utilizado é o autorrelato do indivíduo ou do cuidador através da realização de entrevistas com aplicação de questionários específicos. (WILLIAMS; MANIAS; WALKER 2008). Trata-se do método mais acessível e de menor custo que apresenta maior aplicabilidade em saúde pública, uma vez que pode ser aplicado em todos os níveis de atenção (SILVEIRA; SOUZA; GOLDMEIER et al., 2010).

Em se tratando de autorrelato de adesão, Morisky, Green, Levine (1986), desenvolveram um instrumento com o intuito de que ele permitisse ao mesmo tempo uma aplicação extensiva, regular, e que se adaptasse facilmente a qualquer contexto clínico. Eles desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão aos tratamentos, a cujos itens os inquiridos respondiam de forma dicotômica (“sim/não”). Este instrumento foi

validado com pacientes hipertensos que faziam uso de medicação. O Teste de Morisky e Green (TMG), como é chamado, já foi utilizado e validado em diversos países e é um dos mais conhecidos mundialmente.

O pressuposto da validação do TMG radica na ideia de que um hipertenso que mantém a sua tensão arterial controlada tem um comportamento de adesão aos tratamentos. Este critério é na verdade problemático, na medida em que pressupõe uma relação direta entre a adesão e os resultados clínicos desejados. O resultado clínico não deve ser considerado um critério válido para medir a adesão aos tratamentos, uma vez que o paciente pode curar-se ou estar com o problema de saúde controlado por muitas outras razões além da adesão ao tratamento tal qual foi prescrito. Em outros casos, o paciente pode aderir e, no entanto, o tratamento não manifestar o efeito desejado (DELGADO; LIMA, 2001).

Com o intuito de aprimorar a medida desenvolvida por Morisky, Green, Levine (1986) e, considerando que a resposta aos itens da medida de adesão na forma dicotômica apresentada no TMG o torna pouco sensível para captar as diversas situações em termos de comportamentos de adesão, Delgado, Lima (2001) adaptaram e validaram um outro instrumento para avaliar adesão.

O instrumento desenvolvido por Delgado, Lima (2001), denominado Medida de Adesão aos Tratamentos, permite uma mais fácil e extensiva identificação, por parte dos profissionais de saúde, do comportamento dos pacientes quanto à sua adesão ao tratamento. Para a construção desse instrumento foi considerado como adesão o uso entre 80% e 120% da dose prescrita no âmbito do tratamento. E como não adesão as percentagens abaixo ou acima das referidas. O referido instrumento foi utilizado no presente estudo para avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa em idosos.

Tendo em conta que o fracasso da terapêutica de muitas DCNTs se deve substancialmente à inadequada adesão aos tratamentos, é importante estar ciente de que a utilização de um instrumento válido e viável de autorrelato pode fornecer ao profissional de saúde/enfermeiro um esboço do perfil de adesão aos tratamentos de cada paciente. Este conhecimento pode possibilitar o delineamento de estratégias de atuação junto do paciente que resultem em uma melhor adesão por parte do mesmo.

Quadro 2 – Métodos indiretos para verificar a adesão.

Método	Vantagens	Desvantagens
Avaliação dos resultados terapêuticos ou do efeito farmacológico	Fácil, barata.	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na aderência.
Impressão da equipe de saúde	Fácil, barata, frequentemente de alta especificidade.	Baixa sensibilidade, superestima a aderência total.
Reabastecimento de receitas	Fornecer taxa média de aderência.	Trabalhoso, requer programa de computação e de centralização dos registros e das farmácias.
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia tanto a taxa média quanto dinâmica.	Muito caro, requer o retorno pelo paciente dos frascos especiais e análise pelo computador dos dados acumulados da aderência, não está sujeito a manipulação pelo paciente.
Contagem de comprimidos	Fornecer taxa média de aderência.	Fácil de o paciente subverter os dados por manipulação. Colaboração em trazer os frascos de volta.
Entrevista com o indivíduo (autorrelato de adesão)	Fácil, custo baixo.	Superestima a taxa real de aderência.

Fonte: Adaptado de Oigman (2006).

2.4 Papel do enfermeiro na adesão a terapêutica medicamentosa por idosos

Envelhecer com autonomia e independência é um desafio do próprio desenvolvimento do ser humano. O ser idoso requer da parte do enfermeiro cuidados, suporte, tratamentos e, fundamentalmente, respeito e dignidade. Ser enfermeiro implica em situar-se em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde das pessoas,

tendo em vista a prevenção e a eliminação da doença, e, por outro lado, situar-se em relação a tudo o que revitaliza alguém que já esteja doente (COLLIERE, 1999).

Na prática diária do enfermeiro a principal característica da profissão é o cuidado. Cuidar pode ser definido como manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à mesma. Pode manifestar-se por desvelo, responsabilidade, atenção, cautela entre outros atributos do cuidado humano (LIMA; VARGENS; QUITETE, 2008).

O enfermeiro, para cuidar, tem que compreender a complexidade da experiência do idoso que toma medicamentos e que vive o processo de gerir a sua medicação. Ajudar os idosos a gerir os seus medicamentos, no sentido de aumentar a adesão e conseguir os melhores resultados de saúde, é uma responsabilidade do enfermeiro (HENRIQUES; COSTA; CABRITA, 2012).

O cuidado de enfermagem ao idoso pode ser efetivado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que representa o instrumento de trabalho do enfermeiro, com objetivo de identificar as necessidades do cliente e apresentar uma proposta ao seu atendimento, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico (NOBREGA; FERNANDES; COSTA, 2012).

A SAE configura-se no desenvolvimento de uma metodologia da prática do enfermeiro para organizar e sistematizar o cuidado e pode efetivar-se por meio do Processo de Enfermagem (PE), que é um método desenvolvido com base nos princípios científicos, tendo como objetivo imprimir racionalidade ao processo de cuidar. O PE é composto pelas seguintes etapas: histórico de enfermagem, que compreende a anamnese e o exame físico; diagnóstico de enfermagem; planeamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). O seu uso possibilita a aplicação, na prática, dos fundamentos teóricos da enfermagem, qualificando o cuidado.

O cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planeadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do cliente, de sua família e de seu contexto socioambiental e cultural (GONÇALVES, 2010). A SAE, e nela inserido o PE como metodologia empregada pelos enfermeiros na prática clínica, favorece o cuidado articulando de forma indissociável as dimensões do pensar, do sentir e do agir (CARVALHO; BACHION, 2009).

Ao conhecer o idoso e identificar suas necessidades, o enfermeiro tem condições de auxiliá-lo através do planeamento conjunto das ações/intervenções de cuidado e da

mensuração dos resultados alcançados. O diagnóstico de enfermagem, como base para as intervenções, é um passo essencial para o PE e um ponto crucial para prover um cuidado de qualidade (GAUTÉRIO; SANTOS; STRAPASSON et al., 2013).

A falta de adesão é um diagnóstico de enfermagem que norteia o desenvolvimento de intervenções de enfermagem. Segundo a NANDA (2013), a falta de adesão pode estar relacionada a: capacidades pessoais, conhecimento relevante para o comportamento do regime de tratamento, crenças de saúde, forças motivacionais, influências culturais, sistemas de valores do indivíduo, o tratamento em si, crenças percebidas de pessoas significativas, envolvimento de membros da família no tratamento, acesso aos cuidados, acompanhamento regular do provedor, cobertura de saúde individual, habilidades de comunicação e de ensino do provedor, relacionamento cliente-provedor e satisfação com o cuidado.

O conhecimento da prevalência de adesão e dos fatores que levam ao uso ou não de medicamentos prescritos em idosos possibilita a elaboração e o planejamento de intervenções direcionadas às necessidades de saúde específicas dos mesmos. É importante que o enfermeiro, no planejamento e realização das suas intervenções, parta de uma perspectiva que inclua os aspectos biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, culturais e ambientais dos idosos. Sempre na perspectiva da promoção de um viver saudável, principalmente para aqueles que vivem com uma condição crônica e que utilizam medicamentos.

Tendo por base esses pressupostos, torna-se mais fácil ultrapassar as barreiras referentes à adesão à terapia medicamentosa, que poderão prender-se a crenças e percepções individuais, questões econômicas e socioculturais, ou estar relacionadas às características dos próprios medicamentos ou dos sistemas de saúde e profissionais. É preciso ter em mente que aumentar a efetividade das intervenções sobre a adesão terapêutica pode ter uma repercussão muito maior sobre a saúde dos idosos do que qualquer melhora dos tratamentos médicos específicos (HAYNES; ACKLOO; SAHOTA et al., 2008).

A não adesão ao tratamento é um desafio persistente para o enfermeiro e demais profissionais da saúde. Os enfermeiros, trabalhando em conjunto com demais profissionais de saúde, constituem uma grande força para melhorar a adesão e os resultados da atenção à saúde (WHO, 2003). Os cuidados de enfermagem são indispensáveis na melhoria do estado de saúde das pessoas, quer quando a intervenção se dirige à manutenção ou à obtenção de estilos de vida saudáveis, quer quando, em situação de doença, se encaminham à aquisição do bem-estar ou à promoção da independência (SANTOS; GAUTÉRIO; VIDAL et al., 2013).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) apresenta duas intervenções de enfermagem que podem ser utilizadas para estimular a adesão aos medicamentos: o

controle de medicamentos e a educação em saúde. O controle de medicamentos tem por objetivo a facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMANN, 2010). As atividades que se incluem nesta intervenção são realizadas cotidianamente por enfermeiros na atenção a pacientes com problemas crônicos (ARÉVALO; GONZÁLES; GARCÍA et al., 2013).

Para realizar as atividades da intervenção relacionadas ao controle de medicamentos, o enfermeiro precisa ter conhecimento da ação do medicamento no organismo, métodos e vias de administração, eliminação, reações colaterais, dose máxima e terapêutica, efeitos tóxicos, e das técnicas de administração pelas diferentes vias, bem como da anatomia e fisiologia humanas, pois falhas no conhecimento do enfermeiro refletem diretamente na orientação que é fornecida ao idoso (MIASSO; CASSIANI, 2005). Segundo a NIC, também é necessário monitorar a adesão da pessoa idosa ao regime de medicamentos e determinar os fatores que possam levá-la a não fazer uso dos fármacos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMANN, 2010).

A educação em saúde refere-se ao desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária a comportamento que promova a saúde (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMANN, 2010). A enfermagem como profissão dedicada ao cuidado humano tem a educação como um importante eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática (FAVA; NUNES; GONÇALVES et al., 2013). Para o idoso e sua família a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia que pode possibilitar a aquisição e compartilhamento de informações, e, conseqüentemente, uma maior participação e comprometimento com a terapêutica medicamentosa.

A educação em saúde para os idosos e familiares pode ser realizada de forma individual, através da consulta de enfermagem, ou em grupo, seja no hospital, no ambulatório, na comunidade ou em instituições de longa permanência. A inclusão dos familiares deve-se à importância do apoio familiar na adesão à medicação (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). O enfermeiro deve considerar que o idoso encontra-se inserido em um contexto social e familiar e, desse modo, a mesma preocupação dispensada a ele deve ser dispensada à sua família (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Um dos objetivos da educação em saúde é desenvolver nas pessoas a autonomia e o senso de responsabilidade pela sua própria saúde (BORBA; MARQUES; LEAL et al., 2013). Desse modo, o enfermeiro, através de ações educativas, deve motivar o idoso a realizar o autocuidado, utilizando estratégias de ensino-aprendizagem, estimulando-o à comunicação e à verbalização dos seus problemas (FAVA; NUNES; GONÇALVES et al., 2013).

Na educação em saúde para a adesão, o enfermeiro precisa estabelecer com o idoso uma relação colaborativa e acima de tudo de corresponsabilidade, o que pressupõe que todas as ações desenvolvidas impliquem na troca de experiências, questionamentos e humanização, e não em atos dominadores, informativos e distantes da realidade (FAVA; NUNES; GONÇALVES et al., 2013). A troca de experiências pode contribuir para a melhora da adesão.

A prática educativa, nessa perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (FAVA, NUNES; GONÇALVES et al., 2013). O desenvolvimento de ações educativas pode proporcionar ao idoso uma visão mais ampla sobre sua condição de saúde e a importância do uso regular do medicamento, motivando-o à incorporação de atitudes saudáveis nos hábitos de vida e à adesão ao tratamento.

Para desenvolver um trabalho de qualidade e que renda resultados positivos, o enfermeiro precisa conhecer o idoso, saber suas maiores dificuldades, quais os pontos críticos em que deve atuar, estar atualizado para compartilhar informações e, sobretudo, estabelecer uma relação de confiança (BORBA; MARQUES; LEAL et al., 2013). O enfermeiro influenciará na adesão na medida em que atingir o universo do idoso e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos, incluindo a valorização do consumo de medicamentos como benefício em seu cotidiano, quando isso se fizer necessário (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A educação em saúde para o idoso e seus familiares pode favorecer a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro. O enfermeiro, conhecendo a multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão, pode planejar e implementar estratégias adequadas ao idoso, de forma a contemplar as singularidades de cada situação.

Faz-se necessário enfatizar que não existem estratégias que melhorem definitivamente a adesão. Os esforços para melhorar a aderência devem ser mantidos durante o tempo em que for necessário o tratamento medicamentoso (HAYNES, ACKLOO; SAHOTA et al., 2008). Desse modo, a pessoa idosa em tratamento medicamentoso necessita de acompanhamento contínuo por parte da equipe de enfermagem. Destaca-se, então, a importância de que a educação em saúde se faça de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa idosa.

A adesão ao tratamento constitui um desafio não apenas para a pessoa idosa e sua família, mas, sobretudo, para os profissionais de saúde/enfermeiro, ao lidarem com contextos culturais e sociais tão diversificados e singulares, próprios do ser humano. Essas características peculiares precisam ser resgatadas e valorizadas no planejamento das ações voltadas para a educação em saúde (FAVA; NUNES; GONÇALVES et al., 2013). As ações necessárias para a adesão ao tratamento e cuidados de longo prazo estão profundamente imbricadas ao contexto socioambiental das pessoas idosas.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

O presente estudo foi realizado por meio de dois métodos distintos com a finalidade de alcançar os objetivos estabelecidos. Para o alcance do primeiro objetivo utilizou-se uma revisão integrativa da literatura. Para a concretização do segundo, terceiro, quarto e quinto objetivos foi desenvolvida uma pesquisa quantitativa.

3.2 Revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa (RI) da literatura é um método específico de revisão que sintetiza a literatura teórica e empírica com o intuito de aprofundar o entendimento de determinado tema ou problema de saúde (WHITEMORE; KNAFL, 2005). Por meio da RI, o pesquisador analisa as investigações relevantes, buscando embasamento para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica.

O estudo partiu de uma revisão integrativa da literatura na intenção de identificar a produção científica existente no tema de estudo e, assim, oferecer um aporte científico para a concretização dos demais objetivos da tese, além de contribuir para a elaboração do instrumento de coleta de dados.

A revisão integrativa da literatura do presente estudo foi constituída por seis etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão (seleção dos artigos); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos estudos incluídos; interpretações dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (WHITEMORE; KNAFL, 2005). A questão norteadora da RI foi: Quais são os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos?

O levantamento bibliográfico foi realizado *on-line*, em publicações indexadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (*Public/Publish Medline*), CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*) e no Portal SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sem delimitação do período de tempo da publicação. A busca dos artigos se deu por meio do Portal de Periódicos Capes disponível no *site* da FURG. A coleta de dados aconteceu no mês de maio do ano de 2013.

Os descritores utilizados na busca estão presentes na lista dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH): *medication adherence* e *aged*; e “adesão à medicação” e “idoso”. Foram utilizadas estratégias de busca específicas de acordo com as características de cada base. Na CINAHL e PubMed foram usados os descritores do MeSH *medication adherence* e *aged* e o operador booleano *and*. Na LILACS foram utilizados os descritores do DeCS “adesão à medicação” e “idoso” e o operador booleano *and*, pois a busca com os descritores *medication adherence* e *aged* e o operador booleano *and* resultou em nenhuma publicação. No portal SciELO foi usado somente o descritor *medication adherence*, pois a busca com os demais descritores resultou em nenhuma publicação.

Os critérios definidos para a seleção da amostra foram: artigos na íntegra indexados nas bases de dados referidas e disponíveis *on-line*, de acesso livre; que abordassem a temática do estudo (adesão à medicação por idosos); apresentação de resumo para primeira apreciação; procedência brasileira ou estrangeira, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critério de exclusão adotou-se: artigos cuja média de idade da população estudada fosse inferior a 60 anos. Os estudos repetidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez.

A partir da busca nas bases de dados localizaram-se inicialmente 2451 publicações. Para a seleção dos artigos realizou-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e, como primeira análise, a leitura dos resumos. Sempre que o título e o resumo dos estudos não foram esclarecedores, procedeu-se à leitura do artigo na íntegra, a fim de evitar a exclusão de estudos importantes. A partir dessa análise foram depurados 49 artigos como amostra final, sendo seis estudos na LILACS, sete na SciELO, 22 na CINAHL e 14 na PubMed (Tabela 1).

Tabela 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed, CINAHL, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Crítérios de seleção dos artigos	LILACS	SciELO	CINAHL	PubMed	Total
Produção encontrada	32	171	656	1592	2451
Ausência de resumo disponível	—	—	68	73	141
Falta de texto completo	01	—	146	1077	1224
Não é artigo científico	01	—	05	—	06
Idioma diferente do português/inglês ou espanhol	—	—	—	01	01
Não aborda a temática do estudo (adesão à medicação por idosos)	21	153	403	411	988

Média de idade da população do estudo < 60 anos	03	09	12	09	33
Repetido em outra base	—	02	—	07	09
Total selecionado	06	07	22	14	49

Fonte: Dados da pesquisa.

A decisão sobre a pertinência dos documentos selecionados para a análise dependeu, ainda, da clareza e consistência científica com que, no conteúdo de cada texto, foram descritos os dados referentes à metodologia, aos participantes e aos resultados.

Elaborou-se um formulário de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo, constando as informações: título, periódico, ano, país de origem, autores, área de atuação, objetivo, delineamento, resultados, fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa, nível de evidência e base de dados (APÊNDICE A).

Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento presentes nos artigos selecionados, utilizaram-se sete níveis de evidência: Nível I: Evidência decorrente e Revisões Sistemáticas ou Meta-Análise de Estudos Randomizados Controlados (RCTs) relevantes, ou evidência decorrente de *Guidelines* para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCTs; Nível II: Evidência obtida através de pelo menos um RCT; Nível III: Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de coorte; Nível V: Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida através da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos. Considerando que essa classificação se baseia no tipo de delineamento do estudo e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, os níveis I e II são consideradas evidências fortes, III e IV são moderadas e de V a VII são fracas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A análise dos dados ocorreu por meio do estabelecimento de cinco categorias temáticas, escolhidas *a priori* e adaptadas a partir das cinco dimensões descritas pela OMS (2003) relacionadas à adesão medicamentosa: socioeconômica; sistema de saúde e profissionais de saúde; doença; terapêutica; paciente. Neste estudo elas foram denominadas: Fatores Demográficos, Econômicos e Sociais; Sistema de Saúde e Profissionais de Saúde; Condições de Saúde; Terapêutica Medicamentosa; Fatores Comportamentais do Idoso.

3.3 Pesquisa quantitativa

Foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. No presente estudo, optou-se pelo caráter exploratório devido à sua peculiaridade de proporcionar uma visão geral da temática (GIL, 2009). O propósito dos estudos descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, podendo ser utilizados em pesquisas para verificar prevalência de um desfecho como no caso do presente estudo, que busca verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa (POLIT; BECK, 2011).

O estudo caracteriza-se como transversal porque todas as medições foram feitas em um único momento, sem período de seguimento (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS et al., 2008). A abordagem quantitativa prevê a mensuração das variáveis pré-estabelecidas, possibilitando verificar e explicar a associação de uma com as outras por meio de testes estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

3.3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado nos ambulatórios de Angiologia, Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Urologia do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), Rio Grande do Sul, Brasil. O HU-FURG é um órgão vinculado à FURG e tem por finalidade servir à implementação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como promover e incentivar o desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, objetivando a integração do ensino com a assistência (FURG, 2013).

O HU-FURG é constituído por 213 leitos, distribuídos em diferentes áreas: pediatria, clínica cirúrgica, clínica médica, maternidade, unidade de tratamento intensivo geral e neonatal e observação, em um setor junto ao Serviço de Pronto Atendimento, serviço de traumatologia. É um hospital que atende somente pacientes do SUS e disponibiliza: internações, consultas ambulatoriais em diversas especialidades médicas, exames de laboratório e imagenologia. Ele também oportuniza a assistência integral através dos serviços prestados por enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e educadores físicos (FURG, 2013).

As especialidades de Angiologia, Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Urologia foram eleitas para realização do estudo devido ao número

elevado de idosos em seguimento terapêutico nesses ambulatórios. Somente no ambulatório de endocrinologia são realizadas consultas de enfermagem para clientes, nos demais são realizadas somente consultas médicas. O agendamento das consultas para essas especialidades é feito através das unidades básicas de saúde do Município de Rio Grande e de uma central de agendamentos do hospital (FURG, 2013).

Os ambulatórios de Traumatologia, Nefrologia, Reumatologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Hematologia e Ginecologia não foram selecionados para o estudo, pois são referência no atendimento dessas especialidades para todos os municípios da Terceira Coordenadoria de Saúde e apresentam um fluxo muito grande de pacientes com características diferentes da população que se pretendia investigar neste estudo.

3.3.2 População

Pessoas idosas (BRASIL, 2003), em atendimento ambulatorial. Optou-se por idosos em atendimento ambulatorial porque eles geralmente apresentam pelo menos uma condição crônica e costumam utilizar medicamentos para tratá-la.

Foram critérios de inclusão dos idosos no estudo: estar em atendimento ambulatorial HU-FURG; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista.

Foram critérios de exclusão: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico; apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impedissem a resposta às questões dos instrumentos de pesquisa.

3.3.3 Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula para populações infinitas em estudos transversais (TRIOLLA, 2005). Essa fórmula leva em consideração a prevalência do fenômeno que se pretende estudar – no caso a adesão à terapêutica medicamentosa em pessoas idosas –, o nível de confiança e o erro amostral.

A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

n = tamanho da amostra;

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que se pretende estudar;

q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que se pretende estudar ($q = 1 - p$);

Z $\alpha/2$ = valor crítico que corresponde ao nível de confiança desejado;

E = margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional.

Para o cálculo foi utilizada uma prevalência de 50% de adesão à medicação por idosos conforme estudo nacional com idosos (BORBA; MARQUES; LEAL et al., 2013), um nível de confiança de 95% ($Z_{\alpha/2} = 1,96$) e uma margem de erro de 10%. Obteve-se $n = 96$. Adicionaram-se 10% para controle de fatores de confusão e 10% para perdas, totalizando $n = 116$. Após a coleta de dados nove instrumentos foram descartados por falhas no preenchimento, sendo a amostra final composta por 107 idosos.

A amostra foi não probabilística por conveniência, pois o HU-FURG não disponibilizou uma lista com os pacientes atendidos a nível ambulatorial, não sendo possível selecionar os sujeitos aleatoriamente.

3.3.4 Instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos: o primeiro, contendo seis partes com o objetivo de caracterizar o idoso e os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa; o segundo, denominado Miniexame do Estado Mental (MEEM), serviu para avaliar a cognição do idoso; e o terceiro, denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), foi utilizado para verificar a adesão do idoso à terapêutica medicamentosa.

Caracterização do idoso e fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa é um instrumento composto por seis partes e teve por objetivo caracterizar o idoso quanto a fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, uso de medicamentos e quanto aos fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa (APÊNDICE B).

A primeira parte do instrumento contém 15 questões para caracterização demográfica e socioeconômica do idoso. Apresenta três questões abertas, seis dicotômicas e seis de

múltipla escolha. As questões de número 1 a 11 dizem respeito à caracterização sociodemográfica do idoso; 12, 13 e 14 ao apoio social; 15 a aspectos econômicos; e 16, ao letramento funcional em saúde.

A segunda parte do instrumento contém oito questões relacionadas ao sistema e aos profissionais de saúde. Apresenta duas questões dicotômicas e seis de múltipla escolha, as de números 17, 19 e 22 admitem mais de uma resposta. As questões de números 17, 18 e 19 referem-se ao acesso ao sistema de saúde e aos medicamentos, as de números 20, 21, 22 e 23 dizem respeito à relação idoso-profissional de saúde, e a 24, à satisfação do idoso com o atendimento de saúde que recebe.

A terceira parte do instrumento contém oito questões relacionadas às condições de saúde do idoso. Apresenta duas questões abertas, quatro dicotômicas e duas de múltipla escolha que admitem mais de uma resposta. As questões buscam identificar a presença de condições crônicas de saúde, de dificuldades referentes a problemas visuais, motores e de deglutição e o histórico de internações e consultas médicas nos últimos 12 meses.

A quarta parte do instrumento contém 14 questões relacionadas ao comportamento do idoso. Todas as questões são dicotômicas. As questões versam sobre crenças, atitude, conhecimentos e percepções do idoso que, segundo a literatura, podem estar relacionadas com a adesão à medicação.

A quinta parte do instrumento contém seis questões dicotômicas relacionadas à terapêutica medicamentosa do idoso e mais um quadro para caracterização da prescrição medicamentosa. A sexta parte do instrumento contém duas questões abertas sobre os motivos que levam os idosos a aderirem ou não à terapêutica medicamentosa.

Todos os itens do instrumento foram elaborados pela pesquisadora a partir da revisão integrativa da literatura e apresentam relação com a adesão à terapêutica medicamentosa em idosos. O instrumento foi enviado para dois docentes que desenvolvem estudos na área da Gerontologia e fazem parte do GEP-GERON para validação quanto à aparência e conteúdo. Os dois docentes analisaram o instrumento e sugeriram alterações que foram realizadas antes da realização do teste piloto.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi concebido por FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH (1975) para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em idosos (ANEXO A). Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visoespaciais. É o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado mundialmente, validado em diversos

países. No Brasil, foi validado por Bertolucci, Brucki, Campacci, et al. (1994) e modificado por Brucki, Nitrini, Caramelli et al. (2003) e Lourenço; Veras (2006).

Esse instrumento foi utilizado neste estudo para avaliar a cognição dos idosos pois alterações cognitivas podem interferir na capacidade de aderir à terapêutica medicamentosa prescrita (HAYES; LARIMER; ADAMI et al., 2009). A avaliação cognitiva tem como um dos seus principais objetivos determinar se o desempenho observado em tarefas cognitivas está dentro da faixa de normalidade para a idade e para a escolaridade, ou se indica declínio além do esperado, o que poderia sinalizar indícios de comprometimento (YASSUDA; ABREU, 2011).

O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo 19 questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas. O score do MEEM pode variar de um mínimo de zero pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975).

Estudos detectaram que o nível de escolaridade exerce influência sobre os scores do MEEM (BERTOLUCCI; BRUCKI, CAMPACCI et al., 1994; ALMEIDA, 1998; BRUCKI; NITRINI, CARAMELLI et al., 2003), em função disso diferentes pontos de corte foram propostos por diversos autores. Neste estudo foi utilizado o modelo do MEEM e o ponto de corte proposto por Lourenço, Veras (2006). Esses pesquisadores validaram o MEEM com idosos em atendimento ambulatorial e propuseram um ponto de corte de 18/19 pontos para analfabetos e 23/24 pontos para indivíduos com mais de um ano de escolaridade.

A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é um instrumento utilizado para identificar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito (ANEXO B). Foi adaptado e validado por Delgado, Lima (2001) em Lisboa, Portugal. Este instrumento é composto por sete itens, dos quais os de números 1, 2, 3 e 4 foram adaptados da escala de Morisky, Green e Levine (1986), o de número 6 de Ramalinho (1994) e o de número 7 de Shea, Misra, Ehrlich et al. (1992).

Para validar o instrumento, Delgado, Lima (2001) realizaram um estudo com 167 sujeitos, entre 23 e 87 anos de idade, com variadas DCNTs. Metade dos sujeitos respondeu às sete questões em escala dicotômica (sim = 0 e não = 1) e os demais responderam em escala Likert de seis pontos (variava de sempre = 1 a nunca = 6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável, cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. No caso das respostas na escala dicotômica, o nível de adesão resulta da simples adição dos

valores de cada item. Já, no caso das respostas na escala Likert, o nível de adesão é obtido através da soma dos valores de cada item dividido pelo número total de itens. Em ambos os casos, quanto maior o valor obtido, maior é o nível de adesão.

No estudo de Delgado, Lima (2001) foi analisada a consistência interna do instrumento na condição de resposta em escala dicotômica e em escala Likert e a validade concorrente através do critério contagem de comprimidos. A MAT apresentou uma boa consistência interna ($p < 0,001$) e maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) na condição de resposta na forma de resposta de escala Likert³ para captar os diversos comportamentos de adesão ao tratamento. Em termos de validade concorrente, a MAT apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta.

A versão final da MAT proposta por Delgado, Lima (2001) é composta por sete itens, cujas respostas são sob a forma de escala Likert e as pontuações são: sempre = 1; quase sempre = 2; com frequência = 3; às vezes = 4; raramente = 5; e, nunca = 6. As respostas de cada um dos itens são somadas e, após, esse valor é dividido pelo número total de itens. O valor obtido é convertido em uma escala dicotômica, construída para indicar os sujeitos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Considera-se como não adesão ao tratamento os valores obtidos de 1 a 4, e como adesão os valores 5 e 6.

No Brasil, esse instrumento foi utilizado pela primeira vez por Faria (2008) com o objetivo de avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa em diabéticos tipo 1, maiores de 18 anos, cadastrados em um Grupo de Educação em Diabetes de um Centro de Pesquisa e extensão Universitária do interior paulista. Em estudos com população idosa, a MAT foi utilizado por Freire (2009) para avaliar a adesão aos medicamentos prescritos por idosos em atendimento ambulatorial em Ribeirão Preto, São Paulo.

Foi solicitada às autoras do instrumento a autorização para utilizá-lo neste estudo. Ela foi concedida com a condição de que ele seja corretamente referenciado (ANEXO C).

³ A escala Likert representa uma série de itens favoráveis ou desfavoráveis a um fenômeno e as respostas indicam a concordância ou discordância com cada afirmação (POLIT; BECK, 2011).

3.3.5 Variáveis

3.3.5.1 Variável dependente

A variável dependente do estudo foi a adesão, obtida através da MAT. Foi considerada aderente o idoso com um escore entre 5 ou 6 na referida medida. Esta variável é do tipo numérica contínua.

3.3.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa em pessoas idosas, identificados na literatura. Elas foram obtidas através do instrumento para caracterização do idoso e dos fatores relacionados à adesão e do MEEM. As variáveis independentes do estudo são descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis independentes do estudo.

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis relacionadas a fatores demográficos e socioeconômicos			
Idade	Referida pelo entrevistado	Anos completos	Numérica discreta
Sexo	Observado pelo entrevistador	Feminino Masculino	Categórica dicotômica
Cor da pele	Observada pelo entrevistador	Branca Negra Parda Amarela Indígena	Categórica politômica
Escolaridade	Referida pelo entrevistado	Não alfabetizado Estudou entre a 1ª e a 4ª série Estudou entre a 5ª e a 8ª série 2º grau incompleto 2º grau completo Superior incompleto Superior completo	Categórica politômica

		Não sabe/não informou	
Anos completos de estudo	Referidos pelo entrevistado	Anos completos	Numérica discreta
Estado civil	Referido pelo entrevistado	Casado/união estável Solteiro Viúvo Divorciado/desquitado/separado Não sabe/não informou	Catagórica politômica
Nº de pessoas que residem com a pessoa idosa	Referido pelo entrevistado	Número inteiro	Numérica discreta
Ocupação	Referida pelo entrevistado	Aposentado Aposentado com atividade remunerada Pensionista Do lar Desempregado Exerce atividade remunerada Não sabe/não informou	Catagórica politômica
Onde vive	Referido pelo entrevistado	Zona urbana Zona rural	Catagórica dicotômica
Auxílio para tomar a medicação	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Alguém que possa prestar cuidados de saúde ou ajudar nas atividades diárias	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Pessoa que auxilia	Referida pelo entrevistado	Filho Esposo ou companheiro Irmão Vizinho	Catagórica politômica

		Pais Uma pessoa contratada Outro. Não se aplica Não sabe/não informou	
Renda	Referida pelo entrevistado	Até um salário mínimo Mais de um até três salários mínimos Mais de três salários mínimos Não sabe/não informou	Categórica politômica
Condições de comprar os medicamentos	Referidas pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Entende as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Variáveis relacionadas ao sistema e aos profissionais de saúde			
Assistência de saúde	Referida pelo entrevistado	Plano de saúde SUS Não sabe/não informou	Categórica politômica
Acesso aos serviços de saúde	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Local no qual adquire medicações	Referido pelo entrevistado	SUS Compra farmácia Consegue gratuitamente na farmácia popular Doação Outro	Categórica politômica
Recebe	Referido pelo	Nunca	Categórica

orientações sobre saúde	entrevistado	Às vezes Sempre	politômica
Consegue compreender as orientações que recebe	Referido pelo entrevistado	Nunca Às vezes Sempre Não se aplica	Categórica politômica
Profissional que fornece orientações	Referido pelo entrevistado	Médico Enfermeiro Farmacêutico Agente Comunitário Outro Nenhum	Categórica politômica
Relacionamento com os profissionais de saúde	Referido pelo entrevistado	Ruim Mais ou menos Bom	Categórica politômica
Satisfeito com o atendimento a saúde	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Variáveis relacionadas com as condições de saúde			
Nível cognitivo	Obtido através do escore do Miniexame do Estado Mental		Numérica contínua
Condições crônicas preexistentes	Referidas pelo entrevistado	Hipertensão Diabetes Doença pulmonar Cardiopatía Artrite ou artrose Reumatismo Insuficiência renal crônica Aids	Categórica politômica

		Câncer Deficiência física ou estrutural contínua Outra	
Nº consultas médicas nos últimos 12 meses	Referido pelo entrevistado	Número inteiro	Numérica discreta
Nº internações nos últimos 12 meses	Referido pelo entrevistado	Número inteiro	Numérica discreta
Consegue tomar seus medicamentos sozinho	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Dificuldade de engolir os medicamentos	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Dificuldade de ler o nome ou a bula dos medicamentos por problemas visuais	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Dificuldade para abrir as embalagens dos medicamentos para tomá-los por causa de problemas nas mãos	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Variáveis relacionadas a questões comportamentais			
Esclarece suas	Referido pelo	Sim	Categórica

dúvidas com algum profissional de saúde	entrevistado	Não	dicotômica
Aceita e tenta seguir as orientações que recebe dos profissionais de saúde	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Crenças nos medicamentos	Referidas pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Preocupa-se em tomar corretamente seus medicamentos	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Sabe o nome de cada medicamento	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Sabe para que serve cada medicamento	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Deixa de tomar seus medicamentos por livre vontade	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Deixa de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica
Deixa de tomar seus medicamentos por	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Catagórica dicotômica

causa do cigarro			
Deixa de tomar seus medicamentos por causa de outras drogas	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Toma os medicamentos somente quando tem sintomas	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Tratamento alternativo	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Esquece de tomar os medicamentos	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Tem vontade de não tomar os medicamentos	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Autoavaliação da condição de saúde	Referida pelo entrevistado	Muito ruim Ruim Regular Boa Muito boa	Categórica politômica
Variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa			
Utiliza lembretes	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Horários dos medicamentos de acordo com as atividades diárias	Referidos pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Reação adversa	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Estratégia para	Referida pelo	Sim	Categórica

tomar corretamente os medicamentos	entrevistado	Não	dicotômica
Tratamento complicado	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Toma a medicação conforme a prescrição médica	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica dicotômica
Nº medicamentos	Referido pelo entrevistado	Número real	Numérica contínua
Variáveis relacionadas aos motivos que levam os idosos a aderirem ou não à terapêutica medicamentosa prescrita			
Motivos que levam o idoso a utilizar medicamentos	Referidos pelo entrevistado		Nominal politômica
Motivos que levam o idoso a não utilizar medicamentos	Referidos pelo entrevistado		Nominal politômica

Fonte: Elaboração própria.

