



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS APLICADAS À FARMÁCIA

FRANCIELE EMILY IAMAGUCHI

Estudo de utilização de medicamentos por idosos na comunidade

MARINGÁ
2010

FRANCIELE EMILY IAMAGUCHI

Estudo de utilização de medicamentos por idosos na comunidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências Aplicadas à Farmácia do Departamento de Análises Clínicas, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Biociências Aplicadas à Farmácia

Área de concentração: Biociências Aplicadas à Farmácia

Orientador: Jorge Juarez Vieira Teixeira

MARINGÁ
2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que
acreditaram em sua realização.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

Iamaguchi, Franciele Emily

111e Estudo de utilização de medicamentos por idosos na
comunidade / Franciele Emily Iamaguchi. -- Maringá, 2010.

43 f. : figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Juarez Vieira Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Análises Clínicas, Programa de Pós-Graduação em Biociências Aplicadas à Farmácia, 2010

1. Idoso - Saúde. 2. Idoso - medicamentos. 3. Farmacoepidemiologia - Idoso. 4. Terapia - Medicamentos. 5. Adesão - Terapêutica. 6. Atenção Primária Saúde - Medicamentos - Idoso. I. Teixeira, Jorge Juarez Vieira, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Biociências Aplicada à Farmácia. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Análises Clínicas. III. Título.

CDD 21.ed. 615.5071

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela paciência.

Aos meus pais Yuji e Maria Aparecida pelo amor e por sempre investirem e acreditarem em meus estudos, à minha irmã Kelly pelo incentivo e a toda minha família pelo apoio.

Aos meus dois amores Rafael e Cecília pela compreensão, pois em vários momentos estive ausente, mas mesmo assim sempre recebi todo o apoio para a execução deste trabalho.

À minha querida equipe de trabalho: Thaís Boni, Ana “Sorriso” C. Penariol, Vanessa Kaplum, Thamiris Rossini, Regina G. Daré, Suzén Dessoti, Natália C. Bender, Karine Lepre, Franciele V. Fabri, Bárbara Guedes e Rafaela Alves, pois sem vocês não teria conseguido.

Aos amigos Éryca D. A. Koslyk e Rafael Schuab Moreira pelos momentos de incentivo e alegria.

Aos meus pacientes que permitiram que entrássemos em suas vidas.

Ao Programa de Biociências Aplicadas à Farmácia pela oportunidade de execução deste estudo, em especial às suas funcionárias Lu e Olívia pela ajuda em todos os momentos.

E ao meu orientador Jorge pelo apoio, carinho e atenção e por ter acreditado em meu potencial desde o princípio.

EPÍGRAFE

Se você quer fazer do mundo um lugar
melhor, olhe para si mesmo, e então faça
uma mudança.

(Michael Jackson)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo determinar a taxa de adesão à terapêutica medicamentosa e verificar o grau de conhecimento do paciente idoso sobre a terapêutica prescrita. Trata-se de um estudo prospectivo, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Maringá, Paraná. Dos 97 pacientes que participaram do estudo a maioria foram mulheres, média de idade de 71,7 anos, com predomínio de baixa escolaridade. A média de medicamentos foi de 4,9, com frequência mais alta entre as mulheres. A maioria dos idosos utilizava medicamentos com ação sobre o sistema cardiovascular e sistema nervoso. A faixa etária de 70 anos e mais versus 4 e mais medicamentos, mostrou-se associada (OR=2,8; p=0,016). As variáveis de conhecimento da terapêutica mostraram-se associadas com a finalidade do medicamento (p=0,001) e informação sobre interação medicamentosa (p<0,001). A adesão esteve associada com receber informações (p=0,037) e conhecer a finalidade dos medicamentos (p=0,047). A taxa de adesão a terapêutica foi melhorada após a sexta intervenção. Os dados mostram que a adesão em parte pode estar vinculada ao empenho contínuo dos profissionais de saúde no fornecimento de informações.

Palavras chave: idoso, adesão a terapêutica, atenção primária em saúde, conhecimento, estudo prospectivo.

ABSTRACT

This study aimed to determine the rate of adherence to drug therapy and the degree of knowledge of elderly patients on prescribed therapy. This is a prospective study in a Basic Health Unit of Maringa, Parana. Of the 97 patients who participated in the study were mostly women, mean age 71.7 years, with prevalence of low education. The mean number of medications was 4.9, with higher frequency among women. Most of the patients used drugs that act on the cardiovascular system and nervous system. The age group 70 years versus four or more drugs, was associated (OR = 2.8, p = 0.016). The variables of knowledge of therapy were associated with the purpose of the medication (p = 0.001) and information on drug interaction (p <0.001). Adherence was associated with receiving information (p = 0.037) and know the purpose of medication (p = 0.047). The rate of adherence to therapy has been improved after the sixth intervention. The data show that adherence may be linked in part to the continued commitment of health professionals in providing information.

Key words: elderly, adherence to therapy, primary Health Care, knowledge, prospective study.

Dissertação elaborada e formatada conforme
as normas da publicação científica: *Cadernos
de Saúde Pública*

Disponível em:

<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	2
AGRADECIMENTOS	4
EPÍGRAFE	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
SUMÁRIO	11
CAPITULO I	10
O envelhecimento e os novos desafios da saúde	10
O paciente idoso e a adesão ao tratamento	11
Justificativa.....	12
Objetivos.....	13
Referências bibliográficas	14
CAPITULO II	19
Artigo: “Adesão ao tratamento e conhecimento da terapia medicamentosa por idosos, Sul do Brasil”	19
Introdução.....	21
Métodos	22
Organização e análise dos dados	25
Resultados.....	26
Discussão	31
Resumo	34
Referências	35
CAPITULO III	42
CONCLUSÕES	42

CAPITULO I

O envelhecimento e os novos desafios da saúde

A continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, permite estimar que para os próximos 20 anos a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população¹. Essas mudanças geram consequências em diversos níveis organizacionais que vão desde a família, até setores como a previdência social e a saúde, pois exige dos gestores uma elaboração de estratégias específicas a esse público.

Paralelamente às modificações observadas na população, deve-se considerar que, ao envelhecer, ocorrem mudanças fisiológicas importantes no organismo tornando-o susceptível a diversas doenças próprias da idade, sendo as mais significativas as chamadas crônico-degenerativas, além do aumento das chances de multiplicidade das patologias².

Como consequência desse quadro surgem tratamentos medicamentosos de longa duração e a polimedicação, os quais geram questionamentos, pois ainda não há um consenso sobre a partir de qual idade deve-se associar alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento e mudança no metabolismo das drogas³. Assim, a farmacoterapia dessa camada populacional se torna desafiadora.

Diversos estudos⁴⁻⁷ demonstram que mais de 80% dos idosos tomam no mínimo um medicamento diariamente, tais achados sugerem que esse é o grupo mais medicalizado da atualidade⁸.

O paciente idoso e a adesão ao tratamento

Outro fato relevante ainda não suficientemente explorado e esclarecido, diz respeito a adesão à farmacoterapia prescrita. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a adesão se define como a magnitude com que o comportamento de um paciente coincide com o aconselhamento do seu médico^{9,10}. Este termo expressa ainda a compreensão e cooperação do indivíduo, ou seja, um comportamento ativo no processo de planejamento e implantação do seu tratamento¹¹⁻¹³, e enfatiza a comunicação efetiva entre pelo menos duas pessoas, o paciente e o prestador de cuidados de saúde⁴. A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbidade e da mortalidade¹⁴⁻¹⁶.

Estima-se que a verdadeira taxa de adesão à medicação é de cerca de 50%¹⁴ e embora a não aderência repercuta em um grande impacto para a saúde do paciente idoso¹⁷, estudos revelam que apenas um em cada seis pacientes é capaz de manter os horários de administração^{18,19}. Os principais motivos apontados para a não adesão incluem efeitos adversos ou outros problemas relacionados com medicamentos tais como falta de informações²⁰⁻²², discordância sobre a necessidade de tratamento²³, polifarmácia²⁴⁻²⁶, baixa escolaridade^{27,28}, doenças assintomáticas como hiperlipidemia e hipertensão^{29,30}, o apoio social inadequado³¹⁻³³ e depressão³⁴.

Estudos afirmam que muitos destes motivos para não adesão podem ser evitados através do fornecimento de informações^{15,24,28,35}, e que entender o tratamento, especialmente quando o paciente faz uso da polifarmácia, auxilia no aumento da taxa de adesão^{15,36-38}. Além disso, informar a população é uma das formas de minimizar os riscos referentes a intoxicações, ocorrência de eventos adversos e propiciar melhor conhecimento e

enfrentamento das doenças por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde^{9,15,38}.

Justificativa

O aumento da longevidade e o crescimento da população idosa brasileira, vem despertar nos profissionais de saúde um preparo cuidadoso para o enfrentamento dos problemas relacionados ao envelhecimento do organismo e aos medicamentos prescritos. Esta informação nem sempre está disponível, pois idosos são geralmente excluídos de estudos clínicos.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso expõe o paciente a grandes riscos. A comunicação e a informação dos fármacos prescritos aos pacientes poderiam garantir resultados mais satisfatórios para terapia farmacológica uma vez que informar a população é uma das formas de minimizar os riscos referentes às intoxicações e ocorrências de eventos adversos.