3.3.6 Questões éticas envolvidas no estudo

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG e foi aprovado por ato *ad referendum*, sendo apresentado em reunião do Conselho da EEnf. Depois, foi cadastrado no site da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, com número 962778/2013, e, logo em seguida, encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da FURG, já tendo sido inserido na Plataforma Brasil com número do CAAE: 22733513.7.0000.5324. O projeto obteve Parecer favorável do CEPAS com número de protocolo 164/2013 (ANEXO D). O estudo seguiu todos os preceitos éticos conforme Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013).

Foi solicitada a autorização da direção do HU-FURG para a realização do estudo (ANEXO E). Após o recebimento da autorização foi feito contato com o responsável pelos ambulatórios para explicar o objetivo da pesquisa e a forma como seria conduzida a coleta de dados.

3.3.7 Teste piloto

Após parecer favorável do CEPAS da FURG os instrumentos de coleta de dados foram aplicados junto a 10 idosos em atendimento ambulatorial no HU-FURG. Os objetivos do teste piloto foram: avaliar a clareza e coerência das perguntas elaboradas no instrumento de caracterização do idoso e dos fatores relacionados à adesão; avaliar o entendimento e compreensão dos entrevistados em relação ao instrumento elaborado; verificar o tempo médio de duração das entrevistas; verificar a correta estruturação dos instrumentos de coleta de dados, considerando a sequência das perguntas, a existência de interferência da sequência nas respostas dadas; verificar a aplicabilidade dos instrumentos de coleta de dados na população a ser estudada.

Não foram percebidas inadequações no teste piloto e o instrumento elaborado pela pesquisadora foi considerado adequado. O tempo de duração das entrevistas variou de 20 a 50 minutos. A partir do teste piloto concluiu-se que os instrumentos poderiam ser aplicados na amostra. Os instrumentos do teste piloto não foram incluídos na amostra da pesquisa.

3.3.8 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2013. As entrevistas foram feitas por integrantes do GEP-GERON que receberam capacitação específica e sempre foram para a coleta acompanhados pela pesquisadora principal. Cada idoso foi abordado individualmente na sala de espera dos ambulatórios antes ou após a consulta médica. Antes da realização da entrevista foi solicitado o consentimento do idoso e o mesmo foi esclarecido a respeito da pesquisa. O idoso que aceitou participar assinou ou colocou a digital em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Uma via ficou com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. No TCLE, constavam o objetivo da pesquisa, a questão referente à ausência de riscos diretos para a integridade física/moral dos participantes e sobre o direito do paciente de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento caso desejasse.

3.3.9 Procedimento para organização e análise dos dados

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel 2007 (Sistema Operacional Windows XP, Microsoft Corporation, Inc.), contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação).

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

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos e verificou-se que os dados não seguiam uma distribuição normal, por isso as descrições das variáveis e os testes estatísticos foram realizados a partir da mediana. Na comparação de medianas utilizou-se o teste de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias e o de Kruskal-Wallis para variáveis com mais de duas categorias. O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico que avalia se existe uma diferença estatística significativa entre as médias dos postos de duas condições de uma variável. O teste de Kruskal-Wallis também é não paramétrico e é utilizado com a mesma finalidade do Mann-Whitney só que para variáveis com mais de duas condições (DANCEY; REIDY, 2006).

Para verificar a associação entre a variável dependente e as demais variáveis dicotômicas utilizou-se o teste de Qui-Quadrado, para frequências esperadas maiores de 5, e o teste de Fisher, para frequências esperadas menores de 5. Os testes de Qui-Quadrado e de Fisher são testes não paramétricos utilizados na comparação de duas variáveis nominais e que permitem verificar se estas apresentam relação de dependência (DANCEY; REIDY, 2006).

A correlação entre as variáveis numéricas foi analisada por meio do Coeficiente de Correlação Rho de Spearman. Em todos os testes considerou-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. No entanto, como o processo de recrutamento não envolveu amostragem probabilística, os valores de p deverão ser interpretados considerando a hipótese de que a casuística constituiu uma amostra aleatória simples de uma população de características similares. Os dados se apresentam na forma de tabelas.

4. RESULTADOS

4.1 Revisão integrativa da literatura

A amostra desta revisão foi composta por 49 estudos. Destes, 27 (55,1%) eram originários dos Estados Unidos, 10 (20,4%) do Brasil, dois (4,1%) do Reino Unido, dois (4,1%) de Taiwan. Nigéria, Portugal, Bélgica, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Holanda e França tiveram uma publicação cada. Os 49 artigos foram publicados entre 2001 e 2013, e 34 (69,4%) foram publicados nos últimos cinco anos.

Dos 49 artigos utilizados nesta revisão, 28 (57,1%) foram elaborados por equipes multiprofissionais da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia), alguns com apoio de estatísticos e bioestatísticos; oito (16,3%) foram elaborados somente por enfermeiros, sete (14,3%) apenas por médicos, seis (12,3%) apenas por farmacêuticos.

Em relação ao nível de evidência e delineamento da pesquisa, seis estudos foram classificados com nível de evidência IV (três estudos de caso-controle e três de coorte), sendo considerados fontes de evidências moderadas; um com nível de evidência V (revisão sistemática de estudos descritivos) e 42 com nível de evidência VI (35 estudos descritivos quantitativos e sete qualitativos), sendo estes considerados fontes de evidências fracas.

Nem todos os artigos que compuseram a amostra da RI investigaram a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa. Nos estudos estrangeiros que investigaram, o nível de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos variou de 41% a 94% (STOEHR; LU; LAVERY et al., 2008; TORDOFF; BAGGE; GRAY et al., 2010; SOUSA; PIRES; CONCEIÇÃO et al., 2011; TURNER; HOCHSCHILD; BURNETT et al., 2012). Nos estudos brasileiros variou de 28% a 78% (ROCHA; OLIVEIRA; FERREIRA et al., 2008; CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010; OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

As publicações foram analisadas, organizadas e sintetizadas em cinco categorias temáticas: fatores demográficos, econômicos e sociais; fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde; fatores relacionados às condições de saúde do idoso; fatores relacionados à terapêutica medicamentosa e fatores comportamentais do idoso, conforme descrito no método.

No Quadro 4 são apresentados os fatores associados à adesão à terapêutica medicamentosa em idosos, identificados nos artigos que compuseram a amostra da RI, agrupados em cinco categorias.

Quadro 4 – Fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa em idosos, identificados nos artigos localizados – Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

1. Fatores Demográficos, Econômicos e Sociais
Raça negra Mais de 8 anos de escolaridade Ser viúvo Morar acompanhado Renda pessoal > 2 salários mínimos Receber suporte de um amigo ou familiar Receber suporte social Ter bom nível de capital social
2. Sistema de Saúde e Profissionais de Saúde
Medicações disponíveis pelo sistema de saúde ou plano de assistência Plano de saúde Orientações de profissionais de saúde referente às condições de saúde, tratamento e medicamentos Relação positiva com profissionais de saúde
3. Condições de Saúde
Boa cognição Boa memória
4. Terapêutica Medicamentosa
Número medicamentos ≤ 3 Recursos ambientais (pillbox, lembretes, entre outros)
5. Fatores Comportamentais do Idoso
Acreditar na eficácia e necessidade de uso dos medicamentos Desejo de manter-se saudável Não querer sentir sintomas da doença

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 5 são apresentados os fatores associados a não adesão à terapêutica medicamentosa em idosos, identificados nos artigos que compuseram a amostra da RI, agrupados em cinco categorias.

Quadro 5 – Fatores relacionados a não adesão à terapêutica medicamentosa em idosos, identificados nos artigos localizados – Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

1. Fatores Demográficos, Econômicos e Sociais
<p>Ser não branco</p> <p>Raça negra</p> <p>Idade \geq 75 anos</p> <p>Ser mulher casada</p> <p>Ser solteiro</p> <p>Morar sozinho</p> <p>Morar com mais de 3 pessoas</p> <p>Baixo letramento em saúde</p> <p>Situação financeira desfavorável</p> <p>Custo dos medicamentos</p> <p>Falta de suporte familiar</p> <p>Falta de suporte social</p> <p>Problemas com o cuidador informal</p>
2. Sistema de Saúde e Profissionais de Saúde
<p>Barreiras estruturais dos serviços de saúde</p> <p>Falta de orientações de profissionais de saúde referente às condições de saúde, tratamento e medicamentos</p> <p>Dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos</p> <p>Falta de acompanhamento do médico sobre adesão a medicação</p> <p>Insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde</p>
3. Condições de Saúde
<p>Problemas de cognição</p> <p>Debilidade física</p> <p>Déficits sensoriais</p> <p>Presença de múltiplas condições crônicas</p> <p>Maior número de hospitalizações</p> <p>Maior número de consultas médicas</p> <p>Maior tempo de diagnóstico da doença crônica</p> <p>Baixo funcionamento sexual em homens</p> <p>Disfagia</p>

<p>Transtornos mentais</p> <p>Sintomas depressivos</p> <p>Dificuldades na administração dos medicamentos por déficits sensoriais, cognitivos ou motores</p>
<p>4. Terapêutica Medicamentosa</p>
<p>Número de medicamentos >3</p> <p>Efeitos adversos</p> <p>Complexidade do regime terapêutico</p>
<p>5. Fatores Comportamentais do Idoso</p>
<p>Percepção da saúde ruim</p> <p>Crenças negativas a respeito dos medicamentos ou baixa percepção dos benefícios dos mesmos</p> <p>Esquecimento</p> <p>Eventos estressantes (na vida ou ambiente)</p> <p>Baixa qualidade de vida</p> <p>Substituição do tratamento medicamentoso por outro tipo de tratamento</p> <p>Uso dos medicamentos somente na presença de sintomas</p> <p>Não aceitação das orientações médicas</p> <p>Desejo de não tomar medicamentos ou recusa em tomar</p> <p>Dificuldade de mudar de estilo de vida</p> <p>Falta de conhecimento sobre doença, tratamento e medicamentos</p> <p>Baixa percepção de vulnerabilidade à doenças específicas</p> <p>Independência e auto-suficiência</p> <p>Instabilidade emocional</p> <p>Consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>Hábito de fumar</p>

Fonte: Elaboração própria.

4.2 Pesquisa quantitativa

4.2.1 Perfil dos idosos

A média de idade foi 68 anos (DP = $\pm 6,2$), a mediana de 67 anos. A idade mínima foi de 60 anos e a máxima foi de 83 anos.

De acordo com a Tabela 2, entre os idosos: 74 (69,2%) eram do sexo feminino, 71 (66,4%) tinham idade entre 60-69 anos, 96 (89,7%) eram brancos, 64 (59,8%) eram casados, 96 (89,7%) viviam na zona urbana e 42 (39,3%) moravam com uma pessoa.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com a caracterização demográfica. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis demográficas	n	%
Sexo		
Feminino	74	69,2
Masculino	33	30,8
Faixa etária (em anos)		
60-69	71	66,4
70-79	28	26,1
≥ 80	8	7,5
Cor da pele		
Branca	96	89,7
Negra	7	6,5
Parda	4	3,7
Condição civil		
Casado	64	59,8
Viúvo	26	24,3
Divorciado	10	9,3
Solteiro	7	6,5
Local onde vive		
Zona urbana	96	89,7
Zona rural	11	10,3
Nº de pessoas que residem com o idoso		
0	18	16,8

1	42	39,3
2	25	23,4
3	8	7,5
4 ou mais	14	13,1
Total	107	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os idosos entrevistados: 74 (69,2%) eram aposentados, 45 (42,1%) possuíam escolaridade entre a 1ª e 4ª série do ensino fundamental, 57 (53,3%) conseguiam entender as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utilizavam, 63 (58,9%) informaram renda de mais de um 1 até 3 salários mínimos, 89 (83,2%) tinham condições financeiras para comprar seus medicamentos e 90 (84,1%) contavam com apoio de familiar ou pessoa contratada caso necessitassem de auxílio (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com a caracterização socioeconômica. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis socioeconômicas	n	%
Ocupação		
Aposentado	74	69,2
Aposentado e exerce atividade remunerada	11	10,3
Do lar	18	16,8
Exerce somente atividade remunerada	4	3,7
Escolaridade		
Analfabeto	10	9,3
1ª a 4ª série do ensino fundamental	45	42,1
5ª a 8ª série do ensino fundamental	35	32,7
Ensino médio incompleto	6	5,6
Ensino médio completo	8	7,5
Superior incompleto	2	1,9
Superior completo	1	0,9
Entende as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza		
Sim	57	53,3
Não	40	41,2
Não se aplica (analfabeto)	10	9,3

Renda

Até 1 salário mínimo	29	27,1
Mais que 1 até 3 salários mínimos	63	58,9
Mais que 3 salários mínimos	8	7,5
Não sabe/não informou	7	6,5

Condições de comprar a medicação

Sim	89	83,2
Não	18	16,8

Conta com o apoio de alguém caso necessite

Sim	90	84,1
Não	17	15,9

Total	107	100,0
--------------	------------	--------------

Legenda: *Valor do salário mínimo na época da coleta dos dados = R\$ 672,00.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 4, 26 (24,3%) idosos tinham cobertura suplementar; 80 (74,8%), acesso aos serviços de saúde; 49 (45,8%), conseguiam todos os medicamentos que utilizavam gratuitamente pelo SUS; 75 (70,1%), sempre recebiam orientações de um profissional de saúde sobre sua condição de saúde e tratamento; 80 (74,8%), sempre compreendiam as orientações que recebiam do profissional de saúde; 100 (93,5%), informaram ter um bom relacionamento com os profissionais de saúde que lhe prestavam atendimento; 94 (87,9%), estavam satisfeitos com o atendimento de saúde que recebiam.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com as variáveis referentes ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis relacionadas ao sistema e aos profissionais de saúde	n	%
Cobertura suplementar		
Sim	26	24,3
Não	81	75,7
Acesso aos serviços de saúde		
Sim	80	74,8
Não	25	23,4
Não informou	2	1,9
Adquire medicamentos		
Gratuitamente pelo SUS	49	45,8

Compra	11	10,3
Mais de uma fonte (compra, gratuitamente pelo SUS e doação)	47	43,9
Recebe orientações de um profissional sobre sua condição de saúde e tratamento		
Nunca	8	7,5
Às vezes	24	22,4
Sempre	75	70,1
Compreende as orientações que recebe do profissional sobre sua condição de saúde e tratamento		
Nunca	3	2,8
Às vezes	18	16,8
Sempre	80	74,8
Não se aplica, pois não recebe orientações	6	5,6
Relacionamento com os profissionais de saúde		
Ruim	1	0,9
Mais ou menos	6	5,6
Bom	100	93,5
Satisfeito com o atendimento à saúde recebido		
Sim	94	87,9
Não	13	12,1
Total	107	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os idosos, 101 (94,4%), referiram receber orientações do médico sobre como utilizar os medicamentos e 25 (23,4%) do enfermeiro (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com o profissional que lhe fornece orientações sobre medicamentos. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Profissional	n	%
Médico	101	94,4
Enfermeiro	25	23,4
Agente comunitário de saúde	7	6,5
Farmacêutico	6	5,6
Dentista	1	0,9

Educador físico	1	0,9
Nenhum	2	1,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à autoavaliação de saúde, entre os idosos, apenas um (0,9%) considerou sua condição de saúde muito ruim; nove (8,4%) consideraram ruim; 52 (48,6%), regular, 37 (34,6%), boa; e oito (7,5%) muito boa.

A maioria dos idosos, 58 (54,2%), recebia atendimento no ambulatório de endocrinologia; 23 (21,5%), no de gastroenterologia; 16 (15,0%), no de cardiologia; cinco (4,7%), no de pneumologia; três (2,8%), no de angiologia; e dois (1,9%), no de urologia.

Entre os idosos, a mediana do número de consultas/ano foi de 4 (mínimo = 0 e máximo = 20) e a mediana do número de internações/ano foi de 0 (mínimo = 0 e máximo = 2).

Em relação ao MEEM, 62 (57,9%) idosos apresentaram resultado normal e 45 (42,1%), apresentaram resultado sugestivo de déficit cognitivo.

Dos 107 idosos entrevistados, 99 (92,5%) apresentavam comorbidades e oito (7,5%) apresentavam somente uma condição crônica. A doença mais prevalente foi a HAS, referida por 85 (79,4%) idosos. O DM foi referido por 61 (57,0%) idosos, sendo a segunda mais prevalente (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das doenças referidas pelos idosos em atendimento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Doenças referidas	n*	%
HAS	85	79,4
DM	61	57,0
Cardiopatía	47	43,9
Artrite	37	34,6
Dislipidemia	30	28,0
Reumatismo	22	20,6
Problemas na tireoide	14	13,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	13	12,1
Depressão e ansiedade	11	10,3
Gastrite	8	7,5
Insônia	7	6,5
Osteoporose	6	5,6

Varizes em Membros Inferiores	3	2,8
Distúrbios na coagulação	3	2,8
Outras (insuficiência renal, hiperplasia benigna de próstata e glaucoma=2; tendinite; colecistite, anemia, labirintite, câncer de próstata e hepatite C=1)	13	12,1

*n≠107 pois os idosos poderiam referir mais de uma doença.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às condições de saúde que levavam a dificuldades na administração dos medicamentos, nove (8,4%) idosos apresentavam dificuldades por problemas gerais de saúde; 21 (19,6%), por dificuldades de engolir os medicamentos; 54 (50,5%), por dificuldades visuais para ler os nomes dos medicamentos; 17 (15,9%), por problemas nas mãos que dificultavam o manuseio dos medicamentos (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com as variáveis referentes às condições de saúde que levavam a dificuldades com a terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Dificuldade para administrar medicamentos		
Sim	9	8,4
Não	98	91,6
Dificuldade engolir medicamento		
Sim	21	19,6
Não	86	80,4
Dificuldade visual para ler nome dos medicamentos		
Sim	54	50,5
Não	42	39,3
Não se aplica (analfabeto)	10	9,3
Não informou	1	0,9
Dificuldade de manusear os medicamentos devido a problemas nas mãos		
Sim	17	15,9
Não	90	84,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Em média, os idosos estudados utilizavam 4,8 (DP = ±2,6) medicamentos/dia (mediana = 4). Quanto à polifarmácia, 12 (48,6%) utilizavam cinco ou mais medicamentos.

As insulinas e outros agentes antidiabéticos foram utilizadas por 104 (97,2%) idosos e os anti-hipertensivos por 91 (85,0%), sendo estes os mais consumidos, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 – Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, utilizadas pelos idosos em atendimento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Classificação	n	%
Sistema digestivo e metabolismo		
Insulinas e outros agentes antidiabéticos	104	97,2
Antisecretor e antiácidos	37	34,6
Hipolipemiante	36	33,6
Hormônio tireoideano	13	12,1
Antiemético	3	2,8
Sistema cardiovascular		
Anti-hipertensivo	91	85,0
Diurético	50	46,7
Antiarrítmico	29	27,1
Antianginoso	14	13,1
Cardiotônico	5	4,7
Sistema hematopoiético		
Antiagregante plaquetário	37	34,6
Venotônico e vasculoprotetor	4	3,7
Sistema nervoso central		
Ansiolíticos	16	14,9
Antidepressivos	13	12,1
Vasodilatador cerebral	5	4,7
Antipsicótico	2	1,9
Nootrópico	1	0,9
Uso sistêmico		
Analgésico	6	5,6
Antiinflamatório não esteroide	5	4,7
Antiinflamatório esteroide	5	4,7
Antivertiginoso	2	1,9
Antiespasmódico	1	0,9
Antigostoso	1	0,9

Sistema ósseo		
Suplementos de cálcio	7	6,5
Sistema respiratório		
Broncodilatador	11	10,3
Fitoterápicos		
Castanha da índia	1	0,9
Outros		
Vitaminas e suplementos nutricionais	7	6,5
Colírios	2	1,9
Relaxante muscular	1	0,9
Outros	4	3,7

*n≠107 pois os idosos poderiam referir mais de um medicamento.

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Tabela 9, 21 (19,6%) idosos utilizavam lembrete para tomar os medicamentos; 86 (80,4%), ajustavam os horários dos medicamentos às atividades diárias; 41 (38,3%), haviam apresentado reação adversa a algum dos seus medicamentos; 19 (17,8%), achavam seu tratamento complicado; 52 (48,6%), utilizavam polifarmácia.

Tabela 9 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com as variáveis relacionadas à terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Utiliza lembrete para tomar os medicamentos		
Sim	21	19,6
Não	86	80,4
Ajusta os horários dos medicamentos as atividades diárias		
Sim	86	80,4
Não	21	19,6
Já teve alguma reação adversa a algum dos seus medicamentos		
Sim	41	38,3
Não	65	60,7
Não informou	1	0,9
Acha seu tratamento complicado		
Sim	19	17,8
Não	88	82,2

Total	107	100,0
--------------	------------	--------------

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os idosos, 96 (89,7%) buscavam esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos; 104 (97,2%) buscavam seguir as orientações dos profissionais de saúde; 102 (95,3%) acreditavam que os medicamentos eram importantes para manutenção da saúde; 103 (96,3%) utilizavam os medicamentos conforme a prescrição médica; 49 (45,8%) sabiam o nome de todos os medicamentos que utilizavam; 77 (72,0%) sabiam a função de todos os medicamentos que utilizavam; 18 (16,8%) já haviam interrompido o tratamento medicamentoso sem a indicação médica; cinco (4,7%) deixaram de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas; nenhum (0,0%) deixou de tomar os medicamentos por causa do cigarro; 11 (10,3%) utilizavam os medicamentos somente quando apresentavam sintomas da doença; 12 (11,2%) já haviam deixado de tomar os medicamentos para se tratar somente com tratamento alternativo; 59 (55,1%) já haviam esquecido de tomar os medicamentos; 73 (68,2%) tinham vontade de não tomar os medicamentos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial de acordo com as variáveis comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Buscar esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos		
Sim	96	89,7
Não	11	10,3
Busca seguir orientações dos profissionais de saúde		
Sim	104	97,2
Não	3	2,8
Acredita que os medicamentos são importantes para manutenção da saúde		
Sim	102	95,3
Não	5	4,7
Uso os medicamentos conforme a prescrição médica		
Sim	103	96,3
Não	4	3,7
Sabe o nome de todos os medicamentos que utiliza		
Sim	49	45,8
Não	58	54,2

Sabe para que serve cada um dos medicamentos que utiliza

Sim	77	72,0
Não	30	28,0

Alguma vez já interrompeu o tratamento medicamentoso sem a indicação médica

Sim	18	16,8
Não	89	83,2

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas

Sim	5	4,7
Não	102	95,3

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por causa do cigarro

Sim	0	0,0
Não	107	100,0

Utiliza medicamentos somente quando tem sintomas da doença

Sim	11	10,3
Não	96	89,7

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para se tratar somente com tratamento alternativo

Sim	12	11,2
Não	95	88,8

Já esqueceu de tomar os medicamentos

Sim	59	55,1
Não	48	44,9

Tem vontade de não tomar os medicamentos

Sim	73	68,2
Não	34	31,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Todos os idosos entrevistados citaram motivos que os levavam a aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. Querer sentir-se bem/manter a saúde/manter-se vivo/ter qualidade de vida foram referidos por 67 (62,6%) idosos; querer controlar a doença e os sintomas, por 39 (36,5%); indicação médica, por 13 (12,2%); em função da família e na esperança de curar-se, por dois (1,9%).

Dos 107 idosos, 29 (27,1%) citaram motivos que os levavam a não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. A ocorrência de reação adversa foi referida por nove (8,4%) idosos; a falta de condições financeiras, por sete (6,5%); a falta de disponibilidade do medicamento pelo SUS, por cinco (4,6); sentir-se curado e o esquecimento, por três (2,8%); a ausência de sintomas, o longo tempo de tratamento e a falta de acesso aos serviços de saúde, por dois (1,9).

4.2.2 Adesão e associação com as demais variáveis

Dos 107 idosos investigados, 93 (86,9%) obtiveram valor igual ou superior a 5 na MAT, sendo considerados aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita. A mediana dos idosos aderentes na MAT foi de 5,42 (DP = $\pm 0,30$) e a dos não aderentes de 4,71 ($\pm 0,25$); 50% dos idosos apresentaram valores na MAT entre 5,14 (P25) e 5,71 (P75).

A mediana de idade dos idosos aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita foi de 66 (DP = $\pm 6,0$) anos, sendo inferior à dos não aderentes, que foi de 72,5 (DP = $\pm 6,4$) anos (P25 = 63 e P75 = 72). A mediana da escolaridade dos aderentes foi de 4 (DP = $\pm 3,8$) anos, sendo superior à dos não aderentes, que foi de 3,5 (DP = $\pm 2,9$) anos (P25 = 3 e P75 = 8). Não se obteve nenhuma correlação com significância estatística no teste Rho de Spearman entre o valor da MAT e as variáveis idade ($\rho = -0,115$; $p = 0,238$) e anos de estudo ($\rho = 0,080$; $p = 0,411$).

A Tabela 11 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos e o valor de p obtido no teste de associação. As variáveis demográficas e socioeconômicas com mais de duas categorias foram dicotomizadas para realização do teste de associação. Nenhuma das variáveis presentes na Tabela 11 apresentou associação estatisticamente significativa com a variável adesão.

Tabela 11 – Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos em atendimento ambulatorial de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores demográficos e socioeconômicos	Adesão		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	64 (68,8)	10 (71,4)	1,000*

Masculino	29 (31,2)	4 (28,6)	
Cor da pele			
Branca	83 (89,2)	13 (92,9)	1,000*
Não Branca (Negra e Parda)	10 (10,8)	1 (7,1)	
Estado Marital			
Com companheiro	55 (59,1)	9 (64,3)	0,714**
Sem companheiro	38 (40,9)	5 (35,7)	
Reside			
Zona urbana	83 (89,2)	13 (92,9)	1,000*
Zona rural	10 (10,8)	1 (7,1)	
Mora			
Acompanhado	76 (81,7)	12 (85,8)	1,000*
Sozinho	17 (18,3)	2 (14,2)	
Ocupação			
Não exerce atividade remunerada (aposentados, do lar, pensionistas)	78 (83,9)	13 (92,9)	0,689*
Exerce atividade remunerada	15 (16,1)	1 (7,1)	
Renda***			
Até 3 salários mínimos	78 (83,9)	14 (100,0)	0,596*
Mais que 3 salários mínimos	8 (8,6)	0 (0,0)	
Não sabe/não informou	7 (7,5)	0 (0,0)	
Condições de comprar a medicação			
Sim	79 (84,9)	10 (71,4)	0,248*
Não	14 (15,1)	4 (28,6)	
Conta com apoio familiar ou de uma pessoa contratada caso necessite			
Sim	80 (86,0)	10 (71,4)	0,231*
Não	13 (14,0)	4 (28,6)	

Legenda: *Teste Exato de Fischer; **Teste Qui-Quadrado; ***Salário mínimo na época da coleta dos dados = R\$ 672,00

Fonte: Dados da pesquisa.

No teste de Mann-Whitney as variáveis: sexo, cor da pele, estado marital, reside, ocupação, renda, condições de comprar medicação e apoio, apresentaram diferença de medianas, mas estas diferenças não foram estatisticamente significantes (Tabela 12).

Tabela 12 – Valores da mediana da MAT para idosos em atendimento ambulatorial de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores demográficos e socioeconômicos	Mediana MAT	Valor de p*
Sexo		
Feminino	5,42	0,216
Masculino	5,49	
Cor da pele		
Branca	5,42	0,108
Não Branca (Negra e Parda)	5,28	
Estado Marital		
Com companheiro	5,42	0,394
Sem companheiro	5,49	
Reside		
Zona urbana	5,42	0,306
Zona rural	5,49	
Mora		
Acompanhado	5,42	0,599
Sozinho	5,42	
Ocupação		
Não exerce atividade remunerada (aposentados, do lar, pensionistas)	5,42	0,579
Exerce atividade remunerada	5,64	
Renda**		
Até 3 salários mínimos	5,42	0,688
Mais que 3 salários mínimos	5,35	
Condições de comprar a medicação		
Sim	5,42	0,583
Não	5,21	
Conta com apoio familiar ou de uma pessoa contratada caso necessite		
Sim	5,42	0,526
Não	5,14	

Legenda:*Teste de Mann-Whitney;**Salário mínimo na época da coleta dos dados = R\$ 672,00.
Fonte: Dados da pesquisa.

O teste de Kruskal Wallis de comparação de mediana foi aplicado para a variável autoavaliação da saúde. A mediana da MAT para a variável autoavaliação da saúde aumentou conforme foi melhorando a avaliação feita pelo idoso em relação à sua saúde, sendo esta associação estatisticamente significativa através do teste ($H = 12,342$; $gl = 4$; $p = 0,015$). Os que consideraram a saúde muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa tiveram, respectivamente, mediana igual a 4,28, 5,28, 5,42, 5,57 e 5,78.

A mediana do número de consultas/ano para os aderentes foi de 4 ($DP = \pm 4,1$), correspondendo à metade do número de consultas/ano dos não aderentes, que foi de 8 ($DP = \pm 5,2$) ($P25 = 3$ e $P75 = 7$). Não se obteve nenhuma correlação com significância estatística no teste Rho de Spearman entre o valor da MAT e a variável número de consultas/ano ($\rho = -0,106$; $p = 0,282$).

Conforme a Tabela 13, nenhuma condição crônica de saúde apresentou associação com a variável adesão (foram testadas todas aquelas que ocorreram em pelo menos 10% da amostra).

Verificou-se que os idosos que apresentavam artrose/osteoporose ou depressão tinham menor mediana na MAT do que os que não apresentavam essas doenças, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$ e $p = 0,047$ respectivamente). Idosos com HAS e Dislipidemia tinham menor mediana na MAT em relação aos que não apresentavam essas condições, mas este resultado não apresentou significância estatística ($p = 0,300$ e $p = 0,054$ respectivamente) (Tabela 13).

Não houve associação entre adesão e o resultado do MEEM. No teste de comparação de medianas também não houve diferença significativa entre os com resultado normal no MEEM e os com resultado sugestivo de déficit cognitivo (Tabela 13).

A Tabela 13 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com as condições crônicas referidas e MEEM, o valor de p obtido no teste de associação, a mediana da MAT para as variáveis e o valor de p referente ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 13 – Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com condições crônicas referidas e MEEM em idosos em atendimento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	Adesão		Valor de p	Mediana MAT	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)			

Hipertensão Arterial

Sim	72 (77,4)	13 (92,9)	0,292*	5,42	0,300***
Não	21 (22,6)	1 (7,1)		5,49	
Diabetes Mellitus					
Sim	52 (56,5)	9 (64,3)	0,555**	5,42	0,466***
Não	41 (53,3)	5 (35,7)		5,42	
Doença Pulmonar					
Sim	11 (11,8)	2 (14,3)	0,678*	5,42	0,878***
Não	82 (88,2)	12 (85,7)		5,42	
Cardiopatía					
Sim	38 (40,9)	9 (64,3)	0,100**	5,42	0,702***
Não	55 (59,1)	5 (35,7)		5,42	
Artrose/Osteoporose					
Sim	30 (32,3)	7 (50,0)	0,233*	5,28	0,009***
Não	63 (67,7)	7 (50,0)		5,49	
Reumatismo					
Sim	19 (20,4)	3 (21,3)	1,000*	5,42	0,519***
Não	74 (79,6)	11 (88,7)		5,42	
Dislipidemia					
Sim	23 (25,5)	7 (50,0)	0,061*	5,28	0,054***
Não	70 (74,5)	7 (50,0)		5,42	
Problemas na Tireoide					
Sim	13 (14,0)	1 (7,1)	0,688*	5,42	0,944***
Não	80 (86,0)	13 (92,9)		5,42	
Depressão					
Sim	9 (9,7)	2 (14,3)	0,635*	5,28	0,047***
Não	84 (90,3)	12 (85,7)		5,42	
MEEM					
Normal	55 (59,1)	7 (50,0)	0,518**	5,42	0,502***
Sugestivo de déficit	38 (40,9)	7 (50,0)		5,42	

Legenda: *Teste Exato de Fischer ;**Teste Qui-Quadrado; ***Teste Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 14 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com as variáveis referentes às condições de saúde que levavam a dificuldades com a terapêutica medicamentosa e o valor de p obtido no teste de associação. Nenhuma das

variáveis presentes na Tabela 14 apresentou associação estatisticamente significativa com a variável adesão.

Tabela 14 –. Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por idosos em atendimento ambulatorial de acordo com as variáveis referentes às condições de saúde que levavam a dificuldades com a terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	Adesão		Valor de p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Dificuldade para administrar medicamentos			
Sim	87 (93,5)	11 (78,6)	0,094*
Não	6 (6,5)	3 (21,4)	
Dificuldade engolir medicamento			
Sim	18 (19,4)	3 (21,4)	1,000*
Não	75 (80,6)	11 (78,6)	
Dificuldade visual para ler nome dos medicamentos			
Sim	45 (54,9)	9 (64,3)	0,512**
Não	37 (45,1)	5 (25,7)	
Dificuldade de manusear os medicamentos devido a problemas nas mãos			
Sim	14 (15,1)	3 (21,4)	0,694*
Não	79 (84,9)	11 (78,6)	

Legenda: *Teste Exato de Fischer ;**Teste Qui-Quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

No teste de Mann-Whitney, os idosos que tinham dificuldade visual para ler o nome dos medicamentos e que tinham dificuldade de manusear os medicamentos por problemas nas mãos apresentaram menores medianas de adesão na MAT, mas tais associações não apresentaram significância estatística (Tabela 15).

Tabela 15 – Valores da mediana da MAT para idosos em atendimento ambulatorial de acordo com as variáveis referentes às condições de saúde que levavam a dificuldades com a terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	Mediana MAT	Valor de p*
Dificuldade para administrar medicamentos		
Sim	5,42	0,676
Não	5,42	
Dificuldade engolir medicamento		
Sim	5,42	0,984
Não	5,42	
Dificuldade visual para ler nome dos medicamentos		
Sim	5,35	0,277
Não	5,42	
Dificuldade de manusear os medicamentos devido a problemas nas mãos		
Sim	5,28	0,233
Não	5,42	

Legenda: *Teste Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 16 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos de acordo com os fatores relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e à terapêutica medicamentosa e o valor de p obtido no teste de associação.

As variáveis “receber orientações do médico sobre como tomar os medicamentos” e “ter reação adversa” apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ($p = 0,029$ e $p = 0,035$ respectivamente) (Tabela 16).

Tabela 16 – Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com os fatores relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e a terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores relacionados à adesão	Adesão		Valor de p
	Sim n(%)	Não n(%)	

Cobertura suplementar

Sim	23 (24,7)	3 (21,4)	1,000*
Não	70 (75,3)	11 (78,6)	
Acesso aos serviços de saúde quando necessita			
Sim	70 (76,9)	10 (71,4)	0,737*
Não	21 (21,0)	4 (28,6)	
Não informou	2 (2,1)		
Acesso a todos os seus medicamentos gratuitamente			
Sim	44 (47,3)	6 (42,9)	0,755**
Não	49 (52,7)	8 (57,1)	
Recebe orientações do médico sobre medicamentos			
Sim	90 (96,8)	11(78,6)	0,029*
Não	3 (3,2)	3 (21,4)	
Recebe orientações do enfermeiro medicamentos			
Sim	22 (23,7)	3 (21,4)	1,000*
Não	71 (76,3)	11 (78,6)	
Satisfeito com o atendimento de saúde recebido			
Sim	81 (87,1)	13 (92,9)	1,000*
Não	12 (12,9)	1 (7,1)	
Utiliza lembrete para tomar os medicamentos			
Sim	17 (18,3)	4 (28,6)	0,468*
Não	76 (81,7)	10 (71,4)	
Ajusta os horários dos medicamentos as atividades diárias			
Sim	73 (78,5)	13 (92,9)	0,294*
Não	27 (21,5)	1 (7,1)	
Teve reação adversa			
Sim	32 (34,4)	9 (64,3)	0,035**
Não	60 (64,5)	5 (35,7)	
Não informou	1 (1,1)		
Acha seu tratamento complicado			
Sim	14 (15,1)	5 (35,7)	0,125*

Não	79 (84,9)	9 (64,3)	
Entende as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza			
Sim	52 (55,9)	5 (35,7)	0,058*
Não	31 (33,3)	9 (64,3)	
Não se aplica (analfabeto)	10 (10,8)	0 (0,0)	

Legenda: *Teste Exato de Fischer; **Teste Qui-Quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

No teste de Mann-Whitney, apenas a variável receber orientação do médico, apresentou diferença significativa na comparação entre as medianas dos grupos. Os que recebiam orientações apresentaram maior mediana de adesão (Tabela 17).

Os idosos que não tinham acesso a todos os medicamentos gratuitamente, não recebiam orientações do enfermeiro, estavam satisfeitos com o atendimento, ajustavam os horários dos medicamentos as rotinas diárias, achavam o tratamento complicado apresentaram menores medianas de adesão na MAT, mas tais associações não apresentaram significância estatística (Tabela 17).

Tabela 17 – Valores da mediana da MAT para idosos em atendimento ambulatorial de acordo com os fatores comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores relacionados à adesão	Mediana MAT	Valor de p*
Cobertura suplementar		
Sim	5,42	0,510
Não	5,42	
Acesso aos serviços de saúde quando necessita		
Sim	5,42	0,522
Não	5,42	
Acesso a todos os seus medicamentos gratuitamente		
Sim	5,42	0,285
Não	5,35	
Recebe orientações do médico sobre medicamentos		
Sim	5,42	0,028
Não	5,00	
Recebe orientações do enfermeiro medicamentos		
Sim	5,49	0,908

Não	5,42	
Satisfeito com o atendimento de saúde recebido		
Sim	5,42	0,359
Não	5,57	
Utiliza lembrete para tomar os medicamentos		
Sim	5,42	0,119
Não	5,42	
Ajusta os horários dos medicamentos as atividades diárias		
Sim	5,42	0,182
Não	5,57	
Teve reação adversa		
Sim	5,42	0,069
Não	5,42	
Acha seu tratamento complicado		
Sim	5,28	0,062
Não	5,42	
Entende as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza		
Sim	5,42	0,189
Não	5,42	

Legenda:*Teste Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa.

A mediana do número de medicamentos/dia utilizados pelos idosos aderentes foi 4 (DP = $\pm 2,7$), sendo inferior ao dos utilizados pelos não aderentes, que foi 5 (DP = $\pm 2,3$) (P25 = 3 e P75 = 7). Não se obteve nenhuma correlação com significância estatística no teste Rho de Spearman entre o valor da MAT e a variável número de medicamentos/dia ($\rho = -0,100$ e $p = 0,307$).

A Tabela 18 mostra a prevalência de adesão dos idosos em relação aos fatores comportamentais e o valor de p obtido no teste de associação. As variáveis “acreditar na importância do uso de medicamentos” e “ter vontade de não tomar medicamentos” apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável adesão ($p = 0,001$ e $p = 0,004$ respectivamente). As demais variáveis comportamentais não apresentaram associação significativa com a variável adesão.

Tabela 18 – Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial de acordo com os fatores comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores comportamentais	Adesão*		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Busca esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos			
Sim	84 (90,3)	12 (85,7)	0,635*
Não	9 (9,7)	2 (14,3)	
Acredita que os medicamentos são importantes			
Sim	92 (98,9)	10 (71,4)	0,001*
Não	1 (1,1)	4 (28,6)	
Sabe o nome de todos os seus medicamentos			
Sim	45 (48,4)	4 (28,6)	0,165**
Não	48 (51,6)	10 (71,4)	
Sabe a função de cada um dos seus medicamentos			
Sim	69 (74,2)	8 (57,1)	0,209*
Não	24 (25,8)	6 (42,9)	
Alguma vez já interrompeu o tratamento medicamentoso sem a indicação médica			
Sim	13 (14,0)	5 (35,7)	0,058*
Não	80 (86,0)	9 (64,3)	
Já deixou de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas			
Sim	3 (3,2)	2 (14,3)	0,127*
Não	90 (96,8)	12 (85,7)	
Utiliza medicamentos somente quando tem sintomas da doença			
Sim	10 (10,8)	1 (7,1)	1,000*
Não	83 (89,2)	13 (92,9)	
Já deixou de tomar os medicamentos em função de um tratamento alternativo			

Sim	10 (14,3)	2 (10,8)	0,656*
Não	83 (89,2)	12 (85,7)	
Já esqueceu de tomar os medicamentos			
Sim	50 (53,8)	9 (64,3)	0,461**
Não	43 (46,2)	5 (35,7)	
Tem vontade de não tomar os medicamentos			
Sim	59 (63,4)	14 (100)	0,004*
Não	34 (36,6)	0 (0,0)	
Segue seu tratamento conforme a prescrição			
Sim	84 (90,3)	10 (71,4)	0,066**
Não	9 (9,7)	4 (28,6)	

Legenda: *Teste Exato de Fischer; **Teste Qui-Quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se através do teste de Mann-Whitney que os idosos que não acreditavam na importância do uso dos medicamentos, não sabiam o nome dos seus medicamentos, utilizavam os medicamentos somente na presença de sintomas, esqueciam de utilizá-los ou não seguiam a prescrição conforme a indicação médica, tinham menor mediana na MAT do que os que não apresentavam esses comportamentos, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p = 0,003$; $p = 0,006$; $p = 0,047$; $p < 0,001$ e $p = 0,019$ respectivamente) (Tabela 19).

Os idosos que não sabiam a função de cada um de seus medicamentos e que deixaram alguma vez de tomá-los em função de um tratamento alternativo também apresentaram menores medianas de adesão na MAT, mas tais associações não apresentaram significância estatística (Tabela 19).

Tabela 19 – Valores da mediana da MAT para idosos em atendimento ambulatorial de acordo com os fatores comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores comportamentais	Mediana MAT	Valor de p*
Busca esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos		
Sim	5,42	0,959
Não	5,42	
Acredita que os medicamentos são importantes		
Sim	5,42	0,003
Não	4,28	

Sabe o nome de todos os seus medicamentos		
Sim	5,57	0,006
Não	5,35	
Sabe a função de cada um dos seus medicamentos		
Sim	5,42	0,062
Não	5,28	
Alguma vez já interrompeu o tratamento medicamentoso sem a indicação médica		
Sim	5,42	0,275
Não	5,42	
Já deixou de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas		
Sim	5,42	0,489
Não	5,42	
Utiliza medicamentos somente quando tem sintomas da doença		
Sim	5,28	0,047
Não	5,42	
Já deixou de tomar os medicamentos em função de um tratamento alternativo		
Sim	5,28	0,101
Não	5,42	
Já esqueceu de tomar os medicamentos		
Sim	5,28	0,000
Não	5,71	
Tem vontade de não tomar os medicamentos		
Sim	5,42	0,119
Não	5,42	
Segue seu tratamento conforme a prescrição		
Sim	5,42	0,019
Não	5,14	

Legenda: *Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi realizada através de quatro artigos científicos. O primeiro, desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura, intitula-se — **Fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos: revisão integrativa da literatura** e responde ao primeiro objetivo da tese: identificar na literatura brasileira e estrangeira a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e os fatores relacionados. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da Escola da USP – REEUSP as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>.

O segundo artigo intitula-se — **Caracterização dos idosos em atendimento ambulatorial: motivos que levam à aderir/não aderir aos medicamentos** e responde ao segundo e terceiro objetivos da tese: caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial no hospital universitário no Rio Grande/RS, Brasil, quanto às características demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e uso de medicamentos; e, identificar os motivos referidos por estes idosos que levam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa. Este artigo foi elaborado de acordo as normas da Revista de Enfermagem da Escola da USP – REEUSP as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>.

O terceiro artigo intitula-se – **Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados** e responde ao quarto e parte do quinto objetivo da tese: verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos; e, verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e terapêutica medicamentosa. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>.

O quarto artigo intitula-se – **Fatores comportamentais associados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial** e responde a outra parte do quinto objetivo da tese: verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores comportamentais. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem as quais se encontram disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>.

5.1 Artigo 1

Fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos: revisão integrativa da literatura⁴

Factores relacionados con la adhesión a la terapia de medicamentos en ancianos: revisión integrativa de la literatura

Factors related to adherence to drug therapy in the elderly: integrative review of the literature

Daiane Porto Gautério⁵

Silvana Sidney Costa Santos⁶

RESUMO: O objetivo deste artigo foi identificar, na literatura brasileira e estrangeira, os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos. Revisão integrativa, cuja busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; *Public/Publish Medline*; *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literatura*; e, no Portal *Scientific Electronic Library Online*. Foram incluídos 49 artigos disponíveis *on-line*, de acesso livre; que abordavam a temática do estudo; disponibilizavam resumo para primeira apreciação; em português, inglês ou espanhol. Os fatores identificados foram organizados nas categorias: demográficos, econômicos e sociais; comportamentais; relacionados ao sistema e profissionais de saúde; às condições de saúde do idoso; e à terapêutica medicamentosa. O conhecimento dos fatores que levam ao uso ou não de medicamentos prescritos em idosos possibilita a elaboração e o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades específicas dessa população.

Descritores: Idoso; Adesão à Medicação; Enfermagem.

ABSTRACT: The purpose of this article was to identify, in Brazilian and foreign literature, the factors related to adherence to drug therapy in the elderly. Integrative review, whose search for articles was conducted in the databases: Latin American and Caribbean Center on Health Sciences; Public / Publish Medline, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, and in the Scientific Electronic Library Online Portal. We included 49 articles

⁴ Artigo elaborado segundo as normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP –

⁵ Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista CAPES/REUNI. daianeporto@bol.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. silvanasidney@terra.com.br.

available online, open-access, on this topic of study; provide resume for initial assessment, in Portuguese, English or Spanish. Factors identified were classified into categories: demographic, economic and social; behavioral; related to the health system and health professionals; to the health conditions of the elderly; and to drug therapy. Knowledge of the factors that lead to the use or non-prescription drugs in the elderly enables the development and planning of health actions directed to the specific needs of this population.

Descriptors: Aged; Medication Adherence; Nursing.

RESUMEN: El propósito de este artículo es identificar, en la literatura brasileña y extranjera, los factores relacionados con la adherencia a la medicación en los ancianos. Revisión integrativa, cuya búsqueda de los artículos se realizó en las bases de datos: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*; *Public/Publish Medline*; *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literatura*; y en lo Portal *Scientific Electronic Library Online*. Se incluyeron 49 artículos disponibles *on-line*, de acceso libre, en el tema de lo estudio, hecho currículum disponibles para la evaluación inicial, en Portugués, Inglés o Español. Los factores identificados fueron clasificados en categorías: demográficos, económicos y sociales, conductuales, relacionados con el sistema y profesionales de la salud, con las condiciones de salud de los ancianos; e al tratamiento farmacológico. El conocimiento de los factores que conducen a la utilización o no medicamentos en los ancianos permite el desarrollo y la planificación de acciones de salud dirigidas a las necesidades específicas de esta población.

Descritores: Anciano; Cumplimiento de la Medicación; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Um dos desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, no terceiro milênio é o cuidado com as pessoas idosas. No Brasil, em 2010, havia em torno de 20 milhões de idosos, que representavam cerca de 10% da população. Segundo as estimativas de crescimento populacional essa porcentagem será de 19% em 2050⁽¹⁾. O envelhecimento pode vir acompanhado do aumento na prevalência de condições crônicas de saúde e do alto consumo de medicamento para tratá-las. Esse quadro faz dos idosos os maiores consumidores de medicamentos dentro da população em geral⁽²⁾.

Entende-se por condição crônica de saúde problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes⁽³⁾. Eles abrangem: condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas⁽³⁾. A adesão ao tratamento medicamentoso prescrito é o comportamento desejável e esperado para as pessoas que apresentam condições crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua adesão como a magnitude na qual o comportamento de um indivíduo, quanto ao uso de medicamentos, seguimento de uma dieta

e/ou execução de mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde⁽⁴⁾. A adesão a medicação refere-se especificamente à administração de medicamentos prescritos⁽⁵⁾.

A adesão é um fenômeno complexo e multideterminado que depende de fatores de etiologia diversificada. Esses fatores foram agrupados em cinco dimensões pela OMS: socioeconômica, sistema de saúde e profissionais de saúde, doença, terapêutica e paciente⁽⁴⁾. A razão da não adesão à medicação é difícil de definir de forma absoluta, pois depende de um conjunto considerável de fatores, da prevalência desses fatores em cada pessoa, da forma como cada pessoa lida com eles e consegue controlar a interligação entre eles.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico⁽⁶⁾. Em idosos, está relacionada ao aumento do número de consultas médicas, de internações hospitalares, das taxas de morbidade e de mortalidade e também ocasiona aumento dos gastos na saúde pública⁽⁷⁻⁸⁾.

Verificou-se em revisão sistemática de estudos estrangeiros com população idosa uma prevalência de não adesão à terapia medicamentosa em torno de 50%⁽⁹⁾. Estudos brasileiros, com população com média de idade acima de 60 anos, mostraram prevalências de não adesão que variaram de em torno de 12 a 72%⁽¹⁰⁻¹²⁾.

No Brasil, pesquisas sobre a temática adesão ao medicamento são mais frequentes entre os indivíduos adultos que utilizam antirretrovirais, anti-hipertensivos e antidiabéticos (hipoglicemiantes), todavia, a investigação da adesão em idosos ainda é incipiente. Desse modo, justifica-se o interesse em pesquisar sobre fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos.

O conhecimento sobre os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos poderá facilitar a identificação de barreiras e de facilitadores nesse processo e poderá subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão. A atuação dos profissionais da enfermagem é fundamental, pois são eles que, entre outras competências, têm a responsabilidade de administrar, supervisionar e/ou auxiliar no uso de medicamentos e esclarecer os idosos e seus cuidadores através da educação em saúde, seja no hospital, no ambulatório, na comunidade ou em instituições de longa permanência para idosos⁽¹³⁾.

O objetivo deste artigo foi identificar, na literatura brasileira e estrangeira, os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos.

MÉTODOS

Revisão Integrativa (RI), método específico de revisão que sintetiza a literatura teórica e empírica com o intuito de aprofundar o entendimento de determinado tema ou problema de saúde⁽¹⁴⁾. Por meio da RI o pesquisador analisa as investigações relevantes buscando nelas embasamento para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica.

Esta RI foi constituída por seis etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão (seleção dos artigos); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos estudos incluídos; interpretações dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁽¹⁴⁾. A questão norteadora da RI foi: Quais os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos?

O levantamento bibliográfico foi realizado *on-line*, em publicações indexadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (*Public/Publish Medline*), CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*) e no Portal SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sem delimitação do período de tempo da publicação. A busca dos artigos se deu por meio do Portal de Periódicos Capes disponível no *site* da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A coleta de dados aconteceu no mês de maio do ano de 2013.

Os descritores utilizados na busca estão presentes na lista dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH): *medication adherence* e *aged*; e adesão a medicação e idoso. Foram utilizadas estratégias de busca específicas de acordo com as características de cada base. Na CINAHL e PubMed foram usados os descritores do MeSH *medication adherence* e *aged* e o operador booleano *and*. Na LILACS foram utilizados os descritores do DeCS adesão à medicação e idoso e o operador booleano *and*, pois a busca com os descritores *medication adherence* e *aged* e o operador booleano *and* resultou em nenhuma publicação. No portal SciELO foi usado somente o descritor *medication adherence*, pois a busca com os demais descritores resultou em nenhuma publicação.

Os critérios definidos para a seleção da amostra foram: artigos na íntegra indexados nas bases de dados referidas e disponíveis *on-line*, de acesso livre; que abordassem a temática do estudo; apresentação de resumo para primeira apreciação; procedência brasileira ou estrangeira, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critério de exclusão adotou-se: artigos cuja média de idade da população estudada fosse inferior a 60 anos. Os estudos repetidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez.

A partir da busca nas bases de dados localizaram-se inicialmente 2451 publicações. Para a seleção dos artigos realizou-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e, como primeira análise, a leitura dos resumos. Sempre que o título e o resumo dos estudos não foram

esclarecedores, procedeu-se à leitura do artigo na íntegra, a fim de evitar a exclusão de estudos importantes. A partir dessa análise foram depurados 49 artigos como amostra final, sendo seis estudos na LILACS, sete na SciELO, 22 na CINAHL e 14 na PubMed.

A decisão sobre a pertinência dos documentos selecionados para a análise dependeu, ainda, da clareza e consistência científica com que, no conteúdo de cada texto, foram descritos os dados referentes à metodologia, aos participantes e aos resultados.

Tabela 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed, CINAHL, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos – Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Critérios de seleção dos artigos	LILACS	SciELO	CINAHL	PubMed	Total
Produção encontrada	32	171	656	1592	2451
Ausência de resumo disponível	—	—	68	73	141
Falta de texto completo	01	—	146	1077	1224
Não é artigo científico	01	—	05	—	06
Idioma diferente do português/inglês ou espanhol	—	—	—	01	01
Não aborda a temática do estudo	21	153	403	411	988
Média de idade da população do estudo < 60 anos	03	09	12	09	33
Repetido em outra base	—	02	—	07	09
Total selecionado	06	07	22	14	49

Elaborou-se um formulário de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo, constando as informações: título, periódico, ano, país de origem, autores, área de atuação, objetivo, delineamento, resultados, fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa, nível de evidência e base de dados de origem.

Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento presentes nos artigos selecionados, utilizaram-se sete níveis de evidência: Nível I: Evidência decorrente e Revisões Sistemáticas ou Meta-Análise de Estudos Randomizados Controlados (RCTs) relevantes, ou evidência decorrente de *Guidelines* para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCTs; Nível II: Evidência obtida através de pelo menos um RCT; Nível III: Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de coorte; Nível V: Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida através da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos. Considerando que essa classificação se baseia no tipo de delineamento do estudo e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, os níveis I e II são consideradas evidências fortes, III e IV são moderadas e de V a VII são fracas⁽¹⁵⁾.

A análise dos dados ocorreu por meio do estabelecimento de cinco categorias temáticas, escolhidas *a priori* e adaptadas a partir das cinco dimensões descritas pela OMS⁽⁴⁾ relacionadas à adesão medicamentosa: socioeconômica, sistema de saúde e profissionais de saúde, doença, terapêutica e paciente.

A apresentação e discussão dos resultados realizaram-se de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada. Os artigos incluídos na presente revisão foram referenciados com os números 7, 8, 10, 11 e do 16 ao 60. As questões éticas e os preceitos de autoria foram respeitados e as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A amostra desta revisão foi composta por 49 estudos. Destes, 27 (55,1%) eram originários dos Estados Unidos, 10 (20,4%) do Brasil, dois (4,1%) do Reino Unido, dois (4,1%) de Taiwan. Nigéria, Portugal, Bélgica, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Holanda e França tiveram uma publicação cada. Os 49 artigos foram publicados entre 2001 e 2013, e 34 (69,4%) foram publicados nos últimos cinco anos.

Dos 49 artigos utilizados nesta revisão, 28 (57,1%) foram elaborados por equipes multiprofissionais da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia), alguns com apoio de estatísticos e bioestatísticos; oito (16,3%) foram elaborados somente por enfermeiros, sete (14,3%) apenas por médicos, seis (12,3%) apenas por farmacêuticos.

Em relação ao nível de evidência e delineamento da pesquisa, seis estudos foram classificados com nível de evidência IV (três estudos de caso-controle e três de coorte), sendo considerados fontes de evidências moderadas; um com nível de evidência V (revisão sistemática de estudos descritivos) e 42 com nível de evidência VI (35 estudos descritivos quantitativos e sete qualitativos), sendo estes considerados fontes de evidências fracas.

Nem todos os artigos que compuseram a amostra da RI investigaram a prevalência de adesão a terapêutica medicamentosa. Nos estudos estrangeiros que investigaram, o nível de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos variou de 41% a 94%⁽¹⁶⁻²⁰⁾. Nos estudos brasileiros variou de 28% a 78%^(10-11,21).

As publicações foram analisadas, organizadas e sintetizadas em cinco categorias temáticas: fatores demográficos, econômicos e sociais; fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde; fatores relacionados às condições de saúde do idoso; fatores relacionados à terapêutica medicamentosa; fatores comportamentais do idoso, conforme

descrito no método. No Quadro 1 são apresentados os fatores associados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos, agrupados em cinco categorias.

Quadro 1 – Fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos, identificados nos artigos localizados – Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Relacionados à adesão	Relacionados à não adesão
1. Fatores Demográficos, Econômicos e Sociais Raça negra ⁽²²⁾ Mais de 8 anos de escolaridade ^(7,25) Ser viúvo ^(16,26) Morar acompanhado ⁽¹⁰⁾ Renda pessoal > 2 salários mínimos ⁽⁷⁾ Receber suporte de um amigo ou familiar ⁽²⁸⁻³¹⁾ Receber suporte social ⁽³¹⁾ Ter bom nível de capital social ⁽³³⁾	Ser não branco ⁽⁷⁾ Raça negra ^(8,23-24) Idade >= 75 anos ^(8,23) Ser mulher casada ⁽²⁷⁾ Ser solteiro ⁽⁸⁾ Morar sozinho ⁽¹⁰⁾ Morar com mais de 3 pessoas ⁽²²⁾ Baixo letramento em saúde ^(17,32) Situação financeira desfavorável ^(22,24) Custo dos medicamentos ^(17,26,28,34-40) Falta de suporte familiar ^(18,29,41) Falta de suporte social ^(18,41-43) Problemas com o cuidador informal ⁽¹⁸⁾
2. Sistema de Saúde e Profissionais de Saúde Medicamentos disponíveis pelo sistema de saúde ou plano de assistência ⁽³⁰⁾ Plano de saúde ^(7,33) Orientações de profissionais de saúde referente às condições de saúde, tratamento e medicamentos ^(26,30,46) Relação positiva com profissionais de saúde ^(28,47)	Barreiras estruturais dos serviços de saúde ⁽⁴⁴⁾ Falta de orientações de profissionais de saúde referente às condições de saúde, tratamento e medicamentos ^(7,28-29,32-33,35,41,45) Dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos ^(21,32) Falta de acompanhamento do médico sobre adesão a medicação ⁽⁴⁴⁾ Insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde ^(28,38,44)
3. Condições de Saúde Boa cognição ^(19,32,48) Boa memória ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾	Problemas de cognição ^(32,45,49-50) Debilidade física ^(7,20,45) Déficits sensoriais ^(7,21,45,51) Presença de múltiplas condições crônicas ^(7,33) Maior número de hospitalizações ⁽⁸⁾ Maior número de consultas médicas ⁽⁷⁾ Maior tempo de diagnóstico da doença crônica ^(8,52) Baixo funcionamento sexual em homens ⁽³⁸⁾ Disfagia ^(17,21,28,47) Transtornos mentais ^(18,29) Sintomas depressivos ^(27,38,42-43,49,51) Dificuldades na administração dos medicamentos por déficits sensoriais, cognitivos ou motores ^(16,21,41)
4. Terapêutica Medicamentosa Número medicamentos <=3 ^(11,19,25)	Número de medicamentos >3 ^(11,20,28,29,36,47,53)

Recursos ambientais (pillbox, lembretes, entre outros) ^(17,28-31)	Efeitos adversos ^(10,19,23,25,30,32-35,41-42,44) Complexidade do regime terapêutico ^(20,30,32,35,45,51,53)
5. Fatores Comportamentais do Idoso Acreditar na eficácia e necessidade de uso dos medicamentos ^(25,28,31,47) Desejo de manter-se saudável ^(28,54) Não querer sentir sintomas da doença ^(29,54)	Percepção da saúde ruim ^(7,33) Crenças negativas a respeito dos medicamentos ou baixa percepção dos benefícios dos mesmos ^(30,55) Esquecimento ^(11,16,17,19,26,28-32,34,39,53) Eventos estressantes (na vida ou ambiente) ^(27,31) Baixa qualidade de vida ⁽⁵⁶⁾ Substituição do tratamento medicamentoso por outro tipo de tratamento ^(37,53,57) Uso dos medicamentos somente na presença de sintomas ^(34,53,58) Não aceitação das orientações médicas ⁽⁴¹⁾ Desejo de não tomar medicamentos ou recusa em tomar ^(21,29) Dificuldade de mudar de estilo de vida ⁽³⁸⁾ Falta de conhecimento sobre doença, tratamento e medicamentos ^(17,29-30,32,39,44-45,58) Baixa percepção de vulnerabilidade à doenças específicas ⁽⁵²⁾ Independência e auto-suficiência ⁽⁵⁹⁾ Instabilidade emocional ⁽⁶⁰⁾ Consumo de bebidas alcoólicas ⁽⁵³⁾ Hábito de fumar ⁽⁵¹⁾

DISCUSSÃO

Dos artigos, 39 (79,6%), eram de origem estrangeira, o que mostra que essa temática ainda precisa ser mais explorada em estudos nacionais. O fato de 34% (69,4) das publicações terem ocorrido nos últimos cinco anos mostra que essa temática vem sendo mais explorada e é atual.

A prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos encontrada nos estudos estrangeiros que compuseram a amostra da RI variou de 41% a 94%^(16-20,50). Nos estudos brasileiros variou de 28% a 78%^(10-11,21). A ampla variação na prevalência de adesão pode ser devido ao fato de os estudos utilizarem diferentes métodos para medir adesão e também por terem amostras com características bem diversas (local do estudo, perfil clínico e demográfico).

Os fatores relacionados à adesão a terapêutica medicamentosa podem exercer uma influência sobre a adesão que varia de acordo com contexto socioambiental no qual o idoso está inserido. E, embora eles tenham sido agrupados em cinco categorias para facilitar a discussão, a inter-relação entre eles extrapola os limites postos por elas.

Fatores demográficos, econômicos e sociais

Dentre os fatores demográficos, ser da raça negra mostrou associação estatisticamente significativa com a adesão⁽²²⁾ e com a não adesão^(7-8,23-24). Quanto à condição civil, ser viúvo^(16,26) esteve associado à adesão, e ser solteiro⁽⁸⁾ ou mulher casada⁽²⁷⁾, à não adesão. A raça e a condição civil são variáveis que aparecem em muitos estudos sobre adesão e podem auxiliar os profissionais de saúde/enfermeiros na identificação do perfil dos idosos que não aderem à medicação.

Apresentar mais de oito anos de escolaridade esteve associado à adesão^(7,25). O nível de instrução pode favorecer a adesão, pois, quanto maior for, melhor pode ser a compreensão do idoso a respeito de sua condição de saúde e de seu tratamento medicamentoso⁽²¹⁾.

A idade igual ou maior que 75 anos esteve associada à não adesão^(8,23). Os principais problemas encontrados por idosos com idade igual ou superior a 75 anos no uso de medicamentos foram ler e entender bulas e rótulos e deglutir medicamentos sólidos⁽¹⁷⁾.

Morar acompanhado⁽¹⁰⁾ esteve associado à adesão, e morar sozinho⁽¹⁰⁾ ou com mais de três pessoas⁽²²⁾, à não adesão. O idoso que mora acompanhado pode ter o suporte de pessoas que o auxiliem no uso correto dos medicamentos⁽¹⁰⁾, enquanto que morar sozinho pode deixar o idoso mais vulnerável ao isolamento social e à depressão⁽⁶¹⁾.

O baixo letramento em saúde mostrou-se associado à não adesão^(17,32). O letramento em saúde é definido como a habilidade de ler, entender e agir com informações escritas ou faladas sobre saúde. Desse modo, uma pessoa com nível de letramento insatisfatório teria menor noção da importância de medidas preventivas ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação⁽⁶²⁾.

Quanto aos fatores econômicos, a renda maior que dois salários mínimos foi associada à adesão⁽⁷⁾, e situação financeira desfavorável^(22,24) e alto custo dos medicamentos^(17,26,28,34-40) foram associados à não adesão. O alto preço dos medicamentos aliado à baixa renda mensal dos idosos, em sua maioria aposentados com um rendimento inferior a dois salários mínimos, são fatores importantes que limitam o acesso e, por conseguinte, a adesão ao tratamento prescrito^(3,7,22,24,26,34-40).

Em relação aos fatores sociais, ter bom nível de capital social foi associado à adesão⁽³³⁾. O capital social compreende recursos sociais que desenvolvem-se em redes sociais acessíveis e estruturas sociais caracterizadas pela confiança mútua⁽⁶³⁾. O capital social pode determinar a aderência aos medicamentos a partir de sua influência em comportamentos relacionados à saúde, pela transmissão de informações sobre saúde, sobre o acesso a serviços de cuidados e pelo controle social de atitudes desviantes⁽³³⁾.

A presença do suporte de familiares e amigos mostrou-se associada à adesão⁽²⁸⁻³¹⁾, e a sua ausência associada à não adesão^(18,29,41). A presença da família ou do cuidador é imprescindível para o cumprimento da terapia medicamentosa, pois o avanço da idade pode estar acompanhado por aumento da dependência para executar atividades de vida diária instrumentais, como a administração dos medicamentos. Desse modo, os problemas com utilização e administração de medicamentos são minimizados quando os idosos são acompanhados por familiares e/ou cuidadores⁽¹⁰⁾.

A presença de suporte social mostrou-se associada à adesão⁽³¹⁾, e a sua ausência associada à não adesão à terapia medicamentosa^(18,41-43). No atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, sendo classificados em formais e informais. Sistema formal refere-se aos serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, instituição de longa permanência, atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população. Sistema informal compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais⁽⁶⁴⁾.

Fatores relacionados ao sistema de saúde e profissionais de saúde

Medicações disponíveis pelo sistema de saúde ou plano de assistência⁽³⁰⁾ e ter plano de saúde^(7,33) foram associados à adesão. A distribuição gratuita de medicamentos pelo sistema de saúde ou plano de assistência favorece a adesão na medida em que os idosos não precisam comprometer sua renda para adquirir seus medicamentos.

Dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos^(21,32) foram associadas à não adesão. O acesso aos medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante no seguimento do tratamento prescrito⁽⁶⁵⁾. A dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos aponta para a fragilidade das estratégias de provisão dos remédios nos serviços públicos e a necessidade de maiores esclarecimentos junto à população quanto aos programas governamentais para aquisição gratuita dos mesmos⁽⁶⁶⁾.

Barreiras estruturais dos serviços de saúde⁽⁴⁴⁾ foram relacionadas à não adesão. Falta de recursos humanos e infraestrutura básica de atendimento que prejudicam a capacidade do profissional de prestar a assistência desempenham grande papel na insatisfação dos pacientes idosos e influenciam a não adesão à medicação⁽⁴⁴⁾.

O recebimento de orientações de profissionais de saúde referentes às condições de saúde, tratamento e medicamentos^(26,30,46) e a existência de uma relação positiva entre idosos e profissionais de saúde^(23,47) foram associados à adesão. A falta de orientações por parte dos profissionais de saúde em relação às condições de saúde, tratamentos e medicamentos^{(7,28-}

^{29,32,33,35,41,45)}, a falta de acompanhamento do médico sobre a adesão à medicação e insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde^(28,38,44) foram relacionados à não adesão.

Pacientes que apresentam um relacionamento positivo com os profissionais de saúde aderem às suas orientações, pois acreditam que elas serão eficazes. Por outro lado, aqueles que têm uma relação insatisfatória com os profissionais de saúde não se sentem motivados a aderir aos medicamentos prescritos⁽²⁸⁾.

Estudos ressaltam que há um déficit na comunicação entre os profissionais de saúde e os idosos^(9,28,44). Os idosos têm dificuldade de expor suas opiniões e dúvidas referentes à doença, tratamento e medicação por falta de receptividade dos profissionais de saúde⁽⁴⁴⁾. A relação entre profissionais de saúde e idosos é de extrema importância, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências. Pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o seguimento do tratamento, parecem ser mais prováveis de aderir ao tratamento do que aqueles com menos informação⁽²⁸⁾.

Fatores relacionados às condições de saúde do idoso

Em relação aos fatores relacionados às condições de saúde do idoso, ter boa cognição e ter boa memória foram associados à adesão^(19,32,48-49). Essas condições podem favorecer o correto uso de medicamentos pelos idosos.

O quadro de declínio cognitivo^(7,32,45,49-50), as limitações físicas^(7,20,45), os déficits sensoriais^(7,21,45,51), disfagia^(17,21,28,47) e as múltiplas doenças crônicas^(7,33) foram associados à não adesão. Esses fatores podem afetar a habilidade do idoso para usar adequadamente os medicamentos e, desse modo, podem comprometer o seguimento fidedigno em relação à terapêutica prescrita⁽¹⁹⁾.

Maior número de hospitalizações⁽⁸⁾, de consultas médicas⁽⁷⁾ e maior tempo de diagnóstico da doença crônica^(8,52) foram relacionados à não adesão. Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente, que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento⁽¹¹⁾.