O conhecimento sobre a enfermidade e a terapêutica pode proporcionar melhoria nas respostas dos sistemas fisiológicos. O conhecimento do grau de adesão da população idosa frente a tratamentos medicamentosos e o impacto da informação nessa taxa de adesão poderão atuar como elementos estratégicos para o planejamento em saúde coletiva.

Objetivos**Geral**

Conhecer a utilização de medicamentos por idosos da comunidade.

Específicos

Determinar a taxa de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita.

Verificar o conhecimento do paciente sobre a terapêutica instituída antes e após a intervenção.

Referências bibliográficas

1. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro:IBGE; 2002. 97p.
2. Nóbrega OT, Karnikowski M. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005 2(10);309-13.
3. Teixeira JJV, Lefevré F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. Rev. Saúde Pública. 2001 35; 207-13.
4. Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly : Focus on drug interactions and adherence in hypertension. Geriatric. 2009 25(2);221-33.
5. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro:Relume-Dumará/UERJ;1994.224p.
6. Chutka DS, Evans JM, Fleming KC, Mikkelsen KG. Symposium on geriatrics–Part I: drug prescribing for elderly patients. Mayo Clin Proc. 1995 70(7);685–93.
7. Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. American Heart Journal 2006 151(1);185-191.
8. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. Cad Saúde Pública. 2003 9(3);717-24.

9. Organización Mundial de la Salud. Educación pública sobre el uso de los medicamentos: una necesidad creciente. *Bol de Medic Esenc.* 1994 18; 1-6.
10. Mann DM. Resistant disease or resistant patient: Problems with adherence to cardiovascular medications in the elderly. *Geriatrics.* 2009 64(9);10-5.
11. Midence K, Myers LB. Adherence to treatment in medical conditions. London:Harwood Academic Publishers;1998.517p.
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986 24(1);67-74.
13. Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipert.* 2006 13(1);23-5.
14. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *J Am Med Assoc.* 1993, 270;742-44.
15. Ulfvarson J, Bardage J , C, Wredling A-Mr, Von Bahr C & Adami J. Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. *Journal of Clinical Nursing.* 2007 16;141–48.
16. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications. *JAMA.* 2002 288(22);2880-83.
17. Park JH, Shin Y, Lee SY, LeeIII S. Antihypertensive drug medication adherence and its affecting factors in South Korea. *International Journal of Cardiology.* 2008 128, 392–98.

18. Morrow D, Leirer V, Sheikh J. Adherence and medication instructions: Review and recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 1998 36;1147-60.
19. Urquhart J. Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clin Pharm*. 1994 27; 202–15.
20. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, Mann K&Burns S. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Canadian Family Physician*. 2002 48; 104–10.
21. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2001 51;615–22.
22. Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgraduate Medical Journal*. 1996 72;671–76
23. Haynes R.B., Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 (4);1-189
24. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo:Atheneu;2001.600p.
25. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drug Aging*, 2005 22(3);231-55.

26. Austin RP. (2006) Polypharmacy as a risk factor in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2006 19(1);13–6.
27. Murray MD, Wu J, Tu W, Clark DO, Weiner M, Morrow DG, Brater DC. Health literacy predicts medication adherence. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2004 75(2);76-9.
28. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Have TT, Roberts C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2009; 18;672–81.
29. Schroeder K., Fahey T. & Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004 (3);1-110.
30. Gold D.T., Alexander I.M. & Ettinger M.P. How can osteoporosis patients benefit more from their therapy? Adherence issues with bisphosphonate therapy. *Annals of Pharmacotherapy* 2006 40(6);1143–50.
31. Chia L.R., Schlenk E.A. & Dunbar-Jacob J. Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs and Aging*. 2006 23(3);191–202.
- 32 Gallant M.P. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior*. 2003 30(2);170-95.

33. . Berry SD, Quach L, Procter-Gray E, Kiel DP, Li W, Samelson EJ, Lipsitz LA, Kelsey JL. Poor adherence to medications may be associated with falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010 65A(5);553–58.
34. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*. 2000 160(14); 2101–07.
35. Lam PW, Lum CM, Leung MF. Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong. *Hong Kong. Med J*. 2007 13(4);284-92.
36. Patel I, Chang J, Shenolikar RA, Balkrishnan R. Medication adherence in low income elderly type-2 diabetes patients: A retrospective cohort study. *International Journal of Diabetes Mellitus*. 2010 2(2);122-24.
37. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, Hyun ST. Factors that affect medication adherence in elderly patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J*. 2010 34;55-65.
38. Chaves ES, Lúcio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2006 59;543-47.