A presença de transtornos mentais^(18,29) e sintomas depressivos^(27,38,42-43,49,51) mostraram-se relacionados à não adesão. Esses fatores podem afetar o entendimento e o comprometimento do idoso com a farmacoterapia, o que pode favorecer o não cumprimento da prescrição medicamentosa^(21,29).

Dificuldades na administração dos medicamentos prescritos, por causa da presença de déficits sensoriais, cognitivos ou motores, mostraram-se relacionadas à não adesão^(16,21,41). Por causa dessas dificuldades muitos idosos necessitam de alguém para lhes administrar os medicamentos e, desse modo, destaca-se a necessidade de preparação do cuidador – formal ou informal – para a administração correta da medicação, sendo que a enfermagem pode ser potencialmente envolvida neste processo educativo.

Em homens idosos, quando o medicamento utilizado ocasiona baixo desempenho sexual, há dificuldade em aderir à terapêutica medicamentosa⁽³⁸⁾. A identificação e tratamento de efeitos colaterais sexuais percebidos devido ao uso de medicamentos pode melhorar o comportamento de adesão nos homens⁽³⁸⁾.

Fatores relacionados à terapêutica medicamentosa

Muitos estudos mostraram que o número de medicamentos interfere na adesão, porque, quanto maior o número de medicamentos prescritos para um idoso, menor é sua adesão^(11,19,20,25,28-29,36,47,50,53). O uso de múltiplos medicamentos pode levar a uma complexidade maior do regime terapêutico^(26,28,31,39,47,51,53), que também mostrou-se associada à não adesão, pois exige do idoso maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos.

O uso de muitas medicações pode, também, aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos⁽²⁹⁾. O efeito adverso ou reação adversa é a resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional e que ocorre em doses normalmente utilizadas no ser humano. A experiência de efeitos adversos ou o medo de apresentá-los pode levar o idoso a não aderir ao tratamento medicamentoso^(10,21,25,28-32,34,39,44-45).

O uso de recursos ambientais para lembrar do tratamento medicamentoso foi associado à adesão^(17,19,28-31). Os idosos utilizam diversas estratégias a fim de lembrar-se dos horários de administração das medicações, como: *pillbox*, lembretes, objetos, associação dos medicamentos aos momentos da rotina diária e/ou exposição dos remédios em locais bem visíveis^(17,19,28-31).

Fatores comportamentais do idoso

Acreditar na eficácia e necessidade do uso dos medicamentos^(25,28,31,47), desejo de manter-se saudável^(28,54) e não querer sentir os sintomas da doença^(29,54) foram associados à adesão. Possuir atitudes positivas frente à condição crônica de saúde constitui um fator particularmente importante de satisfação de vida ou do bem-estar subjetivo do idoso⁽⁶⁷⁾.

Crenças negativas a respeito dos medicamentos ou baixa percepção dos benefícios dos mesmos^(30,55), usar os medicamentos somente na presença de sintomas^(34,53,58), baixa

percepção de vulnerabilidade a doenças específicas⁽⁵²⁾ e a falta de conhecimento sobre a condição crônica, o tratamento e os medicamentos^(17,25,29,32,39,44-45,58) mostraram-se relacionados à não adesão.

A não conscientização por parte do idoso na questão do seguimento da terapia é um dos problemas comumente verificados nessa população. Muitos deles, na ausência de sintomas, não utilizam os medicamentos prescritos⁽²⁰⁾. A carência de informações sobre a condição crônica e a baixa percepção dos benefícios do uso dos medicamentos podem gerar dúvidas quanto à necessidade e eficácia do tratamento medicamentoso prescrito⁽²⁹⁾. Nesse sentido, faz-se necessário um maior investimento, por parte dos profissionais de saúde, principalmente, na educação em saúde dos idosos e familiares em relação às condições crônicas de saúde, ao tratamento e aos medicamentos.

O conhecimento do nome da medicação é essencial para que o idoso ou familiar/cuidador saiba diferenciá-la no momento da compra e utilização, bem como informar sobre as mesmas por ocasião de internações, exames, reações adversas, alergias, entre outros. Saber sobre o nome, dose e frequência de administração dos medicamentos é de suma importância para que o idoso evite cometer erros na utilização dos mesmos⁽²⁹⁾.

Fatores ligados à personalidade do idoso, como independência e autossuficiência⁽⁵⁹⁾, foram relacionados à não adesão. Idosos com essas características podem acreditar que não precisam de medicamentos para tratar suas condições crônicas de saúde⁽⁵⁹⁾ e podem apresentar: substituição do tratamento medicamentoso por outro tipo de tratamento^(37,53,57); não aceitação das orientações médicas⁽⁴¹⁾; dificuldade de mudar de estilo de vida⁽³⁸⁾; desejo de não tomar medicamentos ou recusa em tomar^(21,29). Fatores estes que também mostraram-se associados à não adesão à terapêutica medicamentosa.

A instabilidade emocional⁽⁶⁰⁾, uma percepção ruim da saúde^(7,33) e uma baixa qualidade de vida⁽⁵⁶⁾ mostraram-se associadas à não adesão em idosos. A presença de condições crônicas de saúde podem afetar negativamente o aspecto emocional, a autopercepção da saúde e a qualidade de vida do idoso. Os profissionais de saúde precisam estimular os idosos para a manutenção de suas capacidades físicas, cognitivas e sociais, não permitindo que a condição crônica prejudique o envelhecimento ativo⁽⁶⁷⁾.

O esquecimento^(11,16-17,19,26,28-32,34,39,53) mostrou-se relacionado à não adesão. A dificuldade para se lembrar do horário de administração dos medicamentos constitui risco para a não adesão por comportamento não intencional. Tal aspecto pode estar relacionado, entre outros, à polifarmácia, aos transtornos mentais e aos prejuízos cognitivos, que podem

dificultar o reconhecimento e memorização dos horários de administração dos medicamentos⁽²⁹⁾.

Eventos estressantes na vida ou no ambiente no qual o idoso vive^(27,31) foram associados com uma diminuição da adesão. Pacientes que experimentam eventos estressantes podem ter motivação ou capacidade reduzida de continuar o uso de medicamentos, o que pode levar à exacerbação dos sintomas da condição crônica de saúde⁽²⁷⁾.

O consumo de bebidas alcoólicas⁽⁵³⁾ e o hábito de fumar⁽⁵¹⁾ foram associados à não adesão. Esses fatores podem aparecer associados em muitas pessoas e trazem consequências ruins para a saúde. Os idosos alcoolistas e/ou fumantes tendem a ser pouco motivados a parar de consumir bebidas alcoólicas e/ou cigarros, subestimando os próprios riscos. A abordagem de profissionais da saúde/enfermeiros pode enfatizar a importância do seguimento da terapêutica medicamentosa e deve se buscar estratégias para cessação do etilismo e/ou tabagismo em idosos^(68,69).

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que diversos fatores podem interferir na capacidade do idoso de aderir aos medicamentos. É necessário que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, compreendam que a adesão é uma questão complexa, que repousa sobre conjuntos de fatores, interdependentes que necessitam ser compreendidos sistemicamente⁽⁷⁰⁾.

CONCLUSÃO

Na busca por artigos realizada nesta revisão integrativa foram encontrados 49 estudos com diferentes critérios de inclusão da população, populações e/ou condições crônicas de saúde e métodos para verificar a adesão. Esta heterogeneidade de estudos reflete o fato de que a adesão à medicação pelo idoso é um comportamento complexo que envolve uma multiplicidade de fatores que se inter-relacionam de muitas maneiras.

O conhecimento dos fatores que levam ao uso ou não de medicamentos prescritos em idosos possibilita a elaboração e o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades específicas dessa população. É importante que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, no planejamento e realização das suas intervenções, partam de uma perspectiva que inclua os aspectos biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, culturais e ambientais dos idosos, sempre na perspectiva da promoção de um viver saudável, principalmente para aqueles que vivem com uma condição crônica. Desse modo, pode ser mais fácil ultrapassar as barreiras referentes à adesão à terapia medicamentosa, que poderão prender-se em crenças e percepções individuais, questões econômicas e socioculturais,

relacionadas às características dos próprios medicamentos ou com os sistemas de saúde e profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
2. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues Neto JF, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(4):811-8.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília (DF): OMS, 2003.
4. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies, time for action. Geneva: WHO, 2003. 221 p.
5. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium.* 2011;40:201-19.
6. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(7):1885-92.
7. 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):1578-86.
8. Barcenãs CH, Zhang N, Zhao H, Duan Z, Buchholz TA, Hortobagyi GN, et al. Anthracycline regimen adherence in older patients with early breast cancer. *The Oncologist.* 2012;17:303-11.
9. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervention for Enhancing Medication Adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008 [cited 2013 may 13]. 3: [33 telas]. Available from: http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
10. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15 Supl 3:3507-15.
11. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(Supl):703-10.

12. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):67-72.
13. Brasil. Lei n. 7498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 jul. 1986. Seção 1, p. 9273-5.
14. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. 2 ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.
16. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27:176-82.
17. Tordoff JM, Bagge ML, Gray AR, Campbell AJ, Norris PT. Medicine-taking practices in community-dwelling people aged ≥ 75 years in New Zealand. *Age Ageing*. 2010;39:574-80.
18. Grocki JH, Huffman KK. Medication adherence among older adults. *Building Excellence*. 2007;97-120. DOI:10.1300/J394v04n01_07.
19. Stoehr G, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CCH, et al. Factors associated with adherence to medication regimens by older primary care patients: the steel valley seniors survey. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(5):255-63.
20. Turner A, Hochschild A, Burnett J, Zulfíqar A, Dyer CB. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs Aging*. 2012;29:741-9.
21. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1069-78.
22. Dunbar-Jacob J, Bohachick P, Mortimer MK, Sereika SM, Foley SM. Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2003;18(3):209-18.
23. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Med Clin North Am*. 2009;93(3):753-69.
24. Shaw R, Bosworth HB. Baseline medication adherence and blood pressure in a 24-month longitudinal hypertension study. *J Clin Nurs*. 2011;21:1401-6.

25. Ruppap TM, Dobbels F, Geest S. Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. *Geriatr Nurs*. 2012;33(2):89-95.
26. Adisa R, Fakeye TO, Fasanmade A. Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in southwestern Nigeria. *Pharm Pract*. 2011;9(2):72-81.
27. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, et al. Predictors of decline in medication adherence: results from CoSMO. *Hypertension*. 2011;58(5):804–10.
28. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2008;37(1):8-16.
29. Cruz LP, Miranda PM, Vedana KGG, Miasso AI. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 2013 maio 10]; 19(4):944-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400013&script=sci_arttext&tlng=pt
30. West D, Lefler L, Franks A. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. *J Women Aging*. 2010;22:157-70.
31. Borgsteede SD, Westerman MJ, Kok IL, Meeuse JC, Vries TPGM, Hugtenburg JG. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*. 2011;33:779-87.
32. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(1):11–23.
33. Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):269-76.
34. Whitley HP, Fermo JD, Ragucci K, Chumney EC. Assessment of patient knowledge of diabetic goals, self-reported medication adherence, and goal attainment. *Pharm Pract*. 2006;4(4):183-90.
35. Mansur AP, Mattar APL, Tsubo CE, Simão DT, Yoshi FR, Daci K. Prescription and adherence to statins of patients with coronary artery disease and hypercholesterolemia. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76(2):115-8.
36. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*. 2012;25(4):322-9.
37. Castro ANBV, Mesquita WA. Não-adesão à terapêutica medicamentosa do glaucoma. *Arq Bras Oftalmol*. 2008;71(2):207-14.

38. Holt E, Joyce C, Dornelles A, Morisky DE, Webber LS, Muntner P, et al. Sex differences in barriers to antihypertensive medication adherence: findings from the cohort study of medication adherence among older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:558-64.
39. Tarn DM, Mattimore TJ, Bell DS, Kravitz RL, Wenger NS. Provider Views about responsibility for medication adherence and content of physician–older patient discussions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(6):1019-26.
40. Dunlay SM, Eveleth JM, Shah ND, McNallan SM, Roger VL. Medication adherence among community-dwelling patients with heart failure. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):273-81.
41. Tiv M, Viel JF, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French population-based study. *Plos One.* 2012;7(3):1-6. DOI: 10.1371/journal.pone.0032412.
42. Krousel-Wood M, Islam T, Muntner P, Holt E, Joyce C, Morisky DE, et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. *Ann Behav Med.* 2010;40(3):248-57.
43. Osborn CY, Egede LE. The relationship between depressive symptoms and medication non-adherence in type 2 diabetes: the role of social support. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(3):249-53.
44. Iversen MD, Vora RR, Servi A, Solomon DH. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining view points of patients and providers. *J Geriatr Phys Ther.* 2011;34(2):72-81.
45. Gordon K, Smith F, Dhillon S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ Couns.* 2007;65:407–15.
46. Camp YPV, Huybrechts SA, Rompaey BV, Elseviers MM. Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders. *J Clin Nurs.* 2011;21:1304-13.
47. Kelly J, D'Cruz G, Wright D. Patients with dysphagia: experiences of taking medication. *J Adv Nurs.* 2009;66(1):82–91.
48. Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *J Gerontol: psychol sci.* 2006;61B(2):102-7.
49. Insel KC, Reminger SL, Hsiao CP. White matter hyperintensities and medication adherence. *Biol Res Nurs.* 2008;10(2):121-7.
50. Hayes TL, Larimer N, Adami A, Kaye JA. Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference. *J Aging Health.* 2009;21(4):567-80.

51. Vik SA, Hogan DB, Patten SB, Johnson JA, Romonko-Slac L, Maxwell CJ. Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. *Drugs Aging*. 2006;23(4):345-56.
52. Li WW, Kuo CT, Hwang SL, Hsu HT. Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2012;21:1816-24.
53. Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42.
54. Chen SL, Tsa JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:235-45.
55. Li WW, Froelicher ES. Gender differences in chinese immigrants: predictors for antihypertensive medication adherence. *J Transcult Nurs*. 2007;18(4):331-8.
56. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*. 2010;39:481-7.
57. Krousel-Wood MA, Muntner P, Joyce CJ, Islam T, Stanley E, Holt EW, et al. Adverse effects of complementary and alternative medicine use on antihypertensive medication adherence: findings from CoSMO. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(1):54–61.
58. George J, Kong DCM, Thoman R, Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest J*. 2005;128(5):3198-204.
59. Insel KC, Reminger SL, Hsiao CP. The negative association of independent personality and medication adherence. *J Aging Health*. 2006;18(3):407-18.
60. Jerant A, Chapman B, Duberstein P, Robbins J, Franks P. Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial. *Br J Health Psychol*. 2011;16(1):151–69.
61. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011; 12(n.esp):988-94.
62. Adams R, Stocks N, Wislon D, Hill C, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy: a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009;38:144-7.
63. Ahnquist SP, Wamala J, Lindstrom M. Social determinants of health – A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Sci Med*. 2012;74:930-9.

64. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2603-11.
65. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149-56.
66. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, CaldasTM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev Rene*. 2013;14(2):394-404.
67. Fernandes MGM, Silva AO, Loureiro LSN, Medeiros ACT. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):543-8.
68. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):583-95.
69. Lima MCP, Simão MO, Oliveira JB, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Correa F. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2603-11.
70. Borges JWP, Moreira MTM, Rodrigues MTP, Souza ACC, Silva DB. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2014 Jan 13];47(5):1076-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf>

5.2 Artigo 2

**CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL:
MOTIVOS QUE LEVAM A ADESÃO/NÃO ADESÃO AOS MEDICAMENTOS***

**CHARACTERIZATION OF ELDERLY IN OUTPATIENT CARE: REASONS
WHICH TAKE THEM TO ADHERENCE/NON-ADHERENCE TO MEDICATIONS**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS ANCIANOS EN ATENDIMIENTO DE
AMBULATORIO: MOTIVOS QUE LLEVAN A LA ADHESIÓN/NO ADHESIÓN A
LOS MEDICAMENTOS**

1. Daiane Porto Gautério. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.
2. Silvana Sidney Costa Santos. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.

Autor correspondente:

Daiane Porto Gautério

Rua Honduras, 1415. Bairro Buchholz. Rio Grande. RS. Brasil. CEP: 96212-034

*Artigo elaborado segundo as normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP – REEUSP.

RESUMO: Objetivou-se caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial em um hospital universitário quanto às variáveis demográficas, condições socioeconômicas e de saúde, uso de medicamentos e adesão à medicação; identificar os motivos referidos pelos idosos que os levam a aderir ou não à terapêutica medicamentosa prescrita. Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no setor de atendimento ambulatorial de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, Brasil. Foram entrevistados 107 idosos em novembro de 2013. Aplicaram-se três instrumentos na coleta de dados. Utilizou-se a estatística descritiva para análise. Entre os idosos 86,9% eram aderentes à terapêutica medicamentosa. Querer sentir-se bem foi o motivo mais citado para aderir à terapêutica medicamentosa prescrita, e a ocorrência de reação adversa o mais citado para não aderir. Os resultados deste estudo podem servir de subsídio para o desenvolvimento de ações que promovam a adesão à terapêutica medicamentosa pelo idoso.

Descritores: Idoso; Uso de Medicamentos; Adesão à Medicação; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to characterize the elderly in outpatient care in the university hospital in Rio Grande/RS, Brazil, concerning the demographic characteristics, socioeconomic ones, health condition and medications usage and medication adherence; to identify the reasons referred by these elderly which take them to adherence/non-adherence to medications therapeutics. Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, performed in the outpatient care of a university hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. Its were interviewed 107 elderly in November 2013. Were applied three instruments in data collection. The statistical analysis was descriptive. Among elderly 86.9% were adherent to drug therapy. Want to feel good was the reason most often cited to adhere to prescribed drug therapy, and the occurrence of adverse reactions the most cited for not joining. The results of this study can serve as a basis for the development of actions that promote adherence to drug therapy for the elderly.

Descriptors: Aged; Drug Utilization. Medication Adherence; Ambulatory Care; Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los ancianos en atendimento de ambulatorio en un hospital universitario cuanto a las condiciones demográficas , socioeconómicas y de salud , uso de medicamentos y adherencia a la medicación; identificar los motivos referidos por esos ancianos que llevan a la adhesión/no adhesión a la terapêutica medicamentosa. Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativa,

realizado en un servicio de ambulatorio de un hospital universitario en Rio Grande/RS, Brasil. Fueron entrevistados 107 ancianos en noviembre de 2013. Se aplicaron tres instrumentos en la recolección de datos. El análisis estadístico fue descriptivo. Entre los ancianos 86.9% eran adherentes a la terapia con medicamentos. Querer sentirse bien fue la razón más citada para adherir a la terapéutica medicamentosa prescrita y la ocurrencia de reacción adversa la más citada para no adherir. Los resultados de este estudio pueden servir de base para el desarrollo de acciones que promuevan la adherencia a la terapia con medicamentos para los ancianos.

Descriptor: Anciano; Utilización de Medicamentos; Cumplimiento de la Medicación; Atención Ambulatoria. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), porque elas afetam mais os segmentos de maior idade⁽¹⁾. Estudos com idosos que vivem na comunidade indicam que 80% deles apresentam no mínimo uma DCNT⁽²⁻³⁾.

A DCNT requer mudanças no estilo de vida, e na maioria dos casos o uso de medicamentos para tratá-la, especialmente entre os idosos⁽¹⁾. Em relação aos medicamentos, a prevalência de uso por idosos em estudos brasileiros é de aproximadamente 80% e a média de consumo por dia é em torno de 3,5 fármacos⁽³⁻⁵⁾.

A adesão ao tratamento medicamentoso não é realizada de forma adequada pela maioria dos idosos e estudos mostram prevalências de não adesão que variam de 12% até 72%^(1,6). Muitos idosos não aderem à medicação prescrita por dificuldades relacionadas às condições de saúde, às questões financeiras, à complexidade do regime terapêutico prescrito, às crenças, entre outros motivos⁽⁷⁾.

Saber os motivos que levam o idoso a tomar ou não seus medicamentos pode auxiliar no desenvolvimento de ações que favoreçam a adesão. No Brasil e também no exterior, existem poucos estudos que identifiquem a partir da ótica dos idosos esses motivos⁽⁷⁻⁸⁾.

Pautado no aumento quantitativo da população idosa e nas suas características específicas, como: maior número de DCNTs, alto consumo de medicamentos e presença de dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso prescrito, emergiram as seguintes questões de pesquisa: Quais as características demográficas, socioeconômicas, clínicas, farmacoterapêuticas dos idosos em atendimento ambulatorial? Quais os motivos referidos pelos idosos que levam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa?

Conhecer o perfil e os motivos que levam os idosos a aderir ou não à terapêutica medicamentosa prescrita pode auxiliar os profissionais de saúde/enfermeiro na realização de um cuidado mais adequado às necessidades de saúde dessas pessoas e pode favorecer a adesão.

Os objetivos deste estudo foram: caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial em um hospital universitário quanto às variáveis demográficas, condições socioeconômicas e de saúde, uso de medicamentos e adesão à medicação; identificar os motivos referidos pelos idosos que os levam a aderir ou não à terapêutica medicamentosa prescrita.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, que faz parte do projeto “Adesão à terapêutica medicamentosa e fatores relacionados em idosos em atendimento ambulatorial”. Ele foi realizado no setor de atendimento ambulatorial de um hospital universitário em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. As especialidades de Angiologia, Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Urologia foram eleitas para realização do estudo devido ao número elevado de idosos em seguimento terapêutico nesses ambulatórios.

A população do estudo se constituiu de idosos, em atendimento ambulatorial. Foram critérios de inclusão: estar em atendimento ambulatorial no referido hospital universitário; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista.

Foram critérios de exclusão: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico; apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impedissem a resposta às questões dos instrumentos de pesquisa.

A amostra foi estimada de acordo com a fórmula para população infinita: $n = ((Z\alpha/2)^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$. Onde: n = tamanho da amostra; P = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que se pretende estudar; Q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que se tem interesse em estudar ($Q = 1 - P$); $Z\alpha/2$ = valor crítico que corresponde ao nível de confiança desejado; E = margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional.

Para o cálculo foi utilizada uma prevalência de 50% de adesão à medicação conforme estudo nacional com idosos⁽⁹⁾, um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%. Obteve-se n = 96. Adicionaram-se 10% para controle de fatores de confusão e 10% para perdas, totalizando n = 116. Após a coleta de dados nove instrumentos foram descartados por falhas no preenchimento, sendo a amostra final composta por 107 idosos. A amostra se caracterizou como não probabilística por conveniência.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2013 por meio de entrevista estruturada, utilizando três instrumentos. O primeiro caracterizou o idoso quanto aos fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, condições de saúde e terapêutica medicamentosa. Foi validado quanto à aparência e conteúdo por dois docentes que desenvolvem estudos na área de Gerontologia e fazem parte do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). O segundo, o Miniexame do Estado Mental (MEEM), serviu para avaliar a cognição do idoso⁽¹⁰⁾. O terceiro foi a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), utilizado para verificar a adesão do idoso à terapêutica medicamentosa. Este instrumento foi construído e validado em Portugal⁽¹¹⁾.

As entrevistas foram feitas por integrantes do GEP-GERON que receberam capacitação específica. Cada idoso foi abordado na sala de espera dos ambulatórios antes ou após a consulta médica. O idoso que aceitou participar assinou ou colocou a digital em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficou com o pesquisador e a outra via com o participante da pesquisa.

Os medicamentos que faziam parte da terapêutica medicamentosa utilizada pelos idosos foram classificados segundo o Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATCC), adotado pela OMS⁽¹²⁾, e divididos de acordo com o grupo anatômico ou com o sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Para identificar as substâncias a partir dos nomes comerciais, utilizou-se o Dicionário de Especialidade Farmacêutica (DEF) (2010/2011)⁽¹³⁾. Em relação ao número de medicamentos utilizados pelos idosos considerou-se polifarmácia o uso de cinco ou mais medicamentos concomitantemente por um período mínimo de uma semana⁽³⁾.

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel 2007, contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação).

A análise dos dados contou com o auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 20.0. Foi realizada uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa, uso das medidas de tendência central

(média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Os dados foram apresentados na forma de tabelas.

Foram seguidos todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e o projeto de pesquisa obteve Parecer favorável número 164/2013 de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos

Houve predominância de idosos do sexo feminino (69,2%), na faixa etária entre 60-69 anos (66,4%), casados (59,8%), que não exerciam atividade remunerada (85,0%), tinham escolaridade entre a 1ª e a 4ª séries do ensino fundamental (42,1%) e renda de mais de 1 até 3 salários mínimos (58,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos em atendimento ambulatorial segundo a caracterização demográfica e socioeconômica. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	74	69,2
Masculino	33	30,8
Faixa etária (em anos)		
60-69	71	66,4
70-79	28	26,1
≥ 80	8	7,5
Condição civil		
Casado	64	59,8
Viúvo	26	24,3
Divorciado	10	9,3
Solteiro	7	6,5
Ocupação		
Não exerce atividade remunerada (aposentados e do lar)	91	85,0
Exerce atividade remunerada (trabalha fora de casa)	16	15,0
Escolaridade		
Analfabeto	10	9,3
1ª a 4ª série	45	42,1
5ª a 8ª série	35	32,7
Ensino médio incompleto	6	5,6

Ensino médio completo	8	7,5
Superior incompleto	2	1,9
Superior completo	1	0,9
Renda		
Até 1 salário mínimo	29	27,1
Mais que 1 até 3 salários mínimos	63	58,9
Mais que 3 salários mínimos	8	7,5
Não sabe/não informou	7	6,5
Total	107	100,0

*Valor do salário mínimo na época da coleta dos dados = R\$ 672,00.

Caracterização das condições de saúde dos idosos

Em relação às condições de saúde, os idosos apresentavam mediana de 4 consultas médicas ao ano (mínimo de 0 e máximo de 20). Em relação ao MEEM, 62 (57,9%) idosos apresentaram resultado normal na avaliação e, 45 (42,1%), sugestivo de déficit cognitivo.

Dos 107 idosos entrevistados, 99 (92,5%) apresentavam comorbidades e oito (7,5%) apresentavam somente uma doença. Conforme a Tabela 2, a doença mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), presente em 85 (79,4%) idosos, seguida do Diabetes Mellitus (DM), em 61 (57,0%).

Tabela 2 - Doenças referidas pelos idosos em atendimento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Doenças referidas	n	%
HAS	85	79,4
DM	61	57,0
Cardiopatias	47	43,9
Artrite	37	34,6
Dislipidemia	30	28,0
Reumatismo	22	20,6
Problemas na tireoide	14	13,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	13	12,1
Depressão e ansiedade	11	10,3
Gastrite	8	7,5
Insônia	7	6,5
Osteoporose	6	5,6

Varizes em Membros Inferiores	3	2,8
Distúrbios na coagulação	3	2,8
Outras (insuficiência renal, hiperplasia benigna de próstata e glaucoma=2; tendinite; colecistite, anemia, labirintite, câncer de próstata e hepatite C=1)	13	12,1

*n≠107 pois os idosos poderiam referir mais de uma doença.

Caracterização do uso de medicamentos

Os idosos utilizavam em média 4,8 ($\pm 2,6$) medicamentos (mediana = 4). Dos medicamentos utilizados pelos idosos, 193 (37,6%) eram para o sistema digestivo e metabolismo, e 189 (36,8%) para o cardiovascular, sendo estes os mais consumidos, conforme os resultados da Tabela 3.

Tabela 3 - Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, utilizados pelos idosos em atendimento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Classificação	Nº medicamentos	%
Sistema digestivo e metabolismo	193	37,6
Sistema cardiovascular	189	36,8
Sistema hematopoiético	41	8,0
Sistema nervoso central	37	7,2
Uso sistêmico	20	3,9
Sistema respiratório	11	2,1
Sistema ósseo	7	1,4
Fitoterápicos	1	0,2
Outros	14	2,8
Total	513	100

Quanto à polifarmácia, 52 (48,6%) idosos utilizavam cinco ou mais medicamentos. Em relação à adesão ao tratamento medicamento prescrito, 93 (86,9%) idosos foram considerados aderentes segundo o instrumento de Medida de Adesão aos Tratamentos, e 14 (13,1%), não aderentes.

Dos idosos entrevistados, 49 (45,8%) referiram obter todos os medicamentos que utilizavam gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS); 11 (10,3%) disseram que compravam todos os seus medicamentos e 47 (43,9%) adquiriam seus medicamentos de várias fontes (gratuitamente pelo SUS, compra e doação).

Motivos que levam os idosos a aderir ou não à terapêutica medicamentosa prescrita

Todos os idosos entrevistados citaram motivos que os levavam a aderir à terapêutica medicamentosa prescrita: querer sentir-se bem/manter a saúde/manter-se vivo/ter qualidade de vida foi referido por 67 (62,6%) idosos; querer controlar a doença e os sintomas, por 39 (36,5%); indicação médica, por 13 (12,2%); em função da família e na esperança de curar-se, por dois (1,9%).

Dos 107 idosos, 29 (27,1%) citaram motivos que os levavam a não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita: ocorrência de reação adversa foi referida por nove (8,4%) idosos; falta de condições financeiras, por sete (6,5%); falta de disponibilidade do medicamento pelo SUS, por cinco (4,6); sentir-se curado e esquecimento, por três (2,8%); ausência de sintomas, longo tempo de tratamento e falta de acesso aos serviços de saúde, por dois (1,9%).

DISCUSSÃO

No presente estudo houve a predominância de idosos do sexo feminino (69,2%), característica percebida em outras pesquisas^(2-3,5). Alguns fatores buscam explicar a diferença entre os sexos a favor das mulheres, tais como: a proteção cardiovascular dada pelo estrógeno, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor consumo de tabaco e álcool, além da maior vigilância em termos de atenção à saúde ao longo do curso da vida⁽¹⁴⁾.

Em relação à faixa etária, foi maior a frequência de idosos entre 60-69 anos (66,4%), resultado também evidenciado em outras pesquisas^(3,5). Nas pessoas idosas em faixas etárias iniciais do processo de envelhecimento, torna-se relevante que os profissionais de saúde/enfermeiro desprendam de mais atenção para promover ações que auxiliem a manter a autonomia e independência dessas, visto que a tendência é que, com o avançar da idade, elas tornem-se mais dependentes⁽¹⁵⁾. A importância de ações que favoreçam a adesão à medicação é ressaltada pelo fato da capacidade de administrar a medicação ser considerada uma habilidade que é essencial à manutenção da independência em idosos⁽¹⁶⁾.

Em relação ao estado conjugal, houve predominância de casados (59,8%), resultado semelhante ao encontrado em outra investigação com idosos em atendimento ambulatorial⁽¹⁾. A presença do cônjuge pode facilitar a adesão na medida em que ele pode auxiliar e estimular o uso correto dos medicamentos.

Entre os idosos investigados, 42,1% tinham escolaridade entre a 1ª a 4ª séries do ensino fundamental. O baixo nível de escolaridade pode dificultar a compreensão em relação ao uso de medicamentos e a adesão à terapêutica prescrita, acarretando em prejuízos à saúde do idoso⁽³⁾. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve adequar as estratégias das ações em saúde à escolaridade dos idosos.

Quanto à ocupação, 15% dos idosos ainda exerciam atividade remunerada fora de casa. Estudo realizado em Guarapuava/PR, Brasil, encontrou que 32,5% das mulheres idosas e 23,4% dos homens idosos, todos aposentados, ainda realizavam trabalho remunerado⁽⁵⁾. Realizar atividades fora do domicílio pode contribuir para a autonomia e independência dos idosos, na medida em que eles continuam ativos e inseridos socialmente⁽²⁾.

A renda da maioria dos idosos foi de mais de um até três salários mínimos, semelhante ao encontrado em estudo sobre adesão à medicação com idosos hipertensos⁽¹⁷⁾. A renda é importante pois dela depende o suprimento das necessidades de saúde, sociais e alimentares. A presença de condições financeiras precárias e a falta de acesso aos medicamentos pelo SUS podem influenciar na adesão, devido à dificuldade para comprar os medicamentos⁽¹⁾.

Dos entrevistados, 45 (42,1%) apresentaram resultado sugestivo de déficit cognitivo. Estudos referem que a presença de déficits cognitivos pode estar associada a não adesão à medicação em idosos^(16,18).

Entre os idosos, 92,5% apresentaram mais de uma DCNT. A associação de doenças pode aumentar o número de medicamentos usados diariamente, o que sugestivamente interfere na adesão na medida em que aumenta a complexidade do regime terapêutico e o risco de eventos adversos⁽¹⁸⁾.

Assim como em outros estudos, a HAS e o DM foram as DCNTs que mais acometeram os entrevistados⁽¹⁻²⁾. Essas enfermidades requerem diversos cuidados e, se não tratadas adequadamente, podem levar ao surgimento de complicações que podem interferir na autonomia e independência do idoso⁽³⁾.

Os entrevistados utilizavam, em média, 4,8 medicamentos/idoso. O número obtido está de acordo com o encontrado em estudo realizado com idosos em atendimento ambulatorial em Campinas/SP, Brasil, onde a média foi de 4,5⁽¹⁾. Quanto à polifarmácia, 48,6% utilizavam cinco ou mais medicamentos. O uso de um número maior de medicamentos pode dificultar a adesão, pois exige do idoso maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos⁽¹⁶⁾.

A classe terapêutica mais utilizada foi a de fármacos que atuam no sistema digestivo e metabólico (37,6%), seguido dos que atuam no sistema cardiovascular (36,8%). Estudos referem que essas duas classes de medicamentos são as mais utilizadas por idosos⁽³⁻⁵⁾. Os medicamentos mais utilizados estavam em consonância com as DCNTs mais prevalentes que foram a HAS e o DM.

A prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita foi de 86,9%. O grau de adesão autorreferido é uma medida simples, mas subjetiva da avaliação do seguimento

farmacológico e pode ser superestimada pelo entrevistado. Contudo, o resultado encontrado no presente estudo foi semelhante ao de estudo com idosos em atendimento ambulatorial realizado em Campinas/SP, Brasil, no qual a prevalência de adesão foi de 88,5%⁽¹⁾.

Entre os idosos entrevistados, 45,8% relataram conseguir todos os medicamentos que utilizavam de forma gratuita, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos⁽⁹⁾. O SUS contribuiu consideravelmente com a organização de programas para garantir o acesso da população ao medicamento⁽¹⁹⁾. Para o tratamento da HAS e DM, além da disponibilidade do remédio na atenção básica de saúde, foram lançados programas que possibilitam a aquisição do medicamento a preços simbólicos e, mais recente, a garantia da gratuidade do medicamento em drogarias credenciadas⁽⁹⁾.

No presente estudo, 10,3% dos entrevistados referiram utilizar somente recursos próprios para aquisição do medicamento. Embora esse número seja menor do que o descrito por outros estudos, ele indica que ainda há a necessidade de maiores esclarecimentos junto à população quanto aos programas governamentais para aquisição gratuita dos medicamentos, com vistas ao controle das condições crônicas⁽⁹⁾.