CAPITULO II

**Artigo: “Adesão ao tratamento e conhecimento da terapia medicamentosa por idosos,
Sul do Brasil”**

**Adesão ao tratamento e conhecimento da
terapia medicamentosa por idoso, Sul do
Brasil**

Adherence to treatment and knowledge of drug
therapy by elderly people, Southern Brazil

*Franciele Emily Yamaguchi*¹

*Jorge Juarez Vieira Teixeira*¹

Abstract

This study aimed to determine the rate of adherence to prescribed medications and check the level of knowledge of elderly patients on prescribed therapy. This is a prospective study in a Basic Health Unit of Maringá, Parana. Of the 97 patients who participated in the study is to most women, mean age 71.7 years, with prevalence of low education. The average number of medications used was 4.88 and the frequency was higher among women. As for prescription drugs, most seniors who used the act on the cardiovascular system, nervous system and digestive system and metabolism. The variables of knowledge of therapy showed statistically significant differences between the average number of medications that patients knew in the pre and post intervention. The rate of adherence to prescribed therapy before the intervention

¹ Universidade Estadual de Maringá. Programa de Biociências Aplicadas à Farmácia.
Endereço para correspondência: Av. Colombo, 5790
franemily@hotmail.com

was low, a situation that was only enhanced after the sixth intervention, suggesting that adherence may be linked to the continued commitment of health professionals.

Introdução

Com o avanço da idade os indivíduos tornam-se, naturalmente, mais vulneráveis a uma série de doenças, especialmente as crônico-degenerativas, e a concomitância de patologias também é comum¹. Conseqüentemente surgem tratamentos medicamentosos de longa duração e a polimedicação².

Diversos estudos³⁻⁵ mostram que mais de 80% dos idosos tomam no mínimo um medicamento diariamente, sugerindo que essa faixa etária é o grupo mais medicalizado da atualidade⁶, podendo comprometer o sucesso da terapia medicamentosa prescrita. A não adesão ao tratamento, provavelmente a mais importante causa de insucesso da terapêutica, pode introduzir disfunções no sistema de saúde pelo aumento da morbidade e da mortalidade⁷⁻⁹. Pesquisas afirmam que muitos dos motivos para não adesão podem ser evitados através do fornecimento de informações⁸⁻¹².

No Brasil, segundo nossos conhecimentos nenhuma pesquisa com o método empregado neste estudo foi publicado nessa temática.

Inúmeros estudos brasileiros não prospectivos têm sido desenvolvidos em vários ambientes com níveis diferenciados de adesão: adesão de 58,2% em hospital público terciário universitário para pacientes de 18 anos e mais¹³ e de 88,5% para idosos¹⁴; adesão insatisfatória em pacientes hipertensos de 20 anos e mais em hospital público¹⁵; não adesão de 69,2% em pacientes idosos de comunidade¹⁶. Associação entre deixar de usar medicamentos prescritos por idosos nos últimos 15 dias e índice de complexidade terapêutica (até 4 medicamentos), mostrou frequência de 17,6% e para 5 ou mais, 26,7%¹⁷.

Os principais motivos apontados para a não adesão a farmacoterapia incluem efeitos adversos ou outros problemas relacionados com medicamentos tais como falta de informações¹⁸⁻²⁰; discordância sobre a necessidade de tratamento²¹; polifarmácia^{10,22,23}; baixa escolaridade^{24,25}; doenças assintomáticas como hiperlipidemia e hipertensão^{26,27}, apoio social inadequado²⁸⁻³⁰ e depressão³¹.

Estudo de seguimento na atenção primária com idosos para avaliar a influência de cuidados farmacêuticos e o uso de práticas de comunicação, proporcionou a otimização do uso de medicamentos, reduziu sintomas causados pelos medicamentos, e melhorou as condições de saúde dos pacientes³². Pesquisa desenvolvida para testar instrumento para a avaliação do nível de conhecimento da prescrição em adultos e idosos de 18 anos e mais, evidencia que o conhecimento dos medicamentos foi insuficiente para 50% dos usuários em uma Unidade de Saúde da família³³. Outra investigação destaca que apenas 18,7% dos pacientes com 16 anos e mais compreendiam integralmente a prescrição médica³⁴.

Considerando a crescente importância do uso racional de medicamentos entre idosos e a necessidade de se adotarem estratégias que promovam a adesão ao tratamento, o presente estudo teve como objetivo determinar a taxa de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita e verificar o grau de conhecimento do paciente sobre a terapêutica instituída.

Métodos

Trata-se de um estudo prospectivo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Maringá, Paraná, no período de dezembro de 2009 a agosto de 2010.

Dos 330 pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da UBS Vila Esperança 138 atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; usar ao menos dois medicamentos prescritos e residir na área de cobertura da UBS Vila Esperança. A população final que concordou e assinou o termo de consentimento livre esclarecido foi 97 pacientes (Figura 1).

Inicialmente várias informações foram extraídas dos prontuários dos pacientes selecionados e complementadas no transcorrer do estudo. Os pacientes foram visitados mensalmente nos domiciliares durante nove meses por acadêmicos de farmácia, sempre pelo mesmo pesquisador e aplicado um questionário semi estruturado pré-testado. Durante a primeira visita foram coletados dados sobre as variáveis; hábitos de saúde; uso de serviços de saúde e a medicação utilizada. A partir da segunda visita o paciente foi informado de forma sistemática a respeito de seu tratamento medicamentoso e da doença referida e a taxa de adesão mensal foi verificada até a nona visita.

As variáveis independentes estudadas foram: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda individual (em salários mínimos), isolamento social, recebe ajuda para tomar os medicamentos, participação em reuniões do grupo hiperdia/serviço de saúde, usa de chá, tabagismo, dieta (conforme recomendação médica) número de medicamentos, prática de automedicação, sente-se melhor após recebimento de informações e se conhece a finalidade dos medicamentos prescritos. Quanto as Variáveis de desfecho foram, adesão a terapêutica prescrita e conhecimento.

O uso do serviço de saúde foi avaliado considerando se o paciente frequentava grupos de atendimento a idosos do programa HIPERDIA do Ministério da Saúde. O programa

consiste em um sistema que cadastra e acompanha hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e que realiza reuniões periódicas nas quais os pacientes são orientados por profissionais acerca de suas doenças e medicações.

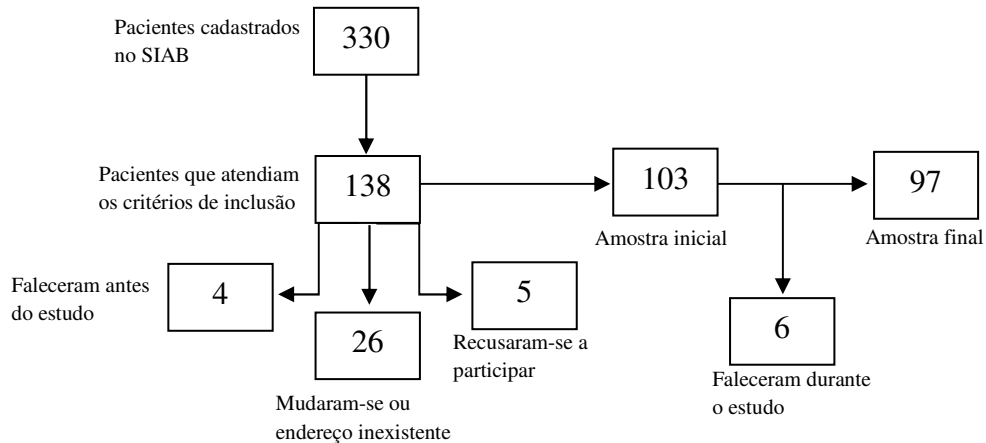


Figura 1. Caracterização da amostra de pacientes atendidos na UBS da Vila Esperança, Sul do Brasil, 12/2009 a 8/2010.

A partir da segunda visita foi avaliado o conhecimento sobre as doenças e os medicamentos prescritos verificando se o paciente conhecia os problemas do não tratamento de sua(s) doenças(s); se desejaria saber mais sobre as mesmas; se sabia da finalidade do medicamento que utilizava (para a doença específica); se foi informado sobre a existência de possíveis interações medicamentosas; e se estava satisfeito com a terapêutica instituída. Na última visita o paciente foi questionado pontualmente se, após receber informações sobre os medicamentos prescritos e da doença, sentia alguma diferença em relação a sua saúde e se conhecia a finalidade dos medicamentos prescritos.

Para a determinação da taxa de adesão medicamentosa foi utilizado o teste de Morisky et al³⁵, tendo como parâmetro para a não adesão, uma taxa inferior a 80% de concordância. Quatro perguntas compõem o teste: “O senhor esqueceu-se de tomar alguma dose dos medicamentos para a sua doença este mês?”; “Foi impossível para o senhor tomar os medicamentos para a sua doença nas horas indicadas?”; “Quando o senhor se sente melhor, o senhor pára de tomar os medicamentos para a sua doença?”; “Se algum desses medicamentos lhe faz mal o senhor pára de tomar?”. Assim, para ser aderente, o paciente deve responder afirmativamente as quatro perguntas, pois a discordância em uma destas questões leva a uma taxa de 75% de concordância e para Morisky et al³⁵ esse valor não é considerado adesão. Foram calculadas as taxas individuais e a média de adesão coletiva de todos os pacientes.

Organização e análise dos dados

Quanto aos medicamentos utilizados pelos pacientes, utilizou-se a classificação pelo sistema anatômico terapêutico químico (ATC)³⁶.

Os dados foram tabulados no Software Epiinfo 3.5.1 e as análises estatísticas foram realizadas no software Stata 9.0®. O teste do qui-quadrado foi aplicado para comparação de proporções e teste t de *Student* pareado para amostras dependentes, na fase pré e pós intervenções, com a significância estatística para $p \leq 0,05$.