Entre os idosos entrevistados, todos referiram motivos que os levavam a aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. O motivo mais citado pelos idosos foi querer sentir-se bem/manter a saúde/manter-se vivo/ter qualidade de vida (62,6%). Estudo realizado com idosos com insuficiência cardíaca nos Estados Unidos identificou o desejo de manter-se saudável como o motivador primário na decisão de tomar a medicação. O desejo de manter-se saudável englobou, nessa pesquisa, querer sentir-se bem, estar vivo, estar fora do hospital e ter uma boa qualidade de vida, semelhante ao presente estudo⁽²⁰⁾.

Querer controlar a doença e os sintomas foi referido por 39 (36,5%) idosos como motivo para aderir aos medicamentos prescritos. Estudo com pacientes hipertensos desenvolvido no Taiwan demonstrou que idosos que sofreram com os sintomas da doença são mais motivados a tomar os medicamentos, para evitar que isso ocorra novamente e também para controlar a progressão da DCNT⁽²¹⁾.

A indicação médica foi motivo citado por 13 (12,2%) idosos para aderir aos medicamentos prescritos. Muitos idosos tomam seus medicamentos corretamente simplesmente porque o médico ordenou⁽²²⁾. O respeito e uma boa relação com o médico são descritos como facilitadores para a adesão em alguns estudos^(20,22).

A família foi citada por dois (1,9%) idosos como motivo para aderir. O apoio da família ou de um cuidador é imprescindível para o cumprimento da terapia medicamentosa, pois o avanço da idade pode estar acompanhado por aumento da dependência para executar

atividades instrumentais de vida diária, como a administração dos medicamentos. Desse modo, os problemas com a utilização e administração de medicamentos são minimizados quando os idosos são acompanhados por familiares⁽⁷⁾.

Acreditar na possibilidade de cura foi citada por dois (1,9%) idosos como motivo que levava à adesão. Muitos idosos, por falta de conhecimento ou por crenças pessoais, acreditam que podem curar-se das DCNTs. A educação em saúde realizada pelo enfermeiro pode favorecer o acesso à informação correta para evitar a compreensão inadequada do idoso sobre seu processo de saúde e doença.

Dos 107 idosos entrevistados, 29 (27,1%) referiram motivos que os levavam a não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita. A ocorrência de reação adversa foi o motivo mais citado pelos idosos, dados semelhante foram encontrados em estudos, com destaque para a associação entre a presença de reação adversa e a não adesão à medicação^(1,8). O idoso que tem reação adversa pode deixar de tomar seus medicamentos devido ao medo de apresentá-la novamente⁽⁸⁾. A percepção dos idosos sobre as reações adversas causadas pelo uso da terapia é um entrave para a adesão, pois o medo de apresentá-las novamente é motivo suficiente para suspenderem o uso de determinado medicamento sem a indicação do médico⁽⁷⁾.

No presente estudo, a falta de condições financeiras foi citada por 6,5% dos idosos como um motivo para não aderir à terapêutica medicamentosa prescrita, e a falta de disponibilidade do medicamento pelo SUS, por 4,6%. Esses motivos foram citados por idosos em atendimento ambulatorial em Campinas/SP como os que mais dificultam a aquisição de medicamentos⁽¹⁾. O fato de não encontrarem todos os medicamentos necessários na rede pública e a falta de dinheiro para comprarem nas farmácias privadas os impediriam de seguir o tratamento, ocorrendo, assim, o abandono da prescrição⁽⁷⁾.

O esquecimento foi citado por 2,8% dos idosos como motivo que leva à não adesão. O esquecimento pode estar relacionado às alterações cognitivas que podem ocorrer com o envelhecimento⁽¹⁶⁾. O uso de recursos ambientais, para lembrar sobre o tratamento medicamentoso, como, por exemplo, colocar os medicamentos em locais visíveis, e ajustar os horários às rotinas diárias podem ser utilizados para evitar o esquecimento e facilitar a adesão⁽⁸⁾.

Sentir-se curado foi citado por três (2,8%) idosos como motivo para não aderir, e a ausência de sintomas, por dois (1,9%). Muitos idosos, quando não apresentam sintomas das DCNTs, devido ao caráter silencioso que muitas delas apresentam, acreditam estarem curados e acabam deixando de tomar seus medicamentos⁽²³⁾. O esclarecimento sobre o caráter crônico

da patologia e sobre a importância do tratamento para evitar a progressão da mesma pode auxiliar na adesão aos medicamentos e demais cuidados necessários⁽⁷⁾.

O longo tempo de tratamento foi citado por dois (2,8%) idosos como um motivo para não aderir aos medicamentos prescritos. Alguns idosos, no início do tratamento, procuram seguir corretamente a prescrição, mas, ao longo do tempo, e diante da presença de alguma dificuldade, decidem seguir o tratamento à sua maneira, considerando o que é possível fazer, o que conseguem fazer ou o que querem fazer⁽²³⁾.

A falta de acesso aos serviços de saúde foi referida por dois (1,9%) idosos como um motivo para não aderir. A falta de recursos humanos e de infraestrutura básica de atendimento desempenham grande papel na insatisfação dos pacientes idosos e influenciam a não adesão à medicação⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Os 107 idosos entrevistados eram na maioria do sexo feminino, na faixa etária entre 60-69 anos, brancos, casados, residiam na zona urbana, não exerciam atividade remunerada, com escolaridade entre a 1ª e a 4ª séries do ensino fundamental e com renda entre 1 e 3 salários mínimos.

A doença mais prevalente entre os idosos foi a HAS, seguida do DM. A média de uso de medicamentos por dia foi de 4,8, sendo os para o sistema digestivo e metabolismo e os para o sistema cardiovascular os mais consumidos. Entre os idosos, 48,6% utilizavam polifarmácia e 86,9% eram aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita.

Querer sentir-se bem/manter a saúde/manter-se vivo/ter qualidade de vida e querer controlar a doença e os sintomas foram os motivos mais citados para aderir à terapêutica medicamentosa prescrita, e a ocorrência de reação adversa e a falta de condições financeiras consistiram nos motivos mais citados pelos idosos para não aderir.

Como uma limitação deste estudo tem-se a amostra selecionada de forma consecutiva por conveniência.

Considera-se que este estudo caracteriza os idosos em atendimento ambulatorial, quanto as variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e uso de medicamentos e demonstra os fatores referidos pelos idosos que influenciam na adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. Estas informações podem subsidiar no desenvolvimento do cuidado de enfermagem por meio com ações para promover a adesão à terapêutica medicamentosa pelo idoso. Destaca-se importância da educação em saúde para os idosos, suas famílias e cuidadores como pilar para fortalecimento da adesão ao tratamento medicamentoso junto a esta população.

REFERÊNCIAS

1. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3507-15.
2. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 2013 dez 15];19(5):[9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf
3. Gautério DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por idosos na comunidade: proposta de ação da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):702-8.
4. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polifármacia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2899-905.
5. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues Neto JF, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):811-8.
6. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
7. Marques EIW, Petuco VM; Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Humano*. 2010;7(2):267-79.
8. Henriques MA, Costa Ma, Cabrita J. Adherence and medication management by the elderly. *J Clin Nurs*. 2012;21:3096-105.
9. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev RENE*. 2013;14(2):394-404.
10. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(1):7-16.
11. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(2):81-100.
12. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical Code ATCC/DDD Index 2009. Oslo: World Health Organization; 2009.

13. Melo JMS, organizador. DEF 2010/11: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 39 ed. Rio de Janeiro: Editora Publicações Científicas Ltda; 2010.
14. Gautério DP, Santos SSC, Pelzer MT, Barros E JL, Baumgarten L. The characterization of elderly medication users living in long-term care facilities. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2012 [cited 2013 dec 15];46(6):1395-1400. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_16.pdf
15. Goodman C, Davies S, Dinan S, Tai SS, Iliffe S. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *Br J Community Nur.* 2011 Jan; 16(1):12-7.
16. Hayes TL, Larimer N, Adami A, Kaye JA. Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference. *J Aging Health.* 2009;21(4):567-80.
17. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(4):322-9.
18. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Med Clin North Am.* 2009;93(3):753-69.
19. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(2):149-56.
20. West D, Lefler L, Franks A. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. *J Women Aging.* 2010;22:157-70.
21. Chen SL, Tsa JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *Int J Nurs Stud.* 2011;48:235-45.
22. Kelly J, D’Cruz G, Wright D. Patients with dysphagia: experiences of taking medication. *J Adv Nurs.* 2009;66(1):82–91.
23. Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2013;23(1):227-42.
24. Iversen MD, Vora RR, Servi A, Solomon DH. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining view points of patients and providers. *J Geriatr Phys Ther.* 2011;34(2):72-81.

5.3 Artigo 3

**PREVALÊNCIA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM
IDOSOS E FATORES RELACIONADOS⁷**
**PREVALENCE OF ADHERENCE TO MEDICATION THERAPEUTICS IN
ELDERLY AND ASSOCIATED FACTORS**
**PREVALENCIA DE ADHESIÓN A LA TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA EN
ANCIANOS Y FACTORES RELACIONADOS**

Daiane Porto Gautério⁸

Silvana Sidney Costa Santos⁹

⁷ Artigo elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem.

⁸ Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista CAPES/REUNI. daianeporto@bol.com.br.

⁹ Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. silvanasidney@terra.com.br.

Resumo: Foram objetivos deste estudo: verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa de idosos em atendimento ambulatorial; verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, terapêutica medicamentosa. Estudo exploratório, descritivo, transversal, quantitativo realizado nos ambulatórios de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, Brasil. Participaram 107 idosos, que responderam três instrumentos: um de caracterização, o Miniexame do Estado Mental e a Medida de Adesão aos Tratamentos. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. A prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa por idosos em atendimento ambulatorial foi de 86,9%. Houve associação estatisticamente significativa entre a variável adesão e receber orientações do médico sobre como tomar os medicamentos e ter reação adversa. É importante que os enfermeiros conheçam a prevalência de adesão aos medicamentos e os fatores relacionados para poderem planejar intervenções que promovam a saúde dos idosos.

Descritores: Idoso; Adesão à Medicação; Prevalência; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

Abstract: The objectives of this study were: to verify the prevalence of adherence to medication therapeutics of the elderly in outpatient care; to verify if there are the association between adherence to medication therapeutics and demographic, socioeconomic, health condition, medication therapeutics. Exploratory, descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted in an outpatient care at a university hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. Participated 107 elderly who answered three instruments: to characterization; the Mini Exam of the Mental State; the Treatments Adherence Measures. It was performed a descriptive and inferential statistical analysis. The adherence prevalence to the medication therapeutics in elderly in outpatient care was 86.9%. There was a link between adherence and receiving medical guidance concerning how to take the medications, to have adverse reaction, to believe that the medications are important for health maintenance and feeling like to not to take the medications. There was statistically significant association between adherence variable and receiving medical guidance concerning how to take the medications and to have adverse reaction. It is important that nurses know the prevalence of medication adherence and related factors in order to design interventions that promote the health of the elderly.

Key words: Aged; Medication Adherence; Prevalence; Ambulatory Care; Nursing.

Resumen: Los objetivos de este estudio fueron: verificar la prevalencia de la adhesión a la terapéutica medicamentosa de ancianos en atendimento de ambulatorio; verificar si existe asociación entre adhesión a la terapéutica medicamentosa y factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud, terapéutica medicamentosa. Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, cuantitativo realizado en un servicio de ambulatorio de un hospital universitario en Rio Grande/RS, Brasil. Participaron 107 ancianos que contestaran tres instrumentos: uno para caracterización; el Mini Examen del Estado Mental; la Escala de Medida de Adhesión a los tratamientos. Se cumplió análisis estadística descriptiva e inferencial. La prevalencia de la adhesión a la terapéutica medicamentosa en ancianos en atendimento de ambulatorio fue de 86,9%. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la variable adhesión y recibir orientaciones del médico sobre como tomar los medicamentos y tener reacción adversa. Es importante que las enfermeras conocen la prevalencia de la adherencia a la medicación y factores relacionados con el fin de diseñar intervenciones que promuevan la salud de los ancianos.

Palabras clave: Anciano, Cumplimiento de la Medicación; Prevalencia; Atención Ambulatoria; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Um grande problema para os idosos que necessitam utilizar medicamentos de forma contínua para tratar as condições crônicas de saúde, e prevenir debilidade e incapacidades, está na adesão. Para eles ela pode se tornar mais difícil devido às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o envelhecimento⁽¹⁾.

O conceito de adesão varia entre diversos autores. De uma forma geral, a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento⁽²⁾. O nível de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos encontrado em estudos nacionais e estrangeiros variou de 28% a 88,5%⁽³⁻⁵⁾.

A adesão ao tratamento prescrito é essencial para o bem-estar das pessoas idosas e é um componente importante da atenção à saúde. Nos idosos a não adesão aos medicamentos prescritos aumenta a probabilidade de fracasso terapêutico e de complicações desnecessárias, o que conduz a um maior gasto pelo sistema de saúde, como também a maiores números de incapacidade e até morte prematura⁽⁶⁻⁷⁾.

A adesão é um fenômeno complexo e multideterminado que depende de fatores de etiologia diversificada que podem ser agrupados nas seguintes dimensões: socioeconômica, sistema e profissionais de saúde, doença, terapêutica e paciente⁽⁸⁾. Para promover a adesão à medicação entre idosos deve-se desprender tempo e esforço para avaliar as variáveis que possam afetar esse comportamento.

No Brasil, a investigação sobre a adesão e os fatores relacionados em idosos ainda é incipiente, pois os estudos referentes a essa temática são focados em doenças específicas como: o diabetes⁽⁹⁾, o transtorno bipolar⁽¹⁰⁾ e a hipertensão⁽⁵⁾. Contudo, o idoso costuma apresentar pluripatologias e estudos sobre a adesão aos medicamentos para tratamento de várias comorbidades são escassos.

A não adesão à terapêutica medicamentosa pelo idoso é uma resposta humana que acarreta um risco potencialmente negativo para a saúde dele e que pode afetar não só sua vida, mas de sua família, da comunidade e da sociedade⁽¹¹⁾. Assim, justifica-se o interesse em pesquisar sobre adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados.

É importante que os enfermeiros conheçam a adesão aos medicamentos prescritos e os fatores relacionados em idosos para poderem planejar intervenções que promovam a adesão. Desse modo, tem-se como questões de pesquisa desse estudo: Qual a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial? Existe associação entre

fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e terapêutica medicamentosa e adesão nestes idosos?

Os objetivos deste estudo foram: verificar a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa de idosos em atendimento ambulatorial; verificar se há associação entre adesão à terapêutica medicamentosa e fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e terapêutica medicamentosa.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos ambulatórios de Angiologia, Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Urologia de um hospital universitário em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Estes ambulatórios foram selecionados devido ao número elevado de idosos em seguimento terapêutico nos mesmos.

A população do estudo foi constituída por idosos em atendimento ambulatorial. Utilizaram-se como critérios de inclusão no estudo: estar em atendimento ambulatorial no HU; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista.

Foram critérios de exclusão do estudo: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico; apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impedissem a resposta às questões dos instrumentos de pesquisa.

A amostra foi estimada a partir da fórmula para populações infinitas: $n = ((Z\alpha/2)^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$. Onde: n = tamanho da amostra; $Z\alpha$ = nível de significância em desvio padrão; P = prevalência do agravo em saúde; Q = complementar da prevalência ($1-P$); E = erro amostral. Foram utilizados como parâmetros: $Z\alpha$ = nível de significância de 95%; P = prevalência de adesão de 50% conforme estudo nacional com idosos⁽⁹⁾; erro amostral de 10%.

Obteve-se $n = 96$, adicionaram-se 10% para controle de fatores de confusão e 10% para perdas, sendo a amostra composta por 116 pessoas idosas. A amostra foi não probabilística por conveniência selecionada de forma consecutiva de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A amostra final se compôs de 107 idosos, pois nove instrumentos foram descartados por problemas no preenchimento.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas realizadas no mês de novembro de 2013, sendo utilizados três instrumentos. Para caracterizar o idoso quanto a fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, condições de saúde e terapêutica medicamentosa empregou-se um instrumento elaborado pela pesquisadora, validado quanto à aparência e conteúdo por dois docentes que desenvolvem estudos na área de Gerontologia e que são membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). Ele foi aplicado sob a forma de teste piloto em dez idosos em condições semelhantes às avaliadas no estudo, após as devidas alterações sugeridas pelos docentes quando da validação feita por eles. Não sendo percebidas inadequações no teste, o instrumento foi considerado adequado. As entrevistas do teste piloto não foram utilizadas na amostra final.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado para avaliar a cognição do idoso. Aplicou-se uma versão do MEEM validada no Brasil com idosos em atendimento ambulatorial. O ponto de corte utilizado para indicar déficit cognitivo foi de 18/19 pontos para analfabetos e 23/24 pontos para aqueles com mais de um ano de escolaridade⁽¹²⁾.

Para verificar a adesão do idoso à terapêutica medicamentosa foi utilizado o instrumento denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Este instrumento é composto por sete itens, cujas respostas são sob a forma de escala Likert e as pontuações variam de sempre = 1 aumentando até nunca = 6. As respostas de cada um dos itens são somadas e, após, esse valor é dividido pelo número total de itens. O valor obtido é convertido em uma escala dicotômica, construída para indicar os sujeitos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Consideram-se como não adesão ao tratamento os valores da MAT obtidos de 1 a 4, e como adesão os valores entre 5 e 6. Este instrumento foi construído e validado em Portugal⁽¹³⁾.

Cada idoso foi abordado na sala de espera dos ambulatórios por uma entrevistadora antes ou após a consulta médica. Antes da realização da entrevista solicitou-se o consentimento do idoso e o mesmo foi esclarecido a respeito da pesquisa. O idoso que aceitou participar assinou ou colocou a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por integrantes do GEP-GERON que receberam capacitação específica.

Para a organização dos dados elaborou-se uma planilha no programa Microsoft® Excel 2007, contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação).

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 20.0. Desenvolveu-se uma análise estatística descritiva com descrição da frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (percentil 25 = P25 e percentil 75 = P75) para variáveis numéricas.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos. Verificou-se que os dados não seguiam uma distribuição normal, por isso as descrições das variáveis foram realizadas a partir da mediana. Na comparação de medianas empregou-se o teste de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias e o de Kruskal-Wallis para variáveis com mais de duas categorias.

Para verificar a associação entre a variável adesão (sim ou não) e as demais variáveis dicotômicas utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para frequências esperadas maiores de cinco, e o teste de Fisher para frequências esperadas menores de 5. A correlação entre a MAT e as variáveis numéricas foi analisada por meio do Coeficiente de Correlação Rho de Spearman. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. Os dados estão apresentados na forma de tabelas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade do sul do país e obteve Parecer favorável número 164/2013 (CAAE: 22733513.7.0000.5324). Foi solicitada a autorização da direção do hospital para a realização do estudo. Após o recebimento da autorização foi feito contato com o responsável pelos ambulatórios para explicar o objetivo do projeto e a forma como seria conduzida a coleta de dados.

RESULTADOS

Caracterização dos idosos quanto à adesão

Dos 107 idosos investigados, 93 (86,9%) obtiveram valor igual ou superior a 5 na MAT, sendo considerados aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita. A mediana dos idosos aderentes na MAT foi de 5,42 e a dos não aderentes de 4,71; 50% dos idosos apresentaram valores na MAT entre 5,14 (P25) e 5,71 (P75).

Caracterização dos idosos quanto aos fatores demográficos e socioeconômicos

A idade variou de 60 a 83 anos. A mediana de idade dos idosos aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita foi de 66 anos, sendo inferior à dos não aderentes, que foi de 72,5 anos (P25 = 63 e P75 = 72). A mediana da escolaridade dos aderentes foi de 4 anos, sendo superior à dos não aderentes, que foi de 3,5 anos (P25 = 3 e P75 = 8). Não se obteve nenhuma

correlação com significância estatística entre o valor da MAT e as variáveis idade ($\rho = -0,115$; $p = 0,238$) e anos de estudo ($\rho = 0,080$; $p = 0,411$).

A Tabela 1 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos e o valor de p obtido no teste de associação. Nenhuma das variáveis demográficas e socioeconômicas presentes na Tabela 1 apresentou associação estatisticamente significativa com a variável adesão.

Tabela 1 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos em atendimento ambulatorial de acordo com fatores demográficos e socioeconômicos. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores demográficos e socioeconômicos	Adesão		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	64 (68,8)	10 (71,4)	1,000*
Masculino	29 (31,2)	4 (28,6)	
Cor da pele			
Branca	83 (89,2)	13 (92,9)	1,000*
Não Branca (Negra e Parda)	10 (10,8)	1 (7,1)	
Estado Marital			
Com companheiro	55 (59,1)	9 (64,3)	0,714**
Sem companheiro	38 (40,9)	5 (35,7)	
Reside			
Acompanhado	76 (81,7)	12 (85,8)	1,000*
Sozinho	17 (18,3)	2 (14,2)	
Ocupação			
Não exerce atividade remunerada (aposentados, do lar, pensionistas)	78 (83,9)	13 (92,9)	0,689*
Exerce atividade remunerada	15 (16,1)	1 (7,1)	
Renda***			
Até 3 salários mínimos	78 (83,9)	14 (100,0)	0,596*
Mais que 3 salários mínimos	8 (8,6)	0 (0,0)	
Não sabe/não informou	7 (7,5)	0 (0,0)	
Condições de comprar a medicação			

Sim	79 (84,9)	10 (71,4)	0,248*
Não	14 (15,1)	4 (28,6)	

**Conta com apoio familiar ou de uma
pessoa contratada caso necessite**

Sim	80 (86,0)	10 (71,4)	0,231*
Não	13 (14,0)	4 (28,6)	

*Teste Exato de Fischer **Teste Qui-Quadrado ***Salário mínimo na época da coleta dos dados = R\$ 672,00

Caracterização dos idosos quanto às condições de saúde

Em relação à autoavaliação de saúde, entre os idosos, apenas um (0,9%) considerou sua condição de saúde muito ruim; nove (8,4%) consideraram ruim; 52 (48,6%), regular, 37 (34,6%), boa; e oito (7,5%) muito boa. A mediana da MAT para a variável autoavaliação da saúde aumentou conforme foi melhorando a avaliação feita pelo idoso em relação à sua saúde, sendo esta associação estatisticamente significativa através do teste de Kruskal Wallis ($H = 12,342$; $gl = 4$; $p = 0,015$). Os que consideraram a saúde muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa tiveram, respectivamente, mediana igual a 4,28, 5,28, 5,42, 5,57 e 5,78.

A mediana do número de consultas/ano para os aderentes foi de 4, correspondendo à metade do número de consultas/ano dos não aderentes, que foi de 8 ($P_{25} = 3$ e $P_{75} = 7$). Não se obteve nenhuma correlação com significância estatística entre o valor da MAT e a variável número de consultas/ano ($\rho = -0,106$; $p = 0,282$).

Conforme a Tabela 2, as condições crônicas mais prevalentes na amostra foram a Hipertensão Arterial, presente em 85 (79,4%) idosos, e o Diabetes Mellitus, em 61 (57,0%). Nenhuma condição crônica de saúde apresentou associação com a variável adesão (foram testadas todas aquelas que ocorreram em pelo menos 10% da amostra).

Verificou-se que os idosos que apresentavam artrose/osteoporose ou depressão tinham menor mediana na MAT do que os que não apresentavam essas doenças, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$ e $p = 0,047$ respectivamente). Idosos com Hipertensão Arterial e Dislipidemia tinham menor mediana na MAT em relação aos que não apresentavam essas condições, mas este resultado não apresentou significância estatística ($p = 0,300$ e $p = 0,054$ respectivamente) (Tabela 2).

Entre os idosos entrevistados, 45 (42,1%) apresentaram resultado sugestivo de déficit cognitivo no MEEM. Não houve associação entre adesão e o resultado do MEEM (Tabela 2).

A Tabela 2 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com as condições crônicas referidas, o valor de p obtido no teste de associação, a mediana da MAT para as variáveis e o valor de p referente ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 2 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com condições crônicas referidas pelos idosos em atendimento ambulatorial e mediana da MAT. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Variáveis	Adesão		Valor de p	Mediana MAT	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)			
Hipertensão Arterial					
Sim	72 (77,4)	13 (92,9)	0,292*	5,42	0,300***
Não	21 (22,6)	1 (7,1)		5,49	
Diabetes Mellitus					
Sim	52 (56,5)	9 (64,3)	0,555**	5,42	0,466***
Não	41 (53,3)	5 (35,7)		5,42	
Doença Pulmonar					
Sim	11 (11,8)	2 (14,3)	0,678*	5,42	0,878***
Não	82 (88,2)	12 (85,7)		5,42	
Cardiopatía					
Sim	38 (40,9)	9 (64,3)	0,100**	5,42	0,702***
Não	55 (59,1)	5 (35,7)		5,42	
Artrose/Osteoporose					
Sim	30 (32,3)	7 (50,0)	0,233*	5,28	0,009***
Não	63 (67,7)	7 (50,0)		5,49	
Reumatismo					
Sim	19 (20,4)	3 (21,3)	1,000*	5,42	0,519***
Não	74 (79,6)	11 (88,7)		5,42	
Dislipidemia					
Sim	23 (25,5)	7 (50,0)	0,061*	5,28	0,054***
Não	70 (74,5)	7 (50,0)		5,42	
Problemas na Tireoide					
Sim	13 (14,0)	1 (7,1)	0,688*	5,42	0,944***
Não	80 (86,0)	13 (92,9)		5,42	

Depressão

Sim	9 (9,7)	2 (14,3)	0,635*	5,28	0,047***
Não	84 (90,3)	12 (85,7)		5,42	

MEEM

Normal	55 (59,1)	7 (50,0)	0,518**	5,42	0,502***
Sugestivo de déficit	38 (40,9)	7 (50,0)		5,42	

*Teste Exato de Fischer **Teste Qui-Quadrado ***Teste Mann-Whitney

Caracterização dos idosos quanto aos fatores relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e à terapêutica medicamentosa

A Tabela 3 mostra a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos de acordo com os fatores relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e à terapêutica medicamentosa e o valor de p obtido no teste de associação.

As variáveis “receber orientações do médico sobre como tomar os medicamentos” e “ter reação adversa” apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ($p = 0,029$ e $p = 0,035$ respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos em atendimento ambulatorial de acordo com os fatores relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais de saúde e a terapêutica medicamentosa. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

Fatores relacionados à adesão	Adesão		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Cobertura suplementar			
Sim	23(24,7)	3(21,4)	1,000*
Não	70(75,3)	11(78,6)	
Acesso aos serviços de saúde quando necessita			
Sim	70(76,9)	10(71,4)	0,737*
Não	21(21,0)	4(28,6)	
Não informou	2(2,1)		
Acesso a todos os seus medicamentos gratuitamente			
Sim	44(47,3)	6(42,9)	0,755**
Não	49(52,7)	8(57,1)	
Recebe orientações do médico sobre			

medicamentos

Sim	90(96,8)	11(78,6)	0,029*
Não	3(3,2)	3(21,4)	

Recebe orientações do enfermeiro medicamentos

Sim	22(23,7)	3(21,4)	1,000*
Não	71(76,3)	11(78,6)	

Satisfeito com o atendimento de saúde recebido

Sim	81(87,1)	13(92,9)	1,000*
Não	12(12,9)	1(7,1)	

Teve reação adversa

Sim	32(34,4)	9(64,3)	0,035**
Não	60(64,5)	5(35,7)	
Não informou	1(1,1)		

Acha seu tratamento complicado

Sim	14(15,1)	5(35,7)	0,125*
Não	79(84,9)	9(64,3)	

Entende as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza

Sim	52 (55,9)	5(35,7)	0,058*
Não	31 (33,3)	9(64,3)	
Não se aplica (analfabeto)	10(10,8)	0(0,0)	

*Teste Exato de Fischer **Teste Qui-Quadrado

A mediana do número de medicamentos/dia utilizados pelos idosos aderentes foi 4, sendo inferior ao dos utilizados pelos não aderentes, que foi 5 (P25 = 3 e P75 = 7). Não se obteve nenhuma correlação com significância estatística entre o valor da MAT e a variável número de medicamentos/dia ($\rho = -0,100$ e $p = 0,307$).

DISCUSSÃO

A prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita nos idosos do estudo foi de 86,9%. Resultado semelhante foi encontrado em estudo com idosos em atendimento ambulatorial em Campinas/SP, no qual a prevalência de adesão foi de 88,5%⁽³⁾. A alta prevalência de adesão encontrada no presente estudo pode estar relacionada ao fato de os idosos realizarem acompanhamento ambulatorial contínuo.

Os achados referentes ao perfil demográfico e socioeconômico dos idosos do presente estudo corroboram os encontrados em outros estudos sobre adesão realizados com idosos no

Brasil^(3,6,9-10). Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas investigadas, nenhuma apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão, embora já tenha sido encontrada entre outros estudos relação entre raça, estado civil, ocupação, escolaridade, renda, idade, apoio familiar e social e adesão à medicação^(6-7,10).

Neste estudo, os idosos aderentes apresentaram menor mediana de idade do que os não aderentes, mas esse resultado não apresentou significância estatística. Estudo realizado com idosos hipertensos nos Estados Unidos identificou a idade igual ou maior a 75 anos como um preditor de não adesão aos medicamentos⁽¹⁴⁾. Com o aumento da idade os idosos podem apresentar déficits cognitivos e diminuição da capacidade funcional que podem contribuir para a não adesão à medicação^(6,11).

A mediana da variável escolaridade foi maior para os idosos aderentes em comparação aos não aderentes, mas esse resultado também não apresentou significância estatística. Um maior nível de instrução pode favorecer a compreensão do idoso a respeito de sua condição de saúde e de seu tratamento medicamentoso, o que pode acabar favorecendo a adesão⁽¹⁵⁾.

Para a variável autoavaliação da saúde, a mediana da MAT aumentou conforme foi melhorando a avaliação feita pelo idoso em relação à sua saúde, sendo esta associação estatisticamente significativa. Estudo realizado com idosos em Belo Horizonte/MG, Brasil, evidenciou que pior percepção do estado de saúde e maior número de consultas/ano estavam relacionados à subutilização de medicamentos por motivos financeiros⁽⁶⁾.

Idosos com piores condições de saúde e que se consultam mais tendem a receber mais prescrições e podem acabar não utilizando os medicamentos, por não terem condições de comprá-los⁽⁶⁾. No presente estudo a mediana do número de consultas/ano para os aderentes foi a metade do número da dos não aderentes, mas esse resultado não apresentou significância estatística.

Em relação às condições crônicas de saúde, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus foram as mais prevalentes. Estudo com portadores de Hipertensão Arterial em Ribeirão Preto/SP, Brasil, indicou uma prevalência de adesão à medicação de 28%⁽⁵⁾. Já estudo com idosos diabéticos em Recife/PE, Brasil, encontrou uma prevalência de 52,4%⁽⁹⁾. No presente estudo, dos 85 idosos hipertensos, 72 (84,7%) eram aderentes e, dos 61 diabéticos, 52 (85,2%) eram aderentes.

Idosos que apresentavam artrose/osteoporose tinham menor mediana na MAT do que os que não apresentavam, sendo tal diferença estatisticamente significativa. Estudo desenvolvido nos Estados Unidos com idosos com osteoporose encontrou que a insatisfação com as consultas médicas, a falta de conhecimento sobre a doença, sobre como utilizar os

medicamentos e o esquecimento são motivos os levam a diminuir a adesão aos medicamentos⁽¹⁶⁾.

Idosos com depressão também tiveram menor mediana na MAT do que os que não apresentaram tal condição, e este resultado foi estatisticamente significativo. Estudos realizados nos Estados Unidos encontraram que a presença de sintomas depressivos estava associada à não adesão à medicação em idosos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A depressão é uma condição comum em idosos que pode acabar interferindo na adesão à medicação para o tratamento de outras condições crônicas de saúde que ele possa apresentar. É importante que os enfermeiros e demais profissionais de saúde investiguem a presença de sintomas depressivos nos idosos, tendo em vista que eles podem ser tratados, favorecendo a adesão à medicação⁽¹⁷⁾.

O MEEM foi aplicado com o intuito de verificar se o estado cognitivo interfere na adesão, pois estudos referem a associação entre a presença de déficits cognitivos e não adesão à medicação em idosos^(6,15). Embora 45 (42,1%) idosos do presente estudo tenham apresentado resultado sugestivo de déficit cognitivo, não houve associação entre adesão e o resultado do MEEM.

Em relação às variáveis relacionadas ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde, “receber orientações do médico sobre como tomar os medicamentos” apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão. Estudo com idosas cardíacas realizado nos Estados Unidos identificou que o recebimento de orientações de um profissional de saúde sobre as medicações constitui-se em um facilitador para a adesão⁽¹⁹⁾. Pacientes com mais conhecimento sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o seguimento do tratamento parecem ser mais prováveis de aderir à medicação do que aqueles com menos informação^(5,10).

“Receber orientações do enfermeiro” não mostrou associação com a adesão. Apenas em um dos seis ambulatórios nos quais os dados do presente estudo foram coletados havia enfermeiro e a realização de consulta de enfermagem, na qual eram fornecidas orientações aos idosos sobre os medicamentos. A presença do enfermeiro em todos os ambulatórios, realizando a consulta de enfermagem e atividades de educação em saúde, poderia auxiliar aqueles idosos com dificuldades na adesão à medicação. Nos ambulatórios nos quais os dados foram coletados não havia farmacêutico. O enfermeiro e o farmacêutico são profissionais essenciais para orientação e fortalecimento da adesão, porém eram escassos na realidade estudada.

No presente estudo as variáveis “cobertura suplementar”, “acesso aos serviços de saúde”, “acesso aos medicamentos pelo sistema de saúde” e “satisfação com o atendimento à saúde” não apresentaram relação com a adesão. Essas variáveis já foram utilizadas em outros estudos com idosos e apresentaram associação com a adesão^(6,15-16).

Quanto aos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa, a variável “ter reação adversa” mostrou associação estatística significativa com adesão. Neste estudo na presença de reação adversa a prevalência de adesão diminuiu. A experiência de efeitos adversos ou o medo de apresentá-los pode levar o idoso a não aderir ao tratamento medicamentoso^(3,10,15-16,19).

Entre os idosos, 15,1% dos aderentes e 35,7% dos não aderentes achavam seu tratamento complicado. A complexidade do regime terapêutico pode levar à não adesão, pois exige do idoso maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos⁽²⁰⁾. No presente estudo a variável “achar o tratamento complicado” não apresentou relação com adesão.

Entre os idosos entrevistados, 33,3% dos aderentes e 64,3% dos não aderentes não compreendiam as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utilizavam. Isto pode ocorrer devido à linguagem mais técnica que é utilizada nos rótulos e bulas dos medicamentos.

A mediana do número de medicamentos/dia utilizados pelos idosos aderentes foi inferior ao dos utilizados pelos não aderentes, mas esse resultado não apresentou significância estatística. Estudos referem que o uso de múltiplos medicamentos dificulta a adesão, pois pode aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos e a complexidade do regime terapêutico^(10,20).