Questão ética

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, em 05/09/2008 (Nº. 442/2008).

Resultados

Entre os 97 idosos pesquisados, 65,0% eram do sexo feminino, média de idade de 71,7 anos (DP=7,0), amplitude de 60 a 97, predomínio de baixa escolaridade (91,8%) e baixa renda (95,9%). A maioria dos entrevistados mora com algum familiar (89,7%) e 56,7% possuem um companheiro, porém, embora não vivessem sozinhos, apenas 25,8% recebiam ajuda para fazer uso dos medicamentos. Sobre os hábitos de saúde a maioria participava do grupo HIPERDIA (81,5%), não utilizava chás medicinais (90,7%), não fumava (92,8%) e seguia a dieta recomendada pelo médico (87,6%). A faixa etária de 70 anos e mais versus uso elevado de medicamentos (4 e mais), apresentou associação com risco um risco de 2,8 (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre polifarmácia (4 medicamentos e mais) e características sociodemográficas e hábitos de 97 pacientes idosos atendidos em Unidade Básica de Maringá – PR – 12/2009 a 8/2010.

Variáveis independentes	N	%	Medicamentos		OR*	95% IC*	P
			<4	≥4			
Sexo							
Masculino	34	35,0%	14	20	1		0,229
Feminino	63	65,0%	18	45	1,7	0,72 -4,19	
Faixa etária							
<70	32	33,0	27	5	1		0,016
≥70	65	67,0	59	6	2,89	1,17-7,17	
Situação marital							
Sem companheiro	42	43,3	17	27	1		0,292
Com companheiro	55	56,7	15	38	0,62	0,26- 1,46	
Escolaridade (em anos)							
≤4	89	91,8	28	61	1		0,319
>4	8	8,2	4	4	0,45	0,10-1,96	
Renda per capita (salário mínimo)							
≤3	93	95,9	30	63	1		0,504
> 4	4	4,1	2	2	0,47	0,06-3,54	
Isolamento social							
Mora só	10	10,3	1	9	1		0,109
Mora com alguém	87	89,7	31	56	4,98	0,60- 41,17	
Recebe ajuda para tomar os medicamentos							
Não	72	74,2	26	46	1		0,280
Sim	25	25,8	6	19	0,55	0,19-1,57	
Participa do Grupo HIPERDIA							
Não	18	18,5	5	13	1		0,626
Sim	79	81,5	27	52	0,74	0,23- 2,29	
Uso de chá diariamente							
Não	88	90,7	30	58	1		0,512
Sim	9	9,3	2	7	0,55	0,10-2,82	
Tabagismo							
Fumante	7	7,2	1	6	1		0,314
Não fumante	90	92,8	31	59	0,31	0,03-2,75	
Dieta (recomendação médica)							
Não	12	12,4	3	9	1		0,563
Sim	85	87,6	29	56	0,64	0,16 2,56	

* OR (*odds ratio*) e IC (Intervalo de confiança). Teste do Qui-quadrado

A média de medicamentos prescritos foi de 4,8 (DP=2,5) e o consumo médio das mulheres foi superior ao dos homens (5,2/4,2).

As variáveis de conhecimento (Tabela 2) mostraram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na fase pré e pós intervenção quanto a finalidade do medicamento prescrito e receber informação sobre interação medicamentosa.

Tabela 2. Média e Desvio padrão das variáveis de conhecimento de 97 pacientes idosos, segundo variável de desfecho conhecimento no grupo pré e pós intervenção, Sul do Brasil, 12/2009 a 8/2010.

Variáveis	Grupo		P
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Problemas se não tratar a doença	0,82 ± 0,38	0,84 ± 0,36	0,158
Deseja saber mais sobre a doença	0,56 ± 0,50	0,55 ± 0,49	0,566
Finalidade do medicamento	3,16 ± 1,84	3,67 ± 1,53	0,001
Informação sobre interação	0,26 ± 0,44	0,87 ± 0,33	<0,001
Satisfação do tratamento	0,90 ± 0,29	0,90 ± 0,29	1,000

*Significância para $p \leq 0,05$. Teste t *Student* pareado para amostra dependente

Em relação à distribuição dos pacientes segundo as variáveis independentes e de desfecho, os resultados mostraram que quando o paciente afirmou sentir-se melhor após obter informações ($p=0,037$) ou conhecer a finalidade de todos os medicamentos prescritos ($p=0,046$) a adesão aumentou (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre adesão e características sociodemográficas e hábitos de 97 pacientes idosos atendidos em Unidade Básica de Maringá – PR – 12/2009 a 8/2010.