A principal implicação para a enfermagem decorrente deste estudo é que todos os fatores que apresentaram associação com a adesão nesta amostra podem ser modificados. Identificar a prevalência de adesão e os fatores relacionados a ela para cada idoso permite o desenvolvimento de ações mais específicas para promover o uso correto dos medicamentos. O adequado seguimento da terapêutica medicamentosa auxilia no controle das condições crônicas e na manutenção da saúde.

CONCLUSÕES

O método utilizado favoreceu o alcance dos objetivos. Verificou-se que a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa por idosos em atendimento ambulatorial foi de 86,9%. Houve associação estatisticamente significativa entre a variável adesão e as variáveis “receber

orientações do médico sobre como tomar seus medicamentos” e “ter reação adversa a algum dos medicamentos utilizados”.

Idosos com artrose/osteoporose, depressão apresentaram menor mediana de adesão no MAT do que os que não apresentaram essas condições. Conforme melhorou a autoavaliação da saúde pelo idoso, aumentou a mediana de adesão no MAT. Todas estas associações foram estatisticamente significantes.

Como uma limitação deste estudo tem-se a amostra selecionada de forma consecutiva por conveniência.

Neste estudo vários fatores mostraram-se relacionados com adesão aos medicamentos por idosos. Torna-se necessário que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, compreendam que a adesão é uma questão complexa, que repousa sobre conjuntos de fatores interdependentes, que necessitam ser compreendidos de forma conjunta, para que sejam possíveis a elaboração e o planejamento de ações efetivas para o uso correto dos medicamentos pelos idosos.

REFERÊNCIAS

- 1.Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):1035-9.
- 2.Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciên Saúde Coletiva. 2003;8(3):775-82.
- 3.Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Supl 3:3507-15.
- 4.Borgsteede SD, Westerman MJ, Kok IL, Meeuse JC, Vries TPGM, Hugtenburg JG. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pharm. 2011;33:779-87.
- 5.Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. Rev Enferm UERJ. 2012;20(1):67-72.
- 6.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):1578-86.
- 7.Barcenãs CH, Zhang N, Zhao H, Duan Z, Buchholz TA, Hortobagyi GN, et al. Anthracycline regimen adherence in older patients with early breast cancer. The Oncologist. 2012;17:303-11.

8. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies, time for action. Geneva: WHO, 2003. 221 p.
9. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev RENE*. 2013;14(2):394-404.
10. Cruz LP, Miranda PM, Vedana KGG, Miasso AI. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2011 [citado 2013 maio 10]; 19(4):944-52. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_13.pdf.
11. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*. 2011;40:201-19.
12. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(1):7-16.
13. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(2):81-100.
14. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Med Clin North Am*. 2009;93(3):753-69.
15. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1069-78.
16. Iversen MD, Vora RR, Servi A, Solomon DH. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining view points of patients and providers. *J Geriatr Phys Ther*. 2011;34(2):72-81.
17. Krousel-Wood M, Islam T, Muntner P, Holt E, Joyce C, Morisky DE, et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. *Ann Behav Med*. 2010;40(3):248-57
18. Osborn CY, Egede LE. The relationship between depressive symptoms and medication non-adherence in type 2 diabetes: the role of social support. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(3):249-53.
19. West D, Lefler L, Franks A. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. *J Women Aging*. 2010;22:157-70.

20. Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42.

5.4 Artigo 4

Fatores comportamentais associados à adesão a terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial¹⁰

Behavioral factors associated to adherence of medication therapeutics in elderly in outpatient care

Factores conductuales asociados a la adhesión a la terapéutica medicamentosa en ancianos en atendimento de ambulatorio

Daiane Porto Gautério¹¹

Silvana Sidney Costa Santos¹²

Objetivo: verificar se há associação entre fatores comportamentais e adesão à terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial. **Método:** estudo exploratório, descritivo, transversal, quantitativo, com amostra de 107 idosos. Os dados foram coletados em novembro de 2013, nos ambulatórios de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, Brasil, por meio de entrevista, quando aplicaram-se: instrumento de caracterização do idoso, Miniexame do Estado Mental e Medida de Adesão aos Tratamentos. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados. **Resultados:** houve associação estatisticamente significativa entre a variável adesão e as variáveis comportamentais “acreditar que os medicamentos são importantes para manutenção da saúde” e “ter vontade de não tomar os medicamentos”. **Conclusão:** os achados evidenciam que é importante identificar os fatores

¹⁰ Artigo elaborado segundo as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem.

¹¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS, Brasil. daianeporto@bol.com.br.

¹² Docente. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande/RS, Brasil. silvanasidney@terra.com.br.

comportamentais tendo em vista que eles podem ser modificados para favorecer a adesão aos medicamentos.

Descritores: Idoso; Adesão à Medicação; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

Objective: to verify if there are association between adherence to medication therapeutics and behavioral factors in elderly in outpatient care. **Method:** it was a exploratory, descriptive, cross-sectional, quantitative study with a sample of 107 elderly. Data were collected in November 2013, in an outpatient care at a university hospital in Rio Grande do Sul, Brazil, through interviews, when were applied: instrument characterization of the elderly, the Mini Exam of the Mental State; the Treatments Adherence Measures. It was performed a descriptive and inferential statistical analysis. **Results:** there was statistically significant association between adherence variable and behavioral variables “believe that the drugs are important for maintaining health” and “have no desire to take drugs”. **Conclusion:** the findings show that it is important to identify the behavioral factors in order that they can be modified to encourage medication adherence.

Descriptors: Aged; Medication Adherence; Ambulatory Care; Nursing.

Objetivo: verificar si existe asociación entre adhesión a la terapéutica medicamentosa y factores conductuales en ancianos en atendimento de ambulatorio. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, transversal, cuantitativo, con una muestra de 107 ancianos. Los datos fueron recolectados en noviembre de 2013, en un servicio de ambulatorio de un hospital universitario en Rio Grande/RS, Brasil, a través de entrevistas, cuando se aplicaron: instrumento para caracterización de anciano y de los factores relacionados a la adhesión a la terapéutica medicamentosa; el Mini Examen del Estado Mental; la Escala de Medida de Adhesión a los tratamientos. Se cumplió análisis estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable adhesión y

las variables conductuales “creer que los medicamentos son importantes para la manutención de la salud” y “tener ganas de no tomar a los medicamentos”. **Conclusión:** os resultados muestran que es importante identificar los factores conductuales con el fin de que puedan ser modificadas para favorecer la adherencia a medicamentos.

Descriptor: Anciano; Cumplimiento de la Medicación; Atención Ambulatoria; Enfermería.

Introdução

As condições crônicas não transmissíveis, em 2010, representavam cerca de 80% da carga de doenças em todo o mundo, sendo responsáveis por duas em cada três mortes⁽¹⁾. No Brasil, elas são as principais fontes da carga de doença⁽²⁾.

O tratamento básico para a grande maioria das condições crônicas consiste na educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, uso de medicamentos. Nesse sentido, a adesão ao tratamento – medida na qual o comportamento do paciente coincide com as orientações de um profissional de saúde – é importante para o controle dessas condições⁽³⁾.

Em relação especificamente à adesão ao tratamento medicamentoso, estudos indicam que, no Brasil, ela é baixa na população de um modo geral^(4,5). Estudo com diabéticos em Teresina/PI, Brasil, encontrou uma prevalência de adesão aos medicamentos de 26,75%⁽⁴⁾. Já estudo com portadores de Hipertensão Arterial em Maringá/PR, Brasil, indicou uma prevalência de 36%⁽⁵⁾.

Em idosos a adesão pode ser ainda mais comprometida por eles geralmente apresentarem mais de uma condição crônica e necessitarem utilizar um número maior de medicamentos⁽⁶⁾. No estudo realizado em Teresina/PI, Brasil, citado anteriormente, a prevalência de adesão aos medicamentos pelos idosos foi de 25,49%, sendo menor que a da população em geral⁽⁴⁾.

Algumas consequências da falta de adesão aos medicamentos prescritos são: agravamento e prolongamento do curso das enfermidades, aumento da morbidade e mortalidade; aumento do número de hospitalizações; aumento dos gastos com saúde; sentimentos de frustração dos profissionais de saúde; sentimento de fracasso dos pacientes, dos familiares e da sociedade em geral⁽⁷⁻⁸⁾.

A adesão é um fenômeno multidimensional, determinado por vários fatores, entre eles: socioeconômicos, do paciente, da doença, dos profissionais e do sistema de saúde⁽⁴⁻⁸⁾. Dentro dos fatores ligados ao paciente estão os comportamentais, como: as crenças a respeito dos medicamentos; o conhecimento e entendimento a respeito da própria condição de saúde e do tratamento medicamentoso e não medicamentoso⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Alguns trabalhos internacionais estudam a relação entre fatores comportamentais e adesão aos medicamentos em idosos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. No Brasil poucas pesquisas abordam os fatores comportamentais⁽¹²⁾ e não há investigações específicas sobre esse tema. Conhecer os fatores comportamentais associados à adesão aos medicamentos prescritos pode facilitar o desenvolvimento de ações que promovam a adesão em idosos, o que justifica o desenvolvimento deste estudo.

Face ao exposto e tendo em vista a lacuna do conhecimento nesta temática, tem-se como questão de pesquisa deste estudo: Há associação entre fatores comportamentais e adesão à terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial? Objetivou-se verificar se há associação entre fatores comportamentais e adesão à terapêutica medicamentosa em idosos em atendimento ambulatorial.

Método

Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, que faz parte do projeto “Adesão à terapêutica medicamentosa e fatores relacionados em idosos em atendimento ambulatorial”. Ele foi realizado nos ambulatórios de Angiologia, Cardiologia,

Pneumologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Urologia de um hospital universitário em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta de dados abrangeu pacientes dos referidos ambulatorios devido ao número elevado de idosos em seguimento terapêutico nestas especialidades.

A população do estudo foi constituída por pessoas idosas, em atendimento ambulatorial para as quais foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: estar em atendimento ambulatorial no hospital universitário; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias anteriores ao dia da entrevista.

Foram critérios de exclusão do estudo: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico; apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impedissem a resposta às questões dos instrumentos de pesquisa.

A amostra foi estimada de acordo com a fórmula para população infinita em estudos transversais: $n = ((Z\alpha/2)^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$. Onde: $Z\alpha$ – nível de significância do estudo de 95% (1,96); P – prevalência do evento de 50% conforme estudo nacional sobre adesão à medicação com idosos⁽¹³⁾; Q – complementar da prevalência (1-P); E – erro amostral de 10%. Obteve-se $n = 96$. Adicionaram-se 10% para controle de fatores de confusão e 10% para perdas, sendo a amostra composta por 116 pessoas idosas. A amostra final se compôs de 107 idosos, pois nove instrumentos foram descartados por problemas no preenchimento. Ela foi não probabilística por conveniência selecionada de forma consecutiva de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2013 por meio de entrevista, na qual utilizaram-se três instrumentos. O primeiro foi elaborado pela pesquisadora e tinha como objetivo caracterizar o idoso quanto aos fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, condições de saúde e terapêutica medicamentosa. O instrumento foi validado quanto à aparência e conteúdo por dois docentes que desenvolvem estudos na área de Gerontologia e eram membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). Após realizar as alterações sugeridas pelos docentes, aplicou-se o instrumento sob a forma de teste piloto em dez idosos em condições semelhantes às avaliadas no estudo. Não foram percebidas inadequações no teste e considerou-se o instrumento adequado. Estes instrumentos não foram incluídos na amostra da pesquisa.

O segundo instrumento utilizado na coleta de dados, denominado Miniexame do Estado Mental (MEEM), serviu para avaliar a cognição do idoso. Foi utilizada uma versão do MEEM validada no Brasil na qual o ponto de corte utilizado para indicar déficit cognitivo foi de 18/19 pontos para analfabetos e 23/24 pontos para aqueles com mais de um ano de escolaridade⁽¹⁴⁾.

O terceiro instrumento, denominado Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), foi utilizado para verificar a adesão do idoso à terapêutica medicamentosa, tendo sido construído e validado em Portugal, e vem sendo utilizado em estudos desenvolvidos no Brasil^(15,16). Esse instrumento é composto por sete itens, cujas respostas são sob a forma de escala Likert, e as pontuações variam de sempre = 1 até nunca = 6. As respostas de cada um dos itens são somadas e, após, esse valor é dividido pelo número total de itens. O valor obtido é convertido em uma escala dicotômica na qual os valores entre 1 e 4 são considerados como não adesão ao tratamento, e os entre 5 e 6, como adesão⁽¹⁵⁾.

As entrevistas estruturadas foram realizadas por integrantes do GEP-GERON que receberam capacitação. Cada idoso foi abordado na sala de espera dos ambulatórios por uma entrevistadora antes ou após a consulta médica. Antes da realização da entrevista solicitou-se o consentimento do idoso e o mesmo foi esclarecido a respeito da pesquisa. Aquele que aceitou participar assinou ou colocou a digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel 2007. A análise dos dados teve o auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 20.0.

Foi realizada uma análise estatística descritiva com a apresentação das frequências simples e percentuais das variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, percentis, valor mínimo e máximo) para as variáveis numéricas. E também uma análise inferencial através de testes para verificar a associação entre as variáveis. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos. Como os dados não seguiam uma distribuição normal, os valores da mediana da MAT foram para a comparação das variáveis categóricas através do teste de Mann-Whitney.

Para verificar a associação entre a variável adesão (sim ou não) e as variáveis relacionadas aos fatores comportamentais e o MEEM utilizou-se, para frequências esperadas maiores de 5, o teste de Qui-Quadrado, e para frequências esperadas menores de 5, o teste Exato de Fisher. Em todos os testes foram consideradas como estatisticamente significante as associações que apresentaram valor de $p < 0,05$. Os dados estão apresentados na forma de tabelas.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido após ser aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Parecer favorável número 164/2013 (CAAE: 22733513.7.0000.5324).

Resultados

Dos 107 idosos investigados, 93 (86,9%) obtiveram valor igual ou superior a 5 na MAT, sendo considerados aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita. A média de adesão na MAT foi de 5,42 ($\pm 0,43$) (mínimo de 4,28 e máximo 6). A mediana de adesão na MAT foi de 5,42 (P25 = 5,14 e P75 = 5,71).

Entre os idosos entrevistados: 74 (69,2%) eram do sexo feminino, e 33 (30,8%), do masculino; 71 (66,4%) tinham idade entre 60-69 anos, 28 (26,1%) entre 70-71 anos, e oito (7,5%), 80 anos ou mais; 64 (59,8%) tinham um companheiro e 43 (40,2%) não tinham; 10 (9,3%) eram analfabetos, 45 (42,1%) possuíam entre a 1 e 4 anos de estudo, 35 (32,7%), entre 5 e 8 anos de estudo, e 17 (15,9%) tinham mais de 8 anos de estudo; 29 (27,1%) informaram renda de até um salário mínimo (salário mínimo na época da coleta de dados = R\$ 672,00), 63 (58,9%), renda entre 1 e 3 salários mínimos, oito (7,5%) tinham renda maior que 3 salários mínimos, e sete (6,5%) não informaram a renda.

Os idosos utilizavam em média 4,8 ($\pm 2,6$) medicamentos (mínimo de 1 e máximo de 11). A mediana do número de medicamentos utilizados foi 4 (P25 = 3 e P75 = 7).

O resultado no MEEM mostrou que 62 (57,9%) idosos apresentaram resultado considerado normal na avaliação e 45 (42,1%) apresentaram resultado sugestivo de déficit cognitivo. Não houve associação entre adesão e o resultado do MEEM no Teste Qui-Quadrado.

A Tabela 1 mostra a prevalência de adesão dos idosos em relação aos fatores comportamentais e o valor de p obtido no teste de associação. As variáveis “acreditar na importância do uso de medicamentos” e “ter vontade de não tomar medicamentos” apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável adesão ($p=0,001$ e $p=0,004$ respectivamente). As demais variáveis comportamentais não apresentaram associação significativa com a variável adesão.

Tabela 1 – Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita de acordo com os fatores comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Fatores comportamentais	Adesão*		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Busca esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos			
Sim	84 (90,3)	12 (85,7)	0,635*
Não	9 (9,7)	2 (14,3)	
Acredita que os medicamentos são importantes			
Sim	92 (98,9)	10 (71,4)	0,001*
Não	1 (1,1)	4 (28,6)	
Sabe o nome de todos os seus medicamentos			
Sim	45 (48,4)	4 (28,6)	0,165**
Não	48 (51,6)	10 (71,4)	
Sabe a função de cada um dos seus medicamentos			
Sim	69 (74,2)	8 (57,1)	0,209*
Não	24 (25,8)	6 (42,9)	
Alguma vez já interrompeu o tratamento medicamentoso sem a indicação médica			
Sim	13 (14,0)	5 (35,7)	0,058*
Não	80 (86,0)	9 (64,3)	
Já deixou de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas			
Sim	3 (3,2)	2 (14,3)	0,127*
Não	90 (96,8)	12 (85,7)	
Utiliza medicamentos somente quando tem sintomas da doença			
Sim	10 (10,8)	1 (7,1)	1,000*
Não	83 (89,2)	13 (92,9)	
Já deixou de tomar os medicamentos em função de um tratamento alternativo			
Sim	10 (14,3)	2 (10,8)	0,656*
Não	83(89,2)	12(85,7)	
Já esqueceu de tomar os medicamentos			
Sim	50 (53,8)	9 (64,3)	0,461**
Não	43 (46,2)	5 (35,7)	
Tem vontade de não tomar os medicamentos			
Sim	59 (63,4)	14 (100,0)	0,004*
Não	34 (36,6)	0 (0,0)	
Segue seu tratamento conforme a prescrição			
Sim	84 (90,3)	10 (71,4)	0,066**
Não	9 (9,7)	4 (28,6)	

*Teste Exato de Fischer; **Teste Qui-Quadrado

Verificou-se através do teste de Mann-Whitney que os idosos que não acreditavam na importância do uso dos medicamentos, não sabiam o nome dos seus medicamentos,

utilizavam os medicamentos somente na presença de sintomas, esqueciam de utilizá-los ou não seguiam a prescrição conforme a indicação médica, tinham menor mediana na MAT do que os que não apresentavam esses comportamentos, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$; $p=0,006$; $p=0,047$; $p<0,001$ e $p=0,019$ respectivamente) (Tabela 2).

Os idosos que não sabiam a função de cada um de seus medicamentos e que deixaram alguma vez de tomá-los em função de um tratamento alternativo também apresentaram menores medianas de adesão na MAT, mas tais associações não apresentaram significância estatística (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores da mediana da MAT de acordo com os fatores comportamentais. Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Fatores comportamentais	Mediana MAT	Valor de p*
Busca esclarecer dúvidas sobre saúde e medicamentos		
Sim	5,42	0,959
Não	5,42	
Acredita que os medicamentos são importantes		
Sim	5,42	0,003
Não	4,28	
Sabe o nome de todos os seus medicamentos		
Sim	5,57	0,006
Não	5,35	
Sabe a função de cada um dos seus medicamentos		
Sim	5,42	0,062
Não	5,28	
Alguma vez já interrompeu o tratamento medicamentoso sem a indicação médica		
Sim	5,42	0,275
Não	5,42	
Já deixou de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas		
Sim	5,42	0,489
Não	5,42	
Utiliza medicamentos somente quando tem sintomas da doença		
Sim	5,28	0,047
Não	5,42	
Já deixou de tomar os medicamentos em função de um tratamento alternativo		
Sim	5,28	0,101
Não	5,42	
Já esqueceu de tomar os medicamentos		

Sim	5,28	0,000
Não	5,71	
Tem vontade de não tomar os medicamentos		
Sim	5,42	0,119
Não	5,42	
Segue seu tratamento conforme a prescrição		
Sim	5,42	0,019
Não	5,14	

*Teste de Mann-Whitney

Discussão

O perfil demográfico e socioeconômico dos idosos do presente estudo foi semelhante aos encontrados em outras pesquisas acerca da adesão realizadas com idosos no Brasil^(6,8,12). A média do número de medicamentos utilizados pelos idosos (4,8) e a prevalência de adesão (86,9%) foram semelhantes às encontradas em estudo realizado com idosos em atendimento ambulatorial em Campinas/SP, Brasil, que foram de 4,5 e 88,5% respectivamente⁽⁶⁾.

O MEEM foi aplicado com o intuito de verificar se o estado cognitivo estava interferindo na adesão, o que poderia representar um viés para o estudo. Não houve associação entre adesão e o resultado do MEEM.

Em relação aos fatores comportamentais, 90,3% dos idosos aderentes buscavam esclarecer as suas dúvidas sobre os medicamentos. Esse comportamento é importante, pois a falta de conhecimento sobre a condição crônica, o tratamento e os medicamentos mostraram-se relacionados à não adesão em outras investigações⁽¹¹⁻¹²⁾.

No presente estudo, 98,9% dos idosos aderentes acreditavam que os medicamentos eram importantes para a manutenção da sua saúde e esta variável apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão. Corroborando tal achado, pesquisa realizada com idosos nos Estados Unidos encontrou associação entre crença na necessidade dos medicamentos e adesão⁽¹⁰⁾.

As crenças que o idoso apresenta a respeito dos medicamentos devem ser investigadas pelo enfermeiro, pois elas podem constituir-se em barreiras para a adesão⁽¹¹⁾. Através da

educação em saúde o enfermeiro poderá tentar eliminar ou minimizar as crenças negativas e enfatizar a importância do uso regular do medicamento para a manutenção da saúde.

No presente estudo, 71,4% dos idosos que não aderiam à medicação não sabiam o nome de todos os medicamentos que utilizavam e 42,9% não sabiam a função dos medicamentos. Essas porcentagens foram menores entre os aderentes. Também verificou-se que os idosos que não sabiam o nome de todos os medicamentos que utilizavam apresentaram menor valor na mediana da MAT do que os que sabiam, sendo este resultado estatisticamente significativo. Saber sobre o nome, função, dose e frequência de administração dos medicamentos é de suma importância para que o idoso evite cometer erros na utilização que podem interferir na adesão⁽¹²⁾. Além disso, favorece a autonomia do idoso, bem como o possibilita maior segurança para o tratamento em saúde.

Entre os idosos aderentes, 14,0% já haviam interrompido alguma vez o tratamento sem a indicação do prescritor, e entre os não aderentes, 35,7%. É importante entender o que levou o idoso a interromper o tratamento, pois esse comportamento compromete a adesão, podendo influenciar em complicações para a sua saúde. Sabe-se que, quando a tentativa de interromper o medicamento acarreta crises, os pacientes temem iniciar nova tentativa de descontinuar o uso do mesmo⁽¹²⁾.

Em relação ao consumo de álcool, 3,2% dos idosos aderentes já haviam deixado de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas e 14,3% dos não aderentes também. Em estudo qualitativo com idosos em Minas Gerais, Brasil, alguns entrevistados referiram que o consumo de bebidas alcoólicas interferia na adesão aos medicamentos⁽¹⁷⁾. No presente estudo o consumo de álcool não apresentou associação significativa com a variável adesão.

Entre os idosos, 10,8% dos aderentes e 7,1% dos não aderentes referiram que tomavam os medicamentos somente quando apresentavam sintomas da condição crônica de saúde. Esses idosos apresentaram menor mediana da MAT que os que seguiam o tratamento

de forma contínua. A ausência de sintomas pode significar para alguns idosos a ausência de problemas de saúde e por isso eles não utilizam os medicamentos prescritos, pois acreditam que eles são desnecessários⁽¹⁷⁾.

A não conscientização por parte do idoso da importância do seguimento da terapia pode refletir em piora na condição crônica. Nesse sentido, faz-se necessário um maior investimento, por parte dos profissionais de saúde, na educação dos idosos e familiares em relação às condições crônicas de saúde, ao tratamento e aos medicamentos.

No presente estudo, 14,3% dos idosos aderentes e 10,8% dos não aderentes já haviam deixado de tomar os medicamentos em função de um tratamento alternativo e apresentaram menor mediana na MAT do que os que não apresentaram esse comportamento. Pesquisa com idosos nos Estados Unidos mostrou a associação entre uso de medicina complementar e alternativa (fitoterápicos, yoga, técnicas de relaxamento) e a não adesão⁽¹⁸⁾. No presente estudo não houve nenhuma associação significativa entre o uso de tratamento alternativo e a variável adesão.

Entre os entrevistados, 53,8% dos aderentes e 64,3% dos não aderentes já haviam esquecido alguma vez de tomar os medicamentos e estes apresentaram menor mediana da MAT do que os que não esqueceram. Pesquisas nacionais e internacionais também relatam o esquecimento como um dos principais fatores relacionados à não adesão aos medicamentos^(11,12,17). O esquecimento pode ocorrer em decorrência, entre outros fatores, da polifarmácia, dos transtornos mentais e dos prejuízos cognitivos, que podem dificultar o reconhecimento e memorização dos horários de administração dos medicamentos⁽¹²⁾.

A vontade de não tomar medicamentos esteve presente em 63,4% dos idosos aderentes e 100% dos não aderentes e apresentou associação significativa com a variável adesão no presente estudo. Dois estudos brasileiros encontraram que a vontade de não tomar os medicamentos é um fator que contribui para a não adesão^(12,19). O enfermeiro deve procurar

saber os motivos que levam o idoso a não querer tomar os medicamentos para, a partir de então, planejar ações que possam minimizar/evitar a não adesão.

No presente estudo 90,3% dos idosos aderentes e 71,4% dos não aderentes relataram seguir a prescrição conforme a orientação médica (dose, frequência, horário). Estes idosos apresentaram a mediana da MAT maior do que os que relataram não seguir a prescrição conforme a orientação médica. A carência de informações sobre a condição crônica de saúde e a baixa percepção dos benefícios advindos com o uso dos medicamentos podem gerar dúvidas quanto à necessidade e eficácia do tratamento medicamentoso prescrito e podem levar ao não uso dos medicamentos⁽¹²⁾.

Como uma limitação deste estudo tem-se a amostra selecionada de forma consecutiva por conveniência.

Conclusão

De acordo com os resultados houve associação estatisticamente significativa entre a variável adesão e as variáveis comportamentais “acreditar que os medicamentos são importantes para manutenção da saúde” e “ter vontade de não tomar os medicamentos”. Idosos que não acreditavam na importância do uso dos medicamentos, não sabiam o nome dos medicamentos que utilizavam, utilizavam os medicamentos somente quando apresentavam sintomas, esqueciam de utilizar os medicamentos ou não seguiam a prescrição conforme a indicação médica tiveram menor mediana de adesão na MAT do que os que não apresentaram essas condições, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Como contribuição do estudo para a prática da enfermagem, enfatiza-se a importância de identificar os fatores comportamentais que podem interferir no uso de medicamentos por idosos, tendo em vista que eles podem ser modificados através de ações com vistas a favorecer a adesão. O estudo também contribui para construção do conhecimento sobre os fatores relacionados à adesão.

Futuras investigações utilizando mais variáveis comportamentais e outras metodologias que consigam identificar o quanto os fatores comportamentais afetam o nível de adesão em idosos são importantes para produzir mais conhecimento sobre esta temática.

Referências

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Stephen L, Shibuya K, Aboyán V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro AM, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
3. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervention for Enhancing Medication Adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008 [cited 2013 dec 13]. 3: [33 telas]. Available from: http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
4. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
5. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Número Especial 1):27-34.
6. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3507-15.
7. Barcenãs CH, Zhang N, Zhao H, Duan Z, Buchholz TA, Hortobágyi GN, et al. Anthracycline regimen adherence in older patients with early breast cancer. *The Oncologist*. 2012;17:303-11.

8. 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):1578-86.
10. Ruppap TM, Dobbels F, Geest S. Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. *Geriatr Nurs*. 2012;33(2):89-95.
11. West D, Lefler L, Franks A. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. *J Women Aging*. 2010;22:157-70.
12. Cruz LP, Miranda PM, Vedana KGG, Miasso AI. Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2013 dec 10]; 19(4):944-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/13.pdf>
13. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev RENE*. 2013;14(2):394-404.
14. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(1):7-16.
15. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(2):81-100.
16. Carvalho ARS, Dantas RAS, Pelegrino FM, Corbi ISA. Adaptation and validation of an oral anticoagulation measurement of treatment adherence instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2013 dec 15]; 18(3): [08 telas]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/02.pdf>
17. Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis*. 2013;23(1):227-42.

18. Krousel-Wood MA, Muntner P, Joyce CJ, Islam T, Stanley E, Holt EW, et al. Adverse effects of complementary and alternative medicine use on antihypertensive medication adherence: findings from CoSMO. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(1):54–61.
19. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1069-78.

6 CONCLUSÃO

As questões de pesquisa desta tese de doutorado surgiram a partir da experiência prática assistencial da autora, cujo trabalho com idosos despertou o interesse para a temática de adesão à terapêutica medicamentosa. Através da revisão integrativa de literatura pôde-se responder às duas primeiras questões de pesquisa – Qual a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos descrita na literatura brasileira e estrangeira? Quais os fatores relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa descritos na literatura brasileira e estrangeira? – que correspondiam ao primeiro objetivo da tese.

Os resultados da RI mostraram que a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos referida pela literatura varia bastante e que há uma diversidade de fatores relacionados à adesão que podem ser agrupados nas categorias: demográficos, econômicos e sociais; sistema de saúde e profissionais de saúde; condições de saúde; terapêutica medicamentosa; e comportamentais.

As informações obtidas na revisão integrativa de literatura permitiram a elaboração e aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa quantitativa para caracterização do idoso e dos fatores relacionados à adesão. Também facilitaram a discussão dos achados da pesquisa quantitativa.

Através da pesquisa quantitativa pôde-se responder às demais questões de pesquisa – Quais os motivos referidos por estes idosos que levam à adesão/não adesão à terapêutica medicamentosa? Qual a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos atendidos no ambulatório de um hospital universitário no Rio Grande do Sul? Quais fatores estão relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa nestes idosos? – que correspondem ao segundo, terceiro, quarto e quinto objetivos da tese.

Os resultados da pesquisa quantitativa permitiram caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial quanto às variáveis demográficas, condições socioeconômicas e de saúde, uso de medicamentos e adesão à medicação. Os achados mostraram que os idosos eram na maioria do sexo feminino, na faixa etária entre 60-69 anos, brancos, casados, residiam na zona urbana, não exerciam atividade remunerada, tinham escolaridade entre a 1ª e a 4ª séries do ensino fundamental e renda entre 1 e 3 salários mínimos. A doença mais prevalente entre os idosos foi a HAS, seguida do DM, e a maioria apresentava comorbidades. A média de uso de medicamentos por dia foi de 4,8 e 86,9% eram aderentes à terapêutica medicamentosa prescrita.

O perfil desses idosos reflete a feminização do envelhecimento, baixa escolaridade dos idosos, presença de comorbidades, uso de vários medicamentos e presença de uma porcentagem de idosos que não aderem à terapêutica medicamentosa prescrita. Essas informações poderão auxiliar o enfermeiro na realização de um cuidado mais adequado às necessidades de saúde dessas pessoas, visto que o cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do cliente, de sua família e de seu contexto socioambiental.

Os principais motivos referidos pelos idosos que levavam a aderir à terapêutica medicamentosa prescrita estiveram relacionados aos fatores comportamentais e às condições de saúde. Já os principais motivos para não aderir estiveram relacionados à terapêutica medicamentosa, às condições socioeconômicas e ao sistema de saúde. Saber os motivos que levam o idoso a tomar ou não seus medicamentos pode auxiliar no desenvolvimento de ações que favoreçam a adesão.

Houve associação entre a variável adesão e variáveis relacionadas aos profissionais de saúde (receber orientações do médico); às condições de saúde (autoavaliação da saúde); à terapêutica medicamentosa (reação adversa); e ao comportamento (acreditar que os medicamentos são importantes para manutenção da saúde e ter vontade de não tomar os medicamentos). Além disso, idosos que não acreditavam na importância do uso dos medicamentos, não sabiam o nome dos medicamentos que utilizavam, utilizavam os medicamentos somente quando apresentavam sintomas, esqueciam de utilizar os medicamentos ou não seguiam a prescrição conforme a indicação médica tiveram adesão do que os que não apresentaram essas condições.

Todos os fatores que apresentaram associação com a adesão nesta amostra podem ser modificados. Identificar a prevalência de adesão e os fatores relacionados a ela permite o desenvolvimento de ações mais específicas para promover o uso correto dos medicamentos. O adequado seguimento da terapêutica medicamentosa auxilia no controle das condições crônicas e na manutenção da saúde dos idosos. Enfatiza-se a importância da educação em saúde realizada pelo enfermeiro com o objetivo de promover a adesão.

Como uma limitação deste estudo tem-se a amostra selecionada de forma consecutiva por conveniência.

O estudo permitiu a identificação dos fatores relacionados à adesão pela ótica dos idosos, por meio dos motivos referidos por eles, e pela ótica do pesquisador, que a partir da literatura pertinente ao tema selecionou variáveis e realizou testes estatísticos. Esta abordagem foi utilizada porque a adesão é uma questão complexa, que repousa sobre

conjuntos de fatores interdependentes, que necessitam ser compreendidos de forma conjunta, para que sejam possíveis a elaboração e o planejamento de ações efetivas para o uso correto dos medicamentos pelos idosos.

Os resultados confirmaram, em parte, a tese do estudo quanto à afirmação de que a adesão aos medicamentos prescritos em idosos em atendimento ambulatorial apresentou-se relacionada aos fatores referentes às características: dos profissionais de saúde; das condições de saúde; da terapêutica medicamentosa; comportamentais. Esses fatores estiveram relacionados aos principais motivos referidos pelos idosos para aderirem ou não aos medicamentos prescritos. Por outro lado, a adesão não apresentou relação com os fatores demográficos e nem com os socioeconômicos nos testes estatísticos, embora as condições financeiras tenham sido referidas pelos idosos como um motivo que os leva a não aderir.

Espera-se que o conhecimento sobre a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e sobre os fatores relacionados gerados por este estudo possam auxiliar os enfermeiros na identificação de barreiras e de facilitadores nesse processo na prática assistencial com idosos e possam subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão.