Variáveis independentes	N	Adesão		OR*	95% IC*	P
		Não	Sim			
Sexo						
Masculino	34	11	23	1		0,946
Feminino	63	20	43	0,97	0,40-2,38	
Faixa etária						
<70	38	13	25	1		0,706
≥70	59	18	41	1,18	0,49- 2,82	
Situação marital						
Sem companheiro	42	11	31	1		0,298
Com companheiro	55	20	35	1,61	0,67-3,88	
Escolaridade (em anos)						
≤4	89	28	3	1		0,759
>4	8	58	8	0,78	0,19-3,15	
Renda (salário mínimo)						
≤3	93	63	30	1		0,124
> 4	4	1	3	0,16	0,02-1,59	
Isolamento social						
Mora só	10	4	6	1		0,575
Mora com alguém	87	27	60	0,68	0,18-2,59	
Recebe ajuda para tomar os medicamentos						
Não	72	24	48	1		0,641
Sim	25	7	18	1,29	0,47-3,49	
Reuniões do Hiperdia						
Não	18	5	13	1		0,698
Sim	79	26	53	0,78	0,25-2,43	
Uso de chá diariamente						
Não	88	27	61	1		0,424
Sim	9	4	5	0,55	0,13-2,22	
Tabagismo						
Não	90	30	60	1		0,345
Sim	7	1	6	3	0,34-26,06	
Segue dieta recomendada						
Não	12	1	11	1		0,060
Sim	85	30	55	0,17	0,02-1,35	
Medicamento						
2-3	32	8	24	1		0,314
≥4	65	23	42	0,24	0,23-1,69	
Automedicação**						
Não	60	17	43	1		0,161
Sim	33	5	28	2,21	0,73-6,68	
Sente-se melhor após receber informações						
Não	15	9	6	1		0,037
Sim	82	25	57	0,29	0,09-0,91	
Conhece a finalidade de todos os medicamentos						
Não	48	20	28	1		0,047
Sim	49	11	38	0,41	0,16-0,97	

* OR (odds ratio). IC (Intervalo de confiança) **Quatro pacientes não forneceram informação.

Foram identificados 75 princípios ativos prescritos nos 97 pacientes deste estudo e dentre os grupos de medicamentos mais prescritos, de acordo com a classificação anatômica (Nível 1) e terapêutica (Nível 2) da ATC⁴⁰, destaca-se que os medicamentos mais utilizados atuam sobre o sistema cardiovascular (38,7%), seguidos do sistema nervoso (18,7%) e o aparelho digestivo e metabolismo (16%).

Tabela 4. Distribuição de medicamentos utilizados por 97 pacientes idosos, segundo a classificação anatômico terapêutico químico (ATC), Sul do Brasil, 12/2009 a 8/2010.

Medicamento	ATC	N	%
Sistema Cardiovascular	C	29	38,7
Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	C09	5	17,3
Diuréticos	C03	5	17,3
Terapêutica cardíaca	C01	4	13,8
Betabloqueadores	C07	3	10,3
Bloqueadores dos canais de cálcio	C08	3	10,3
Vasoprotetores	C05	3	10,3
Outros	C02-C04-C10	6	20,7
Sistema nervoso	N	14	18,7
Psicoanalépticos	N06	6	42,8
Antiparkinsonianos	N04	2	14,2
Outros	N02-N03-N05	6	42,8
Aparelho digestivo e metabolismo	A	12	16,0
Medicamentos usados na diabetes	A10	7	58,3
Outros	A02-A12-A1	5	41,7
Sistema músculo-esquelético	M	8	10,6
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	M01	6	75,0
Outros	M03-M05	2	25,0
Outros	B-H-I-P-R-S	12	17,9
Total de medicamentos prescritos		75	100,0

Morisky et al³⁵ relatam que a adesão ocorre quando a taxa do teste é superior a 80%, sendo que este índice foi alcançado após a sexta intervenção (80,6%) que ocorreu somente na sétima visita domiciliar (Figura 2). Inicialmente 42,27% dos entrevistados eram considerados aderentes ao tratamento, e ao final este índice aumentou 68,04%.