Futuras investigações utilizando outras metodologias que consigam identificar o quanto e como os diferentes fatores afetam o nível de adesão em idosos são importantes para produzir mais conhecimento sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F.A.; SILVA, A.L.S.; RIBEIRO, A.Q., et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras*, v.55, n.4, p.468-74, 2009.
- ADAMS, R.; STOCKS, N.; WISLON, D., et al. Health literacy: a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*, v.38, p.144-7, 2009.
- ADISA, R.; FAKEYE, T.O.; FASANMADE, A. Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in southwestern Nigeria. *Pharm Pract*, v.9, n.2, p.72-81, 2011.
- ALMEIDA, H.O.; VERSIANI, E.R.; DIAS, A.R., et al. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, v.18, n.1, p.57-67, 2007.
- ALMEIDA, O.P. Miniexame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v.56, p.605-12, 1998.
- ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; DOMINGUES, M.A.R., et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.5, p.2603-11, 2011.
- AHNQUIST, S.P.; WAMALA, J.; LINDSTROM, M. Social determinants of health – A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Sci Med*, v.74, p.930-9, 2012.
- AREVALO, F.C.; GONZÁLES, M.S.; GARCÍA, A.L., et al. Valoración de La adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enfermería Global*, n.30, p.18-27, 2013.
- BARCENÁS, C.H.; ZHANG, N.; ZHAO, H., et al. Anthracycline regimen adherence in older patients with early breast cancer. *The Oncologist*, v.17, p.303-11, 2012.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S., et al. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, v.52, p.1-7, 1994.
- BLATT, C.R.; CITADIN, C.B.; SOUZA, F.G.; et al. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.42, n.2, p.131-6, 2009.
- BORBA, A.K.O.T.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C., et al. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev Rene*, v.14, n.2, p.394-404, 2013.
- BORGES, J.W.P.; MOREIRA, M.T.M.; RODRIGUES, M.T.P., et al. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP*. V. 47, n.5, p.1076-82, 2013.

BORGSTEEDE, S.D.; WESTERMAN, M.J.; KOK, I.L., et al. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*, v.33, p.779-87, 2011.

BRASIL. Lei n. 7498 de 25 de julho de 1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 1986. Seção 1, p. 9273-5.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília; 2003.

_____. *Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: 2013.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P., et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v.61, n.3B, p.777-81, 2003.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMANN, J.M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

BUENO, C.S.; OLIVEIRA, K.R.; BERLEZI, E.M.; et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. *Rev Ciênc Farm Básica Aplic*, v.30, n.3, p.331-8, 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: IPEA; 2009.

CAMP, Y.P.V.; HUYBRECHTS, S.A.; ROMPAEY, B.V., et al. Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders. *Journal of Clinical Nursing*. v.21, p.1304-13, 2011.

CARNEIRO, L.V.; FONTES, W.D. Ensino da farmacologia no Curso de Graduação em Enfermagem: implicações na administração de drogas cardiovasculares e renais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.13, n.2, p.27-34, 2009.

CARVALHO, A.L.M.; LEOPOLDINO, R.W.D.; SILVA, J.E.G., et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.7, p.1885-92, 2012.

CARVALHO, A.R.S.; DANTAS, R.A.S.; PELEGRINO, F.M., et al. Adaptation and validation of an oral anticoagulation measurement of treatment adherence instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], v.18, n.3, [08 telas], 2010. Cited: 15 dec 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/02.pdf>

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev Eletrônica*

Enferm [Internet], v.11, n.3, p. 466, 2009. Acesso em: 05 jan 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.

CASTRO, A.N.B.V.; MESQUITA, W.A. Não-adesão à terapêutica medicamentosa do glaucoma. *Arq Bras Oftalmol*, v.71, n.2, p.207-14, 2008.

CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M.S.; FAVA, S.M.C.L., et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. *Rev. Enferm. UERJ*, v.20, n.1, p.67-72, 2012.

CHEN SL, TSA JC, CHOU KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. *Int J Nurs Stud*, v.48, p.235-45, 2011.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.Supl. 3, p.3507-15, 2010.

CLARES, J.W.B.; FREITAS, M.C.; ALMEIDA, P.C., et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*, v.12, n. esp, p.988-94, 2011.

COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4 ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN 358/2009*. Disponível em: www.portalcofen.gov.br.

CRUZ, L.P.; MIRANDA, P.M.; VEDANA, K.G.G., et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], v.19, n.4, 2011. Acesso em: 10 março 2013. Disponível em: www.rlae.com.br.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. 3 ed. Tradução Lori Viali, Porto Alegre: Artmed, 2006.

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

DEMONER, M.S.; RAMOS, E.R.P.; PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm*, v.25, n. esp), p.27-34, 2012.

DIAS, A.M.; CUNHA, M.; SANTOS, A., et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*, v.40, p.201-19, 2011.

DUNBAR-JACOB, J.; BOHACHICK, P.; MORTIMER, M.K., et al. Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*, v.18, n.3, p.209-18, 2003.

DUNLAY, S.M.; EVELETH, J.M.; SHAH, N.D., et al. Medication adherence among community-dwelling patients with heart failure. *Mayo Clin Proc*, v.86, n.4, p.273-81, 2011.

ESPÍRITO SANTO, M.B.; SOUZA, L.M.E.; SOUZA, A.C.G., et al. Adesão dos portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem Revista*, v.15, n.1, p.88-101, 2012.

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

FAVA, S.M.C.L.; NUNES, Z.B.; GONÇALVES, M.F.C., et al. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. *Saúde & Transf. Soc.*, v.2, n.1, p.81-87, 2011.

FERNANDES, M.G.M.; SILVA, A.O.; LOUREIRO, L.S.N., et al. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.*, v.16, n.3, p.543-8, 2011.

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, p. 189-198, 1975.

FREIRE, C.C. *Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos*. 2009, 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

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 polifarmácia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p.2899-905, 2010.

GAUTÉRIO, D.P.; SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T., et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*, v.46, n.6, p. 1394-9, 2012.

GAUTÉRIO, D.P.; SANTOS, S.S.C.; STRAPASSON, C.M.S., et al. Uso de medicamentos por idosos na comunidade: proposta de ação da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v.66, n.5, p.702-8, 2013.

GAZIANO, T.A.; GALEA, G.; REDDY, K.S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, v.370, p.1939-46, 2007.

GELLAD, W.F.; GREINARD, J.L.; MARCUM, Z.A. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*, v.9, n.1, p.11-23, 2011.

GEORGE, J.; KONG, D.C.M.; THOMAN, R., et al. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest J*, v.128, n.5, p.3198-204, 2005.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, L.H.T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.3, p.507-18, 2010.

GOODMAN, C.; DAVIES, S.; DINAN, S., et al. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *Br J Community Nurs.*, v.16, n.1, p.12-7, 2011.

GORDON, K.; SMITH, F.; DHILLON, S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ Couns*, v.65, p.407-15, 2007.

GROCKI, J.H.; HUFFMAN, K.K. Medication adherence among older adults. *Building Excellence*, p.97-120, 2007.

HAYES, T.L.; LARIMER, N.; ADAMI, A., et al. Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference. *J Aging Health*, v.21, n.4, p.567-80, 2009.

HAYNES, R.B.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N., et al. Intervention for Enhancing Medication Adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.2, 2008. Acesso em: 7 agosto 2013. Disponível em: http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf.

HENRIQUES, M.A.; COSTA, M.A.; CABRITA, J. Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, v.21, p.3096-105, 2012.

HERDMAN, T.H. Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? *Rev Eletr Enf*. [Internet], v.13, n.2, p.161-2, 2011. Acesso em: 7 agosto 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a01.htm>.

HOLT, E.W.; JOYCE, C.J.; DORNELLES, A., et al. Sex differences in barriers to antihypertensive medication adherence: findings from the cohort study of medication adherence among older adults. *J Am Geriatr Soc*, v.61, p.558-64, 2013.

HOLT, E.W., MUNTNER, P.; JOYCE, C.J., et al. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*, v.39, p.481-7, 2010.

INSEL, K.C.; MORROW, D.; BREWER, B., et al. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *J Gerontol: psychol sci.*, v.61B, n.2, p.102-7, 2006.

INSEL, K.C.; REMINGER, S.L.; HSIAO, C.P. White matter hyperintensities and medication adherence. *Biol Res Nurs*, v.10, n.2, p.121-7, 2008.

INSEL, K.C.; REMINGER, S.L.; HSIAO, C.P. The negative association of independent personality and medication adherence. *J Aging Health*, v.18, n.3, p. 407-18, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil*. 2008. Acesso em: 03 junho 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *CIPE versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Trad. H. Castro. Geneva: ICN, 2010.

IVERSEN, M.D.; VORA, R.R.; SERVI, A., et al. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining view points of patients and providers. *J Geriatr Phys Ther*, v.34, n.2, p.72-81, 2011.

JERANT, A.; CHAPMAN, B.; DUBERSTEIN, P., et al. Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial. *Br J Health Psychol*, v.16, n.1, p.151-69, 2011.

KELLY, J.; D'CRUZ, G.; WRIGHT, D. Patients with dysphagia: experiences of taking medication. *J Adv Nurs*, v.66, n.1, -82-91, 2009.

KROUSEL-WOOD, M.A.; MUNTNER, P.; ISLAM, T., et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Med Clin North Am*, v.93, n.3, p.753-69, 2009.

KROUSEL-WOOD, M.A.; ISLAM, T.; MUNTNER, P., et al. Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO. *Ann Behav Med*, v.40, n.3, p.248-57, 2010.

KROUSEL-WOOD, M.A.; MUNTNER, P.; JOYCE, C.J., et al. Adverse effects of complementary and alternative medicine use on antihypertensive medication adherence: findings from CoSMO. *J Am Geriatr Soc*, v.58, n.1, p.54-61, 2010.

KROUSEL-WOOD, M.A.; JOYCE, C.; HOLT, E., et al. Predictors of decline in medication adherence: results from CoSMO. *Hypertension*, v.58, n.5, p.804-10, 2011.

LEÃO E SILVA, L.O.; SOARES, M.M.; OLIVEIRA, M.A., et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Rev Saúde Coletiva*, v.23, n.1, p.227-42, 2013.

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

LI, W.W.; KUO, C.T.; HWANG, S.L., et al. Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, v.21, p.1816-24, 2012.

LI, W.W.; FROELICHER, E.S. Gender differences in chinese immigrants: predictors for antihypertensive medication adherence. *J Transcult Nurs*, v.18, n.4, p.331-8, 2007.

LIMA, M.C.P.; SIMÃO, M.O.; OLIVEIRA, J.B., et al. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.12, p.2603-11, 2009.

LIMA, E.C.; VARGENS, O.M.C.; QUITETE, J.B., et al. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. *Rev Gaúcha Enferm*, v.29, n.3, p.354-61, 2008.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, n.40, v.4, p.712-9, 2006.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P.; RIBEIRO, P.C.C. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.11, n.1, p7-16, 2008.

LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FOREMAN, K., et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, v.380, n.9859, p.2095-128, 2012.

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*, v.25, n.7, p.1578-86, 2009.

LUZ, T.C.B.; LOYOLA FILHO, A.I.; LIMA-COSTA, M.F. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. *Cad Saúde Pública*, v.27, n.2, p.269-76, 2011.

MARCUM, Z.A.; GELLAD, W.F. Medication adherence to multidrug regimens. *Clin Geriatr Med*, v.28, p.287-300, 2012.

MARQUES, E.I.W.; PETUCO, V.M.; GONÇALVES, C.B.C. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Ciên Envelhecimento Humano*, v.7, n.2, p.267-79, 2010.

MANSUR, A.P.; MATTAR, A.P.L.; TSUBO, C.E., et al. Prescription and adherence to statins of patients with coronary artery disease and hypercholesterolemia. *Arq Bras Cardiol*, v.76, n.2, p.115-8, 2001.

McQUEEN, M. Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Prev Chronic Dis* [serial online], 2007. Acesso em: 10 junho 2013. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/07_0024.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare*. A guide to best practice. 2 ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011. p. 3-24.

MELO, J.M.S., organizador. *DEF 2010/11: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas*. 39 ed. Rio de Janeiro: Editora Publicações Científicas Ltda, 2010.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*, v.39, n.2, p.136-44, 2005.

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

NASSUR, B.A.; BRAUN, V.; DEVENS, L.T., et al. Avaliação dos medicamentos inapropriados utilizados por idosos admitidos em hospital geral filantrópico. *Rev Bras Clin Med*, v.8, n.3, p.208-11, 2010.

NEWMAN, T.B., BROWNER, W.S.; CUMMINGS, S.R., et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.127-144.

NÓBREGA, M.M.L.; FERNANDES, M.G.M.; COSTA, K.N.F.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao idoso hospitalizado. In: GONÇALVES, L.H.T.; TOURINHO, F.S.V. *Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado*. Barueri/SP: Manole, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2011-2014*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*, v.13, n.1, p.30-34, 2006.

OLIVEIRA, M.P.F.; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.4, p.1069-78, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Assembléia Mundial sobre Envelhecimento: resolução 39/125*. Viena: 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: 1. Componentes estruturais de ação*. Brasília (DF): OMS, 2003.

OSBORN, C.Y.; EGEDE, L.E. The relationship between depressive symptoms and medication non-adherence in type 2 diabetes: the role of social support. *Gen Hosp Psychiatry*, v.34, n.3, p.249-53, 2012.

PANIZ, V.M.V.; FASSA, A.C.G.; FACCHINI, L.A., et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.2, p.267-80, 2008.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-12.

PAPROCKI, J. Adesão ao tratamento em psicogeriatría. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 351-8.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; DIAS, AMI, et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface comun. saúde educ*, v.16, n.41, p.301-14, 2012.

PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], v.19, n.5, [9 telas], 2011. Acesso em: 01 maio 2012. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 7ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentos de Enfermagem*. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PUCCI, N.; PEREIRA, M.R.; VINHOLES, D.B., et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*, v.25, n.4, p.322-9, 2012.

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

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A., et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n. Sup 2, p.2299-306, 2008.

ROCHA, C.H.; OLIVEIRA, A.P.S.; FERREIRA, C., et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.Sup, p.703-10, 2008.

RUPPAR, T.M.; DOBBELS, F.; GEEST, S. Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a pilot study. *Geriatric Nursing*, v.33, n.2, p.89-95, 2012.

SANTANA, CF. *Produção de saúde socioambiental: integralidade da saúde e mutualidade do trabalho entre equipes da saúde e grupos organizados da comunidade tese(doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013. 101f*

SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimedicação no idoso. *Rev Enferm Referência*, v.3, n.2, p.149-62, 2010.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm*, v.63, n.6, p.1035-9, 2010.

SANTOS, S.S.C.; GAUTÉRIO, D.P.; VIDAL, DAS, et al. (In) Dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. *Rev RENE*, v.14, n.3, p.579-87, 2013.

SCHIMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G., et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v.377, n.9781, p.1949-61, 2011.

SECOLI, R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, v.63, n.1, p.136-40, 2010.

SECOLI, S.R.; LEBRÃO, M.L. Risco de eventos adversos e uso de medicamentos potencialmente interativos. *Saúde Coletiva da UFES*, v.6, n.30, p.113-8, 2009.

SHAW, R.; BOSWORTH, H.B. Baseline medication adherence and blood pressure in a 24-month longitudinal hypertension study. *Journal of Clinical Nursing*, v.21, p.1401-6, 2011.

SHEA, S.; MISRA D, EHRLICH MH, et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *Am J Public Health*, v.12, p.1607-12, 1992.

SILVA, C.S.O.; PEREIRA, M.V.; YOSHITOME, A.Y., et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.14, n.4, p. 811-8, 2010.

SILVEIRA, L.C.J.; SOUZA, E.N.; GOLDMEIER, S.; et al. Adesão às consultas e ao tratamento medicamentoso de pacientes em ensaios clínicos randomizados da indústria Rev. Gaúcha Enferm. v.31, n.3, 2010.

SOUSA, S.; PIRES, A.; CONCEIÇÃO, C., et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral*, v.27, p.176-82, 2011.

STARFIELD, B. Global Health, Equity, and Primary Care. *JABFM*, v.20, n.6, p.511-3, 2007.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, v.10, n.15, 2011.

STOEHR, G.; LU, S.Y.; LAVERY, L., et al. Factors associated with adherence to medication regimens by older primary care patients: the steel valley seniors survey. *Am J Geriatr Pharmacother*, v.6, n.5, p.255-63, 2008.

TARN, D.M.; MATTIMORE, T.J.; BELL, D.S., et al. Provider views about responsibility for medication adherence and content of physician-older patient discussions. *J Am Geriatr Soc*, v.60, n.6, p.1019-26, 2012.

TIV, M.; VIEL, J.F.; MAUNY, F., et al. Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French population-based study. *Plos One*, v.7, n.3, p.1-6, 2012.

TORDOFF, J.M.; BAGGE, M.L.; GRAY, A.R., et al. Medicine-taking practices in community-dwelling people aged ≥ 75 years in New Zealand. *Age and Ageing*, v.39, p.574-80, 2010.

TRIOLA, M.F. *Introdução à Estatística*. 9ª ed. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2005.

TURNER, A.; HOCHSCHILD, A.; BURNETT, J., et al. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs Aging*, v.29, p.741-9, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG. *Carta de serviços ao cidadão*. Acesso em: 30 de junho 2013. Disponível em: <<http://www.hu.furg.br>>.

URQUIA, B.S. *Idosos hospitalizados: um olhar sobre a polifarmácia*. 2013, 42f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.46, p.929-934, 2012.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.27, n.2, p.149-56, 2010.

VIK, S.A.; HOGAN DB, PATTEN SB, et al. Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. *Drugs Aging*, v.23, n.4, p.345-56, 2006.

WEST, D.; LEFLER, L.; FRANKS, A. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. *Journal of Women & Aging*, v.22, p.157-70, 2010.

WHITEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WHITLEY, H.P.; FERMO, J.D.; RAGUCCI, K., et al. Assessment of patient knowledge of diabetic goals, self-reported medication adherence, and goal attainment. *Pharm Pract*, v.4, n.4, p.183-90, 2006.

WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; WALKER, R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*, v.63, n.2, p. 115-2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long term therapies, time for action*. Geneva: World Health Organization, 2003. 221 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Anatomical Therapeutic Chemical Code ATCC/DDD Index 2009. Oslo: World Health Organization, 2009.

WU, J.R.; MOSER, D.K.; LENNIE, T.A., et al. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung*, v.37, n.1, p.8-16, 2008.

YASSUDA, M.S.; ABREU, V.P.S. Avaliação cognitiva do idoso. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1486-94.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; LIMA, M.G., et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.3, p.583-95, 2012.

APÊNDICE A – Tabela da Revisão Integrativa da Literatura

Nº	Título	Periódico, país de origem do estudo e ano de publicação	Autores e área de atuação dos autores	Objetivo	Delineamento	Principais resultados	Fatores + (Adesão)	Fatores – (Não Adesão)	Evidência Base de dados
7	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 Brasil 2009	Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF Farmácia Medicina	Estimar a prevalência e determinar os fatores associados à subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Descritivo, transversal, quantitativo	A prevalência da subutilização foi de 12,9%, estando independentemente associada à renda pessoal mensal inferior a dois salários mínimos, à filiação a plano privado de saúde, à frequência com que o profissional de saúde esclareceu sobre a saúde/tratamento (raramente/nunca), à auto-avaliação de saúde (razoável e ruim/muito ruim) e ao número de condições crônicas.	- Mais de 8 anos de escolaridade - Cobertura por medicina suplementar - Renda pessoal mensal superior a 2 salários mínimos	- Cor da pele não branca - Ter recebido com menor frequência (raramente ou nunca) esclarecimentos do profissional de saúde sobre a sua saúde ou sobre o seu tratamento - Ter consultado mais vezes (6 ou mais) o médico nos últimos 12 meses, - Pior auto-avaliação da saúde (razoável e ruim ou muito ruim) - Número de condições	VI Lilacs Pubmed

								crônicas (2 e 3 ou mais) - Incapacidade funcional	
8	Anthracyclin e regimen adherence in older patients with early breast cancer	The Oncologist Estados Unidos 2012	Barcenas et al Estatística Medicina Farmácia	Descrever a extensão do abandono de regimes de quimioterapia à base de antraciclina em pacientes idosos com câncer de mama precoce e explorar fatores associados ao abandono	Descritivo Exploratório Quantitativo	(16,5%) eram casos não aderentes. O modelo mostrou associação estatisticamente significativa entre não adesão e idade avançada, raça negra, estado solteira, diagnóstico antes do ano de 2001, e hospitalizações.		- Idade >75 anos - Ser solteiro - Raça negra - Maior número de hospitalizações - Diagnóstico há mais de 5 anos	VI Pubmed
10	Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial	Ciência e Saúde Coletiva Brasil 2010	Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA Enfermagem Medicina	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em seguimento ambulatorial e identificar os fatores relacionados a esta adesão	Descritivo, exploratório, quantitativo	A maioria dos idosos revelou adesão ao tratamento (88,5%). Os idosos que moravam sozinhos apresentaram três vezes mais chances de não aderência ao tratamento. Os efeitos colaterais dos medicamentos mostraram sete vezes mais chances de não aderência.	- Morar acompanhado	- Efeitos colaterais dos medicamentos - Morar sozinho	VI Lilacs Pubmed
11	Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS	Ciência & Saúde Coletiva Brasil 2008	Rocha CH et al Farmácia	Investigar a frequência de pacientes idosos aderentes à prescrição médica no município de Porto Alegre; avaliar se a polifarmácia interfere na adesão por estes	Transversal, exploratório e quantitativo em base populacional.	A frequência de idosos aderentes foi de 173 (37,1%) e maior entre os que utilizavam menos fármacos.	-Utilizar até 3 fármacos	-Utilizar mais de 3 fármacos. -Esquecimento	VI SciELO

				pacientes.					
16	Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica	Rev Port Clin Geral Portugal 2011	Souza et al Farmácia	Avaliar os níveis de adesão à terapêutica em idosos polimedicados, identificando os fatores que afetam essa mesma adesão.	Estudo transversal, exploratório, quantitativo e de base populacional.	Observou-se que todos os idosos aderem à terapêutica, ainda que com diferentes níveis de adesão, sendo 94% completamente ou bastante aderentes à mesma. De entre todas as variáveis estudadas, verificou-se que apenas o estado civil e o esquecimento, enquanto problema associado à administração da terapêutica, afetaram os níveis de adesão.	- Ser viúvo	- Esquecimento - Dificuldades de administração	VI Scielo
17	Medicine-taking practices in community-dwelling people aged ≥ 75 years in New Zealand	Age and Ageing Nova Zelândia 2010	Tordoff et al Medicina e farmácia	Identificar práticas de tomar medicamentos entre os residentes na comunidade pessoas com idade ≥ 75 anos em Nova Zelândia	Descritivo, exploratório, quantitativo	Os participantes usaram uma média de sete medicamentos com prescrição e um medicamento sem prescrição médica. A maioria (58%) acredita medicamentos são eficazes e tinham sistemas/rotinas (92%) para se lembrar de tomá-los. Doses tendiam a ser desperdiçada após uma mudança na rotina, por exemplo, férias. Os homens eram mais propensos a relatar 'problemas em se lembrar do que	- Sistemas/rotinas para lembrar	- Esquecimento - Dificuldade de entender bulas e rótulos dos medicamentos - Dificuldade de deglutir - Custo dos medicamentos - Dúvidas sobre medicamentos	VI Pubmed

						mulheres. Setenta e cinco por cento das pessoas tiveram alta ou média pontuações de aderência e 25%, baixos escores. Os problemas mais comuns foram a leitura e compreensão dos rótulos (9 e 4%, respectivamente) e das bulas (12%, 6%), e dificuldade em engolir formas sólidas (14%). Apenas 6% tiveram problemas para pagar por seus medicamentos. Cerca de 17% queriam saber mais sobre os seus medicamentos, e algumas pessoas estavam confusos sobre os seus medicamentos seguindo a alta hospitalar.			
18	Medication adherence among older adults	Building Excellence Estados Unidos 2007	Grocki JH, Huffman KK Não especificado	Examinar barreiras para a adesão à medicação eficaz entre 67 pessoas com 60 anos de idade ou mais a partir de arquivos de uma agência de Serviços de Proteção Adulto.	Estudo descritivo exploratório, quantitativo retrospectivo	Os resultados revelaram que, para ambos os sexos a negligência intencional do cuidador foi a barreira dominante, enquanto a demência foi a segunda.		<ul style="list-style-type: none"> - Negligência do cuidador do idoso - Demência - Doença mental - Suporte familiar e social - Roubo dos medicamentos pelo cuidador e - Abuso de drogas do cuidador 	VI Cinahl

19	Factors associated with adherence to medication regimens by older primary care patients: The Steel Valley Seniors Survey	Am J Geriatr Pharmacother. Estados Unidos 2008	Stoehr et al Farmácia Medicina Estatística	Explorar as associações entre dois domínios cognitivos específicos e aspectos da gestão da medicação entre os pacientes idosos de cuidados primários	Descritivo exploratório quantitativo	Resultados mais elevados no teste de memória verbal e ter seguro de prescrição foram independentemente associada com a criação com sucesso de um cronograma de medicação, após o ajuste para covariáveis. Pontuações mais altas no teste de memória de trabalho e um menor número de medicamentos prescritos foram associados com o participante a ser avaliados como aderente à medicação.	- Ter melhor função executiva - Menor número total de medicamentos prescritos - Usar pilbox - Lista de verificação de medicamentos - Associar o medicamento com a hora das refeições - Colocar os medicamentos em locais visíveis	- Esquecimento	VI Pubmed
20	High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect	Drugs Aging Estados Unidos 2012	Turner et al Medicina	Avaliar e descrever a adesão à medicação nesta população, bem como avaliar a associação entre a adesão à medicação e comprometimento cognitivo, depressão, função física e habilidades para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVDs e AIVDs).	Transversal, Descritivo, exploratório, quantitativo	25% da amostra tomava mais de sete medicamentos por dia. A taxa média de adesão foi de 59%. Apenas 10% foram aderentes ao seu regime de medicação e, assim, 90% foram considerados como não aderentes a pelo menos um medicamento. O comprometimento cognitivo, depressão, função física e as medidas de		- Maior número de medicamentos - Debilidade física	VI Cinahl

						ABVD/AIVD não foram estatisticamente associados ao abandono de medicação.			
21	Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil	Ciência e Saúde Coletiva Brasil 2013	Oliveira MPF, Novaes MRCG Farmácia	Descrever o perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de 154 idosos de cinco Instituições de Longa Permanência de Brasília por meio de questionário adaptado do Método Dáder e complementado com informações dos prontuários.	Estudo epidemiológico, transversal, descritivo e exploratório	O grupo consome de quatro a cinco medicamentos e é acometido, principalmente, por distúrbios psiquiátricos e cardiovasculares. Os medicamentos mais utilizados são os cardiovasculares e os psicofármacos. A adesão à farmacoterapia é comprometida pela falta de conhecimento sobre a prescrição médica atual, dificuldade de acesso e recusa em tomar os medicamentos prescritos.		- Dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos - Recusa em tomar o medicamento - Sensação de desconforto gastrointestinal - Dificuldade de deglutição - Queixa de gosto ou cheiro ruim e/ou administração incômoda	VI Scielo
22	Medication adherence in persons with cardiovascular disease	Journal of Cardiovascular Nursing Estados Unidos 2003	Dunbar-Jacob et al Enfermagem	Examinar a adesão à medicação entre idosos com doença cardiovascular e comorbidades e investigar as variáveis que afetam a adesão.	Descritivo, quantitativo	O nível de adesão encontrado foi similar ao de outros estudos. Com exceção da renda, raça e número de pessoas residindo na mesma residência os fatores sociodemográficos não mostraram relação com a aderência.	- Raça negra	- Raça Branca - Baixa renda - Quanto mais pessoas vivendo na mesma casa com o idoso menor é a adesão	VI Cinahl
23	Barriers to and determinants of	Med Clin North Am. Estados	Krousel-Wood et al Multiprofissi	Avaliar os fatores de risco para baixa adesão à medicação anti-hipertensiva,	Coorte quantitativo	No geral, 14,1% dos participantes tinham baixa adesão, 33,7% tinham PA não-		- Idade ≥ 75 anos - Pessoas negras	IV Pubmed

	medication adherence in hypertension management : perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO)	Unidos 2009	onal	explorar as diferenças entre idade, sexo e raça, e determinar a relação de aderência com a o controle da PA e os desfechos cardiovasculares.		controlada. baixa adesão à medicação anti-hipertensiva e PA não controlada são comuns em pacientes idosos.			
24	Baseline medication adherence and blood pressure in a 24-month longitudinal hypertension study	Journal of Clinical Nursing Estados Unidos 2011	Shaw R, Bosworth RB Enfermagem	Identificar a viabilidade e validade preditiva de uma medida de auto-relato fácil e rápida de adesão a medicação e identificar características de pessoas com hipertensão, que podem justificar aumento atenção por enfermeiros para atender às necessidades de auto-gestão hipertensos.	Estudo longitudinal randomizado quantitativo	Os resultados também indicam um aumento significativo na pressão arterial sistólica em 24 meses entre as pessoas que identificado como minoria e de baixa condição financeira.		- Raça negra - Situação financeira desfavorável	VI Cinahl
25	Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: a	Geriatric Nursing Estados Unidos 2012	Ruppar TM, Dobbels F, Geest S, Enfermagem	Examinar se as crenças positivas na medicação podem estar relacionadas à maior adesão à medicação anti-hipertensiva	Transversal, prospectivo, quantitativo	As preocupações sobre os medicamentos foram relacionados a fraca adesão anti-hipertensivo. Em especial, os idosos com menor aderência a	- Menor número de medicações ao dia - Alto nível de escolaridade - Crença na necessidade de	- Preocupação com dependência aos medicamentos e efeitos a longo prazo	VI Cinahl

	pilot study			entre uma amostra de idosos com hipertensão.		medicação estavam preocupados com a dependência e efeitos a longo prazo de seus medicamentos.	usar os medicamentos		
26	Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in Southwestern Nigeria	PharmacPractice Nigéria 2011	Adisa R, Fakeye TO, Fasanmade A Farmácia Medicina	Avaliar a aderência a medicação entre pacientes ambulatoriais com diabetes do tipo 2, determinar o nível de controle glicêmico e avaliar as opiniões dos pacientes sobre as prováveis razões da não aderência com vistas a identificar áreas de intervenção para a melhor adesão.	Transversal	Aproximadamente 60% dos pacientes foram considerados aderentes a medicação prescrita. As dificuldades financeiras (34,4%) foram a principal barreira para uma boa aderência a medicação. Existe uma associação significativa entre gêneros e opiniões sobre a forma do médico abordar a interação paciente-médico como um fator contributivo de não aderência ($p=0,038$).	- Ser viúvo - Abordagem dos médicos e dos farmacêuticos	- Custo das medicações -Complexidade do regime terapêutico - Esquecimento	VI Scielo
27	Predictors of decline in medication adherence: Results from CoSMO	Hypertension. Estados Unidos 2011	Krousel-Wood et al Multiprofissional	Avaliar os preditores de declínio na adesão à medicação anti-hipertensiva e a associação de declínio em aderência com controle pressão arterial.	Quantitativo	A taxa anual para uma queda na adesão foi de 4,3%. Após o ajuste multivariável, um declínio na adesão foi associado com PA descontrolada. Sintomas depressivos e eventos estressantes de vida foram associados em diminuir em aderência. Sexo feminino, casada e uso de bloqueador de canais de cálcio foram associados com declínio		- Sintomas depressivos - Eventos estressantes - Ser mulher casada	VI Pubmed

						adesão.			
28	Factors influencing medication adherence in patients with heart failure	Heart & Lung Estados Unidos 2008	Wu et al Enfermagem Psicologia	Explorar os fatores que influenciam a aderência as medicações prescritas pelo médico em pacientes com insuficiência cardíaca.	Qualitativo, descritivo	O desejo de manter-se saudável foi o principal motivador na decisão de tomar os medicamentos conforme prescritos. Pacientes que conheciam os sintomas de sua doença conseguiram utilizar os medicamentos para diminuir esses sintomas. Ligações com profissional de saúde e suporte familiar aumentam a adesão a medicação. Estímulos ambientais como lembretes auxiliam na adesão a medicação	- Desejo de manter-se saudável - Conhecimento sobre a doença, sinais e sintomas - Efetividade dos medicamentos no manejo dos sintomas - Relação positiva com profissional de saúde - Suporte familiar - Estímulos ambientais como lembretes	- Limitada comunicação com profissionais de saúde - Custo da medicação - Esquecimento - Características da medicação como: um cronograma de medicação inconveniente, doses frequentes - Número de medicamentos - Efeitos colaterais - Dificuldade de deglutição.	VI Cinahl
29	Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar	Rev Latino Americana Enfermagem Brasil 2011	Cruz et al Enfermagem	Verificar a adesão, o conhecimento e as dificuldades de idosos com transtorno afetivo bipolar (TAB), em relação à terapêutica medicamentosa, prescrita para controle do referido transtorno.	Transversal, descritivo, qualitativo	Identificou-se baixo grau de adesão ao tratamento farmacológico e déficit no conhecimento sobre os medicamentos, especialmente sobre as doses e frequência de administração.	- Apoio familiar. - Lembretes para não esquecer de tomar os medicamentos - Medo dos sintomas da doença.	- Transtorno bipolar - Falta de conhecimento sobre os medicamentos - Esquecimento - Polifarmácia. - Falta de apoio familiar - Desejo de não tomar medicamentos. - Efeitos	VI Lilacs SciELO Pubmed

								colaterais - Falta de conhecimento sobre a doença e necessidade dos medicamentos	
30	Examining medication adherence in older women with coronary heart disease	Journal of Women & Aging Estados Unidos 2010	West D, Lefler L, Franks A Enfermagem Farmácia	Analisar a adesão à medicação em mulheres mais velhas com doença coronária e identificar barreiras e facilitadores da adesão à medicação.	Quantitativo e qualitativo descritivo	65,6% eram aderentes à medicação. Mais de metade (52,1%) sofreram efeitos secundários, 71,9% tinham vivido barreiras psicológicas, e todos tiveram barreiras econômicas. Facilitadores incluído um sistema de caixa de medicação (85%) e aconselhamento com profissional sobremedicação (90%).	- Uma caixa para medicações (pillbox) para ajudar no uso das medicações diárias - Suporte de um amigo ou membro da família para tomar os medicamentos - Medicações disponíveis pelos planos de assistência - Mais informação por parte dos profissionais de saúde a respeito dos medicamentos	- Efeitos colaterais - Custo - Esquecimento - Crenças negativas a respeito dos medicamentos - Falta de conhecimento sobre medicamentos e doença	VI Cinahl
31	Factors related to high and low levels of drug adherence according	Int J Clin Pharm Holanda 2011	Borgsteede et al Farmácia Estatística	Explorar os fatores relacionados com altos e mais baixos níveis de aderência que os pacientes com diabetes tipo 2 experiência em seu	Qualitativo descritivo exploratório	Quatro aspectos influenciaram a adesão à medicação: (1) informações sobre a medicação prescrita (2) a experiência com a medicação e as	- Entender a importância dos medicamentos para controle da doença e sintomas - Suporte social	- Saber sobre efeitos adversos - Sofrer efeitos adversos - Complexidade do regime terapêutico	VI Pubmed

	to patients with type 2 diabetes			uso de medicação.		complicações com o uso, (3) o apoio social para o comportamento medicação e (4) as rotinas de comportamento medicação.	- Hábitos e rotinas, rituais para não esquecer de tomar medicamentos	- Ambiente tumultuado ou estressante	
32	A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity	Am J Geriatr Pharmacother. Estados Unidos 2011	Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA, Medicina	Realizar uma revisão sistemática da literatura descrevendo barreiras potenciais não-financeiras para a adesão à medicação entre os idosos.	Revisão sistemática	Nove estudos preencheram os critérios de inclusão para esta revisão. Algumas barreiras potenciais (ou seja, os fatores associados ao abandono) foram identificadas a partir dos estudos, incluindo fatores relacionados ao paciente, tais como conhecimento da doença relacionada, letramento em saúde e função cognitiva, fatores relacionados com a droga, tais como efeitos adversos e polifarmácia, e outros fatores, incluindo a relação médico-paciente e várias barreiras logísticas para a obtenção de medicamentos.		- Conhecimento da doença - Letramento em saúde - Função cognitiva - Função - Efeitos adversos - Polifarmácia - Relação médico-paciente - Barreiras logísticas para a obtenção de medicamentos	V Pubmed
33	Perceptions of social capital and cost-related	Cad Saúde Pública Brasil	Luz TCB, Loyola-Filho AI, Lima-Costa	Investigar a associação entre percepções de capital social e subutilização	Descritivo, transversal, quantitativo	A subutilização foi menor para idosos com maior coesão ao bairro de moradia e com	- Coesão ao bairro e moradia - Cobertura por medicina	- Pior autopercepção da saúde - Múltiplas	VI Lilacs SciELO Pubmed

	non-adherence to medication among the elderly	2011	MF Farmácia Medicina	de medicamentos por motivos financeiros.		cobertura pela medicina suplementar. Por outro lado, essa prevalência foi significativamente maior para idosos com pior autopercepção de saúde, com múltiplas condições crônicas e para aqueles que raramente ou nunca obtêm do profissional de saúde esclarecimentos sobre sua saúde/tratamento.	suplementar	condições crônicas. - Raramente ou nunca obtêm do profissional de saúde esclarecimentos sobre sua saúde/tratamento.	
34	Assessment of patient knowledge of diabetic goals, self-reported medication adherence, and goal attainment	PharmacPractice EUA 2006	Whitley HP et al Farmácia	Avaliar a aderência autorreferida a medicação, o conhecimento dos objetivos terapêuticos e o seguimento dos objetivos em adultos.	Survey	O conhecimento dos objetivos terapêuticos foi comunicado por 14%, 34% e 18% dos pacientes para LDL-C, PA e A1C respectivamente. 48% dos pacientes eram não aderentes a medicação e os motivos mais citados para não aderência foram o esquecimento e o alto preço dos medicamentos.		-Esquecimento -Sentir-se melhor -Alto preço dos medicamentos	VI Scielo
35	Prescription and adherence to statins of patients with coronary artery disease and hypercholesterolemia	Arq Bras Cardiologia Brasil 2001	Mansur et al Medicina	Identificar razões para a não aderência a terapia com estatinas	Descritivo, quantitativo	As estatinas foram prescritas para 139 (67%) dos pacientes, mas apenas 85 (41%) usaram a droga. De 54 (26%) pacientes não-aderentes às estatinas, 67% não usam a droga, devido ao seu alto custo, de 31%, devido à falta de		- Custo - Falta de orientações - Efeitos adversos	VI Scielo

						instrução, e apenas 2% devido aos efeitos colaterais.			
36	Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos	RevBras Cardiologia Brasil 2012	Pucci et al Medicina	Avaliar a influência do conhecimento sobre hipertensão arterial na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes idosos hipertensos.	Descritivo, transversal, quantitativo	Verificou-se que entre os pacientes estudados, 42,3% eram aderentes ao tratamento e apenas 48,5% dos idosos estavam com a pressão arterial controlada. Houve relevância estatística entre a adesão ao tratamento e o custo dos medicamentos anti-hipertensivos. O nível de conhecimento dos pacientes sobre HAS foi satisfatório entre os grupos aderente e não aderente e apenas uma questão sobre conhecimento da doença apresentou associação significativa com a adesão terapêutica.		- Custo dos medicamentos - Quanto maior o número de medicamentos menor é a adesão	VI Lilacs
37	Não-adesão à terapêutica medicamentosa do glaucoma	Arq Bras Oftalmol Brasil 2008	Castro ANBV, Mesquita WA Farmácia Medicina	Estimar a taxa de não-adesão ao tratamento com colírios antiglaucomatosos e verificar a interveniência de possíveis fatores para a não-adesão.	Transversal, quantitativo	A taxa de não-adesão ao tratamento medicamentoso do glaucoma foi de 21,5%. Os fatores: deixar de usar os colírios por falta de dinheiro e realização de cirurgia corretiva, contribuíram de forma significativa para a não-adesão.		- Custo da medicação - Realização de outro tratamento	VI Lilacs Pubmed

38	Sex differences in barriers to antihypertensive medication adherence: findings from the cohort Study of medication adherence among older adults	Journal American Geriatric Society Estados Unidos 2013	Holt et al Multiprofissional	Determinar se variáveis sociodemográficas, clínicas, relacionadas ao sistema de saúde, psicossociais e comportamentais são diferencialmente associadas à baixa aderência a medicamentos anti-hipertensivos em homens e mulheres mais velhas.	Estudo coorte, quantitativo	A prevalência de baixa adesão à medicação não difere de acordo como sexo. Problemas com custos de medicação e a prática de menos modificações de estilo de vida para controlar a pressão arterial foram associados com baixos escores de aderência em homens e mulheres. Fatores associados à baixa adesão nos homens, mas não nas mulheres: mau funcionamento sexual e índice de massa corporal de 25,0kg/m ² ou mais. Fatores associados à baixa adesão em mulheres, mas não em homens: insatisfação com a comunicação com o seu profissional de e sintomas de depressão.		- Problemas com custos de medicação - Prática de menos modificações de estilo de vida para controlar a pressão arterial - Para Homens: baixo funcionamento sexual - Mulheres: insatisfação com a comunicação com o profissional de saúde e sintomas depressivos.	IV Cinahl
39	Provider views about responsibility for medication adherence and content of physician-older patient	Journal American Geriatric Society Estados Unidos 2012	Tarn et al Medicina	Investigar opinião de profissionais de saúde sobre a responsabilidade pela adesão a medicação e examinar as interações entre médicos e pacientes para ilustrar como as discussões sobre	Qualitativo, Grupos focais	Os profissionais sentiam-se responsáveis por avaliar a adesão durante as visitas ao consultório mas eles também acreditavam que os pacientes eram responsáveis por tomar sua medicação e ficavam relutantes de confrontar		- Falta de compreensão sobre o propósito da medicação ou uso adequado - Medo de efeitos colaterais percebidos ou experienciados	VI Cinahl

	discussions			adesão são iniciadas.		os pacientes sobre a não-adesão		<ul style="list-style-type: none"> - Auto-decisão de aumentar a dose - Esquecimento - Equívoco sobre a dosagem, regime, quanto tempo deve tomar medicação - Custo 	
40	Medication adherence among community-dwelling patients with heart failure	Mayo Clin Proc. Estados Unidos 2011	Dunlay et al Medicina Farmácia	Determinar o uso de medicamentos e adesão entre pacientes residentes na comunidade com insuficiência cardíaca (IC).	Estudo de base populacional	Pacientes que habitam comunidade com IC ter um grande número de medicamentos. Adesão à medicação foi abaixo do esperado em muitos pacientes, muitas vezes por causa do custo.		<ul style="list-style-type: none"> - Custo das medicações 	VI Cinahl Pubmed
41	Medication adherence in Type 2 Diabetes: the ENTRED study 2007, a French population-based study	PLoS ONE França 2012	Tiv et al Medicina	Avaliar a adesão à medicação e identificar fatores associados à má adesão em pacientes com diabetes tipo 2, na França.	Estudo de base populacional quantitativo	39% dos pacientes relataram boa adesão à medicação, 49% médio e 12% de adesão baixa adesão. Os fatores significativamente associados com a baixa adesão na análise multivariada foram: idade, de origem não-européia geográfica, as dificuldades financeiras e ser profissionalmente ativa, doença e fatores relacionados com a terapia: HbA1c.8% e complicações do diabetes		<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para tomar a medicação sozinha - Má aceitação das recomendações médicas - Falta de apoio familiar ou social - Necessidade de informações sobre o tratamento, relatando falta de confiança no 	VI Pubmed

						existentes e fatores de cuidados relacionados à saúde: dificuldades para tomar a medicação sozinha, má aceitação das recomendações médicas, a falta de apoio familiar ou social, a necessidade de informações sobre o tratamento, relatando falta de confiança no futuro, a necessidade de apoio médico e acompanhamento por um médico especialista.		futuro - Necessidade de apoio médico e acompanhamento por um médico especialista	
42	Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from CoSMO	Ann Behav Med Estados Unidos 2010	Krousel-Wood et al Multiprofissional	Avaliar as associações transversais e longitudinais entre sintomas depressivos, o apoio social e adesão à medicação anti-hipertensiva em uma grande coorte de idosos.	Coorte quantitativo	No geral, 14,1% dos participantes tinham baixa adesão à medicação, 13,0% tinham depressão sintomas, e 33,9% tinham baixo apoio social.		- Sintomas depressivos - Baixo apoio social	IV Pubmed
43	The relationship between depressive symptoms	Gen Hosp Psychiatry. Estados Unidos	Osborn CY, Egede LE Medicina	Examinar o papel de apoio social como um mediador da relação entre sintomas depressivos e não-	Quantitativo Descritivo exploratório	Mais sintomas depressivos foram associados com não-adesão a medicação, mais sintomas		- Menos apoio social - Sintomas depressivos	VI Pubmed

	and medication non-adherence in Type 2 Diabetes: the role of social support	2012		adesão a medicação.		depressivos foram associados com menos apoio social, e o apoio social menor estava associada com não-adesão a medicação			
44	Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and providers	J Geriatr Phys Ther. Estados Unidos 2011	Iversen et al Fisioterapia Farmácia Medicina	Determinar os fatores que podem influenciar a adesão à medicação para osteoporose entre idosos.	Qualitativo descritivo	De acordo com os pacientes, os fatores que afetam a aderência às drogas da osteoporose incluem a falta de conhecimento sobre a osteoporose, a insatisfação com as suas visitas ao médico, efeitos colaterais, e dificuldade ou falta de recordar instruções para tomar medicamentos. Médicos relataram falta de conhecimento dos pacientes, barreiras estruturais, os efeitos colaterais dos medicamentos, bem como a incapacidade de acompanhar os doentes.		- Falta de conhecimento sobre a doença - Insatisfação com as consultas médicas - Efeitos colaterais dos medicamentos - Não saber como tomar o medicamento - Falta de acompanhamento por parte dos médicos referente a adesão a medicação	VI Pubmed
45	Effective chronic disease management : Patients' perspectives	Patient Education and Counseling Reino	Gordon K, Smith F, Dhillon S Farmácia	Analisar os problemas relacionados com medicamentos a partir da perspectiva de pacientes com	Qualitativo, descritivo	Cinco grandes categorias de problema relacionado com a medicação que surgiram foram examinados no contexto de perspectivas dos		- Efeitos colaterais - Problemas físicos, cognitivos e sensoriais	VI Cinahl

	on medication related problems	Unido 2007		uma condição crônica e identificar como eles podem ser apoiados na gestão da sua medicação.		pacientes, e experiências, o uso de medicamentos e serviços de saúde. Estas eram preocupações e gestão de efeitos colaterais; pontos de vista diferentes em relação ao uso de medicamentos; problemas práticos sensoriais e cognitivos, falta de informação ou conhecimento, e problemas com o acesso e organização dos serviços		afetam o uso de medicamentos - Falta de informaçãoe / ou entendimento sobre o uso de medicamentos	
46	Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders	Journal of Clinical Nursing Bélgica 2011	Camp et al Multiprofissional	Investigar se a educação e aconselhamento conduzido pela enfermeira aumenta a aderência ao aglutinante de fosfato em pacientes em diálise crônica.	Estudo de caso-controle	Em uma semana, a adesão média foi de 83% neste estudo (grupo de intervenção), em comparação com 86% no grupo controle. No grupo de intervenção, a média de adesão aumentou 83-94% após 13 semanas. Em contraste, no grupo controle, a média de adesão diminuiu 86-76%.	- Educação em saúde individualizada		IV Cinahl
47	Patients with dysphagia: experiences of taking medication	Journal of Advanced Nursing Reino Unido	Kelly J, D'Cruz G, Wright D Enfermagem Farmácia	Explorar as experiências de tomar medicação para idosos com disfagia.	Qualitativo descritivo	Seis temas inter-relacionadas foram identificados a partir dos dados: o espectro largo e à variabilidade de disfagia, formulação de	- Saber a importância dos medicamentos - Respeito pelo prescritor	- Disfagia - Número de medicamentos (quanto maior menor adesão) - Complexidade	VI Cinahl

		2009				medicamento, troca informações entre o paciente e os profissionais de saúde, fatores que afetam adesão ao medicamento, as estratégias utilizadas para melhorar a deglutição, função central da deglutição como comer e beber.		do regime terapêutico - Esquecimento	
48	Medication adherence among older adults	Journal of Gerontology: psychological sciences Estados Unidos 2006	Insel et al Enfermagem Psicologia	Investigar a associação entre processos cognitivos e adesão à medicação entre idosos residentes na comunidade	Quase experimental	Em uma regressão simultânea, o composto de função executiva e tarefas de memória de trabalho foi o único preditor significativo de adesão.	- Quanto melhor a função executiva (avalia a abstração e a capacidade de uma pessoa a mudar estratégias cognitivas quando recebe feedback.) e memória de trabalho (diz respeito aos recursos cognitivos que estão disponíveis para armazenar e processar ativamente a informação)melhor a aderência		IV Cinahl

49	White matter hyperintensities and medication adherence	Biological Research for Nursing Estados Unidos 2008	Insel KC, Reminger SL, Hsiao CP Enfermagem	Considerar as implicações potenciais de alterações morfológicas cerebrais relacionados com hipertensão sobre a adesão à medicação.	Descritivo, exploratório	A associação entre alterações morfológicas cerebrais e adesão não foi estatisticamente significativa. Adesão à medicação foi significativamente associada com a memória imediata e inversamente associada com a falha na resolução de problemas. A adesão foi também inversamente associada com sintomas de depressão.	- Boa memória imediata	- Falha na resolução de problemas - Depressão	VI Cinahl
50	Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference	Journal of Aging and Health Estados Unidos 2009	Hayes, et al Medicina Farmácia	Aumentar a compreensão de como as mudanças leves de memória afetam a aderência a medicação.	Quase-experimental, quantitativo	O grupo com baixa função cognitiva tinha adesão total significativamente mais pobre do que o grupo com alta função cognitiva e houve um risco relativo de 4,1 não-aderência do grupo com baixa função cognitiva, em comparação com o grupo de alta função cognitiva.		- Baixa cognição	IV Cinahl Pubmed
51	Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalization and	Drugs Aging Canadá 2006	Vik et al Multiprofissional	Analisar o risco de hospitalização (incluindo uma visita ao departamento de emergência) e/ou mortalidade associada ao	Descritivo, quantitativo, randomizado	Clientes não-aderentes mostraram um risco aumentado, mas não significativo para um resultado adverso de saúde (internação hospitalar, visita		- Problemas de visão - Hábito de fumar - Sintomas depressivos - Complexidade	VI Cinahl

	mortality among older adults			abandono de medicação em idosos, adultos em situação de risco residentes na comunidade. Analisar as diferenças de a prevalência, determinantes e consequências da não adesão medicação entre os clientes de home care rurais e urbanas.		departamento de emergência ou morte) durante o acompanhamento. A prevalência de não adesão foi semelhante entre rural (38,2%) e os clientes urbana (38,9%) e foi associada com a presença de problemas de visão, um histórico de tabagismo, sintomas depressivos, um regime de alta complexidade pontuação de drogas, em uma residência casa particular (vs ambiente de vida assistida) e ausência de assistência com a administração de medicamentos.		do regime terapêutico	
52	Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan	Journal of Clinical Nursing Taiwan 2012	Li et al Enfermagem	Caracterizar a população de Taiwan e examinar a prevalência de não-adesão a medicação anti-hipertensiva e como os fatores culturais/clínicos foram associados com a não-adesão.	Survey, quantitativo	Taxa de não-adesão medicação foi 47%, e a taxa de DCNT descontrolada foi 49%. Dois fatores foram considerados estatisticamente significativos para não-adesão: menor susceptibilidade percebida a doenças específicas e tempo de diagnóstico de DCNT.		- Baixa percepção de vulnerabilidade para doenças específicas - Maior tempo de diagnóstico de DCNT	VI Cinahl
53	Tô sentindo	Physis Rev	Leão e Silva	Identificar as	Qualitativo,	Os resultados mostraram		- Ausência de	VI

	nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica	Saúde Coletiva Brasil 2013	et al Multiprofissi onal (enfermage m, psicologia, odontologia e economia)	percepções de pacientes idosos hipertensos em torno da terapêutica relacionadas à adesão ou não ao tratamento medicamentoso em um município de médio porte do Estado de Minas Gerais em 2010.	Análise de conteúdo	que os idosos possuem conhecimentos adequados sobre hipertensão e tratamento, mas são impulsionados, durante a terapêutica, a agirem segundo suas opiniões e experiências socialmente compartilhadas. Ademais, os idosos hipertensos não- aderentes ao tratamento tendem a considerar a hipertensão como uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais.		sintomas da DCNT - Consumo de bebidas alcoólicas - Complexidade do regime terapêutico - Esquecimento - Grande número de medicamentos - Substituição por tratamentos não medicamentoso (chás)	SciELO
54	Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension : A structural modeling approach	Internation al Journal of Nursing Studies Taiwan 2011	Chen SL, Tsai JC Chou KR Enfermagem	Testar um modelo hipotético dos relacionamentos entre a percepção da doença e adesão as medicações prescritas e auto-gestão das recomendações de pacientes hipertensos com base em pressupostos teóricos do modelo senso- comum.	Transversal, descritivo, correlacional, quantitativo	Os achados sugerem que a identidade da doença pode afetar diretamente adesão do paciente aos medicamentos prescritos ou indiretamente afetam a adesão do paciente através do controle da causa doença. O controle da doença exibiu efeitos diretos da aderência a medicamentos prescritos e de auto-gestão, enquanto que a causa da doença só mostrou efeitos diretos sobre a adesão aos medicamentos prescritos.	- Experiência de sintomas da doença - Querer combater as causas e controlar a doença		VI Cinahl

55	Gender differences in chinese immigrants: predictors for antihypertensive medication adherence	Journal of Transcultural Nursing Estados Unidos 2007	Li WW, . Froelicher ES Enfermagem	Descrever se as diferenças de gênero são preditores para a adesão à medicação anti-hipertensiva em imigrantes chineses.	Estudo transversal, descritivo, exploratório, quantitativo	Verificou-se que nos homens, permanecer nos Estados Unidos foi um preditor de não-adesão. O preditor de abandono nas mulheres foi menor percepção dos benefícios de medicamentos anti-hipertensivos.		- Para as mulheres: menor percepção dos benefícios dos medicamentos	VI Cinahl
56	Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults	Age and Ageing Estados Unidos 2010	Holt et al Multiprofissional	Examinar a associação entre qualidade de vida e adesão à medicação anti-hipertensiva em idosos.	Quantitativo descritivo exploratório	Pontuações baixas QVRS foram associados com níveis mais baixos de adesão a medicação anti-hipertensiva em mais velhos.		- Baixa qualidade de vida	VI Pubmed
57	Adverse effects of complementary and alternative medicine use on antihypertensive medication adherence: findings from CoSMO	J Am Geriatr Soc. Estados Unidos 2010	Krousel-Wood et al Multiprofissional	Determinar a associação entre o uso de medicina complementar e alternativa e adesão à medicação anti-hipertensiva em idosos negros e brancos	Descritivo exploratório quantitativo	14,1% tinham baixa adesão à medicação anti-hipertensiva.		- Para pessoas negras o uso de medicina complementar e alternativa	VI Pubmed
58	Factors associated	Chest Journal	George et al	Identificar os preditores da adesão	Transversal exploratório	Diferenças de conhecimento sobre a		- Estar confuso sobre as	VI Cinahl

	with medication nonadherence in patients with COPD	Australia 2005	Farmácia	ao tratamento em pacientes com DPOC e comparar crenças de saúde, experiências e comportamentos dos pacientes com DPOC com auto-relato de boa aderência a medicação com pacientes com auto-relato de adesão abaixo do ideal.	Descritivo quantitativo	doença e tratamento, fé e satisfação com o tratamento e os médicos, preocupações sobre o tratamento e desvios intencionais e não intencionais do tratamento recomendado foram detectados entre os grupos aderente e menos aderente. Na análise multivariada, "Eu vario minha gestão recomendada com base em como eu estou me sentindo" e " Eu fico confuso sobre meus medicamentos "foram encontrados como preditores de não-adesão.		medicações - Usar as medicações somente quando tem sintomas da doença	
59	The negative association of independent personality and medication adherence	Journal of Aging and Health Estados Unidos 2006	Insel KC, Reminger SL, Hsiao CP Enfermagem	Analisar a associação de fatores de personalidade e adesão à medicação entre os idosos.	Descritivo, retrospectivo	A análise de regressão demonstra que quando a idade eo nível de educação são controladas, independência prevê a adesão à medicação. Este fator demonstra um negativo relacionamento com a adesão, sugerindo que níveis mais elevados de independência pode ser relacionada à menor aderência à medicação prescrita. O componente auto-suficiência é		- Independência e auto-uficiência	VI Cinahl

						preditivo de má aderência à medicação.			
60	Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial	Br J Health Psychol Estados Unidos 2011	Jerant et al Multiprofissional	Investigar a relação entre modelo de cinco fatores de personalidade (Consciência, neuroticismo, Socialização, extroversão e abertura) e não-adesão a medicação entre os participantes mais velhos.	Quantitativo	Cada incremento de 5 anos na idade foi associado com um 6,7% maior probabilidade de não-adesão. Neuroticismo foi a única fator de personalidade associados com a não-adesão. Menor função cognitiva foi também associada com a não-adesão.		- Baixa função cognitiva - Neuroticismo (é a tendência para experimentar emoções negativas, como raiva, ansiedade ou depressão. Por vezes é chamada de instabilidade emocional.)	VI Pubmed

**APÊNDICE B – Instrumento de caracterização do idoso e fatores relacionados à
terapêutica medicamentosa**

Questionário nº: ____ 1. Ambulatório: _____	nquest__ amb____
DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	
2. Idade (em anos): _____	idad _
3. Sexo: () Feminino () Masculino	sex _
4. Cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena	cor _
5. Escolaridade: () Não alfabetizado () Estudou entre a 1ª e a 4ª série () Estudou entre a a 5ª e a 8ª série () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Superior incompleto () Superior completo () Não sabe/não informou	esc _
6. Anos completos de estudo: _____	anoest _
7. Estado civil: () Casado/união estável () Solteiro () Viúvo () Divorciado/desquitado/separado () Não sabe/não informou	estciv _
8. Nº pessoas que residem com a pessoa idosa: _____	nump _
9. Renda (valor do salário mínimo = R\$ 672,00): () Até um salário mínimo () Mais de um até três salários mínimos () Mais de três salários mínimos () Não sabe/não informou	nrend _
10. Ocupação: () Aposentado () Aposentado com atividade remunerada () Pensionista () Do lar () Desempregado () Exerce atividade remunerada () Não sabe/não informou	ocup _
11. Onde o(a) sr(a) vive: () Zona urbana () Zona rural	viv _
12. O(A) sr(a) recebe auxílio de alguém para tomar suas medicações? () Sim () Não	auxmed _
13. Se o(a) sr(a) precisar de cuidados de saúde ou de ajuda para realizar suas atividades diárias tem alguém que possa lhe ajudar? () Sim () Não	aux _
14. Se sim. Quem seria essa pessoa?	

<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Esposo ou companheiro <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Uma pessoa contratada <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não sabe/não informou	fil _ esp _ irm _ viz _ pais _ pes _ out14 _ nsa14 _ ni14 _
15. Se o(a) sr(a) não conseguir seus medicamentos gratuitamente pelo SUS, tem condições de comprá-los? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	cond _
16. O(A) sr(a) consegue entender as informações contidas nos rótulos e bulas dos medicamentos que utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	letfunc _
DADOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE SAÚDE E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
17. Onde o(a) sr(a) busca assistência à saúde? <input type="checkbox"/> Plano de saúde <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Não sabe/não informou	plano _ sus17 _ ni17 _
18. O(A) sr(a) tem acesso aos serviços de saúde (consultas, exames) sempre que precisa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	access _
19. Onde o(a) sr(a) adquire suas medicações? <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Compra na farmácia <input type="checkbox"/> Consegue gratuitamente na farmácia popular <input type="checkbox"/> Doação <input type="checkbox"/> Outro. Não Especificar: _____	sus19 _ farm _ pop _ doac _ out19 _
20. O(A) sr(a) recebe orientações dos profissionais de saúde sobre sua condição de saúde e sobre como cuidar-se? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre	orient _
21. O(A) sr(a) consegue compreender as orientações que recebe dos profissionais de saúde sobre sua condição de saúde e como cuidar-se? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Não se aplica	compr _
22. Qual profissional fornece orientações e esclarecimentos para o(a) sr(a) sobre medicamentos? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum	med22 _ enf _ farm _ acs _ out22 _ nenh _
23. Como é o relacionamento do(da) sr(a) com os profissionais de saúde que lhe atendem? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Bom	relac _
24. O(A) sr(a) está satisfeito com o atendimento a saúde que recebe? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	satis _
DADOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO	

25. Condições crônicas preexistentes: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Artrite ou artrose <input type="checkbox"/> Reumatismo <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Deficiência física ou estrutural contínua <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____	has _ dm _ dpoc _ card _ art _ reum _ irc _ aids _ ca _ df _ out25 _
26. Nº de consultas médicas nos últimos 12 meses: _____	num26 _
27. Nº de internações nos últimos 12 meses: _____	numint _
28. O(A) sr(a) consegue tomar seus medicamentos sozinho(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	med28 _
29. O(A) sr(a) tem dificuldade de engolir os medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	eng _
30. O(A) sr(a) tem dificuldade para ler o nome ou a bula dos medicamentos por causa de problemas visuais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	difler _
31. O(A) sr(a) tem dificuldade para abrir as embalagens dos medicamentos para tomá-los por causa de problemas nas mãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	difabr _
32. Como o(a) sr(a) considera a sua condição de saúde? <input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Muito boa	saud _
DADOS RELACIONADOS ÀS QUESTÕES COMPORTAMENTAIS	
33. O(A) sr(a) busca esclarecer suas dúvidas sobre sua condição de saúde, como cuidar-se e sobre seus medicamentos com algum profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	duv _
34. O(A) sr(a) aceita e tentar seguir as orientações que recebe dos profissionais de saúde sobre como cuidar-se e como tomar os medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	aceit _
35. O(A) sr(a) acredita que precisa utilizar os medicamentos e que eles são importantes para você manter-se bem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	acred _
36. O(A) sr(a) preocupa-se em tomar corretamente seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	preoc _
37. O(A) sr(a) sabe o nome de cada medicamento que utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nommed _
38. O(A) sr(a) sabe para que serve cada medicamento que utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	utilmed _
39. O(A) sr(a) deixa de tomar seus medicamentos por livre vontade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	deix _
40. O(A) sr(a) deixa de tomar os medicamentos para consumir bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	alc _
41. O(A) sr(a) deixa de tomar seus medicamentos por causa do cigarro?	cig _

() Sim () Não	
42. O(A) sr(a) deixa de tomar seus medicamentos por causa de outras drogas? () Sim () Não	drog _
43. O(A) sr(a) toma os medicamentos somente quando tem sintomas? () Sim () Não	sint _
44. O(A) sr(a) substitui o tratamento medicamentoso por outro tipo de tratamento como chás, orações, acupuntura etc? () Sim () Não	outrat _
45. O(A) sr(a) esquece com frequência de tomar os medicamentos? () Sim () Não	esq _
46. O(A) sr(a) tem vontade de não tomar os medicamentos? () Sim () Não	vont _

DADOS RELACIONADOS À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
47. O(a) sr(a) utiliza algum lembrete para tomar os medicamentos no horário certo? () Sim () Não	lembt _
48. O(a) sr(a) ajusta os horários dos seus medicamentos de acordo com as suas atividades diárias? () Sim () Não	ativ _
49. O(a) sr(a) já teve alguma reação adversa? () Sim () Não	reac _
50. O(a) sr(a) usa alguma estratégia para auxiliá-lo a tomar corretamente seus medicamentos? () Sim () Não	estrat _
51. O(a) sr(a) acha que seu tratamento medicamentoso é muito complicado? () Sim () Não	compl _
52. O(a) sr(a) toma a medicação conforme a prescrição médica (dose, horário, modo)? () Sim () Não	prescr _

53. Medicamentos que utiliza:

Prescritos			Não prescritos		
<i>nome</i>	<i>dose</i>	<i>frequência</i>	<i>nome</i>	<i>dose</i>	<i>frequência</i>

54. Número de medicamentos que utiliza diariamente: _____ nummed __

MOTIVOS PARA ADERIR/NÃO ADERIR A MEDICAÇÃO PRESCRITA	
55. Cite até três motivos levam o Sr. (a) a tomar seus medicamentos diariamente? _____ _____ _____	mot1 _ mot2 _ mot3 _
56. Cite até três motivos levam o Sr. (a) a não tomar seus medicamentos diariamente? _____ _____ _____	motn1 _ motn2 _ motn3 _

APÊNDICE C –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Pessoas idosas em atendimento ambulatorial: adesão a terapêutica medicamentosa e fatores relacionados**

(escrito em letra tamanho 14 para facilitar a leitura do idoso/cuidador)

Pelo presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo, intitulado **“Pessoas idosas em atendimento ambulatorial: adesão a terapêutica medicamentosa e fatores relacionados”**. O estudo tem como objetivo principal de verificar a adesão a terapêutica medicamentosa em idosos e os fatores relacionados.

Fui informado de que a coleta dos dados será realizada pela doutoranda em enfermagem Daiane Porto Gautério, membro do Grupo de Pesquisa em Gerontologia, Enfermagem/Saúde e Educação que é coordenado pela professora Silvana Sidney Costa Santos, responsável por esta pesquisa.

Fui informado de que a coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista na qual serão aplicados três instrumentos: um para caracterização do idoso e dos fatores relacionados a adesão; outro para avaliar a cognição, denominado Mini Exame do Estado Mental; e, outro para verificar o nível de adesão aos medicamentos prescritos, denominado Medida de Adesão ao Tratamento.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, fui informado que o risco para o idoso é considerado mínimo uma vez que não há intervenção. Um risco detectável seria o idoso sentir-se desconfortável em responder as perguntas do

instrumento de coleta de dados. Essa pesquisa pode gerar benefícios aos participantes através dos conhecimentos que serão produzidos a partir dela.

O participante será esclarecido quanto às eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dr^a Silvana Sidney Costa Santos, seguida da estudante de doutorado, enfermeira Daiane Porto Gautério.

Fui informado de que as informações obtidas neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros idosos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do idoso ou Impressão digital:



Data: __/__/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste idoso atendido ambulatorialmente ou representante legal para a participação neste estudo.

Silvana Sidney Costa Santos
Rua Duque de Caxias, 197/503. Centro. Rio Grande. RS. 96200-020
Fone: 53 32011986 e 53 84392051
e-mail silvanasidney@terra.com.br
Responsável pela pesquisa

Data: __/__/____.

ANEXO A – Miniexame do Estado Mental (MEEM)

C1 Orientação Temporal – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Ano	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Estação	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Mês	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia do mês	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia da semana	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

C2 Orientação Espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Nome do prédio em que estamos	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Nome do local do prédio em que estamos (andar, local)	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Bairro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Cidade	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Estado	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

C3 Registro – Nomeie três objetos: real, mala e casa (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até três tentativas...

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou=1 Não lembrou=0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr(a) tem alguma dúvida?

Real	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Mala	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Casa	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu

Número de repetições: _____

C4 Atenção e cálculo - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

$100 - 7 = 93$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$93 - 7 = 86$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$86 - 7 = 79$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$79 - 7 = 72$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$72 - 7 = 65$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

C5 Memória de evolução das palavras – Marcar um ponto para cada cálculo, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de três palavras e o Sr(a) as repetiu. Diga-me agora de quais lembra.

Real	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Mala	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Casa	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

C6 Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

C7 Repita a frase que vou lhe dizer – (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
------------------------------------	--

C8 Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe:

Peça a ele(a) que leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10seg.).

Fechou os olhos <input type="checkbox"/> (1 ponto)	Não fechou <input type="checkbox"/> (zero)
--	--

C9 Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel e, quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dobre esse papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

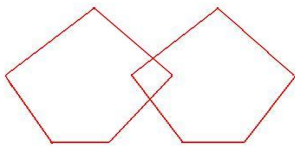
C10 Diga ao idoso(a):

O(a) Sr(a) poderia escrever ou ditar uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

C11 diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver duas figuras com interseção (1 ponto).

Escore:

Escore de 18/19 pontos ou menos (para analfabetos) – sugestivo de *déficit* cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência).

Escore de 23/24 pontos ou menos (para indivíduos com um ano ou mais de escolaridade) – sugestivo de *déficit* cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência).

ANEXO B – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

ANEXO C – Autorização para uso do MAT

http://bmail.uol.com.br/main/print_message?uid=MTc3NjM&folder=INBOX



● **Re: solicitação de permissão**

De: Luisa Lima
Para: daianeporto
Assunto: Re: solicitação de permissão
Data: 25/09/2013 15:53

Cara Daiane,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.
Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie corretamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças, 1*, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

No dia 25 de Setembro de 2013 às 15:48, daianeporto <daianeporto@bol.com.br> escreveu:

Bom dia,

Meu nome é Daiane Porto Gautério (Rio Grande, RS - Brasil). Estou formulando meu projeto de doutorado e trabalharei com a questão da adesão a terapêutica medicamentosa por idosos.
Gostaria de utilizar em meu trabalho o instrumento "Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)" o qual tive conhecimento através do artigo "Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos".
Solicito autorização para utilizar o instrumento.
Desde já agradeço e aguardo resposta.

Daiane Porto Gautério
Enfermeira da Prefeitura Municipal do Rio Grande
Especialista em Saúde da Família
Doutoranda em Enfermagem pela FURG

--

Luisa Pedroso de Lima
Professora Catedrática
Departamento de Psicologia Social e das Organizações
Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL

⚠ Lembre-se: sua senha de acesso no BOL Mail é secreta; não a informe a ninguém.
O BOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone. [Trocar senha](#).

ANEXO D – Parecer de aprovação do CEPAS



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 164/ 2013

CEPAS 87/2013

23116.006380/2013-17

ADESÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS EM
IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Pesq. Resp.: Silvana Sidney Costa Santos

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "ADESÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E FATORES RELACIONADOS EM IDOSOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório **final**: 01/12/2015.

Rio Grande, RS, 01 de novembro de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG


ANEXO E – Autorização do HU-FURG para realização da coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JR.

Declaração da instituição Co-participante:

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
Hospital Universitário


Assinatura e carimbo do responsável institucional”

Rio Grande, RS, 06 de novembro de 2013.