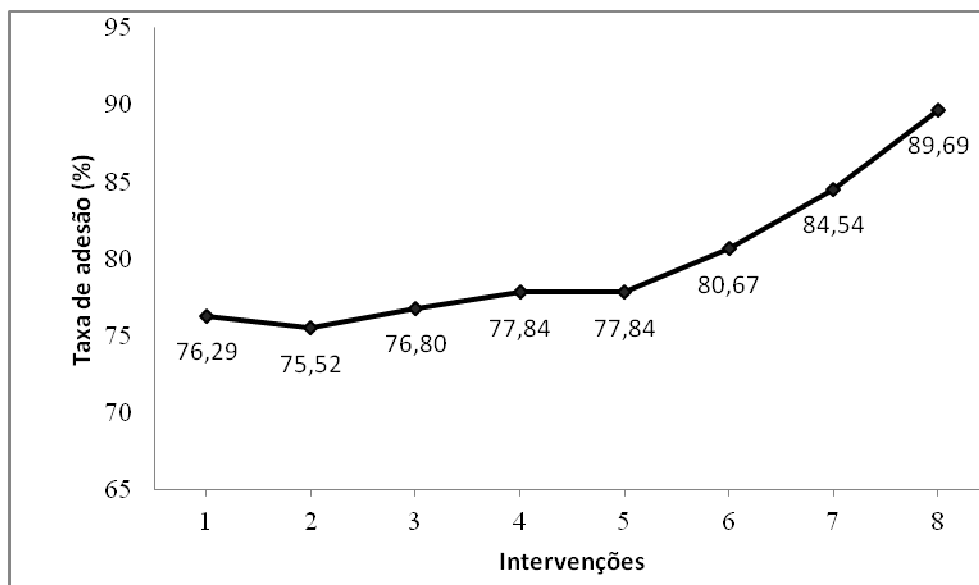


Figura 2. Taxa de adesão mensal (%) dos 97 idosos, Sul do Brasil, 12/2009 a 8/2010.

Discussão

Estudos realizados no Brasil relataram médias de fármacos por pessoa que variam de 3,2 a 4,0 concomitantemente^{5,6,37}. A média observada no presente trabalho foi superior àquelas encontradas nos estudos, pois como critério de inclusão foi considerado o uso de no mínimo dois medicamentos simultaneamente, o que aumenta a média final de consumo do

estudo. Entretanto, essa média elevada deve ser considerada em termos de adesão, pois a prática da polifarmácia é constantemente apontada como fator para diminuição da adesão^{28-30,37}.

Este estudo evidenciou que o consumo de medicamentos tende a crescer com o avanço da idade, e quando considerado apenas pessoas com mais de 70 este crescimento se intensifica, o que converge com resultados sugeridos por outros estudos^{25,38,39}. Com o envelhecimento ocorre o aumento do número de patologias além de complicações decorrentes de doenças crônicas²³, porém a adesão não aumenta nessa proporção o que expõe os idosos a agravos como a possibilidade de reações adversas, intoxicações e piora do estado de saúde²⁷.

Outro resultado que corrobora com diversos estudos foi a maior frequência das mulheres no uso de medicamentos⁴⁰⁻⁴², fato que pode estar relacionado com a maior expectativa de vida da mulher decorrente da proteção cardiovascular propiciada pelos hormônios femininos; menor consumo de tabaco e álcool, além da maior procura por assistência médica^{7,38}.

Como conseqüência de diversos fatores, incluindo o próprio envelhecimento, os idosos apresentam dificuldades em relação à terapêutica instituída^{11,12,18-31}. Os resultados apresentados neste trabalho são relevantes, destacando que, após as intervenções, os pacientes acima de 60 anos melhoraram o nível de conhecimento acerca da finalidade de seus medicamentos e das interações medicamentosas. O monitoramento da prescrição e a educação necessária aos usuários previnem problemas relacionados aos medicamentos, além de realçarem resultados terapêuticos e econômicos para o usuário e para a sociedade³³. Os achados mostram que o esforço dos profissionais em fornecer educação continuada pode refletir na compreensão da terapêutica^{21,25}.

Após as intervenções educativas mensais observou-se um aumento progressivo na taxa de adesão dos pacientes idosos. Esse aumento parece estar diretamente relacionado ao fato dos pacientes sentirem-se melhor após receber informações sobre suas doenças e terapêuticas e conhecerem a finalidade de seus medicamentos. Estas características também foram apontadas na literatura como contribuintes diretos para a adesão, especialmente para o paciente que faz uso da polifarmácia^{28,30,31,39, 43,44}. Ao entender a dinâmica das suas doenças e a finalidade de seu tratamento o paciente idoso parece que aceita melhor a concomitância dos fármacos, e pode desfazer mitos relacionados ao uso de medicamentos.

Paralelamente, a informação propicia melhor enfrentamento das doenças por favorecer a promoção do auto cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde^{27,41-47}. Isso pode ser observado ao verificar que a grande maioria dos idosos afirmou que se sente melhor em relação a sua saúde após conhecer mais sobre o tratamento.

A não adesão não deve ser unicamente encarada como consequência da falta de informação, pois se trata de um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de um conjunto de dimensões que incluem questões sociais, fatores econômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, fatores relacionados com a condição dos pacientes e à terapia prescrita⁴⁸. Dessa forma, estudos que integrem as causas da não adesão e a intervenção dos profissionais de saúde devem ser realizados de forma multicentro para maior clareza desta problemática.

Como reflexo do fato das doenças cardiovasculares serem mais prevalentes¹⁸ a classe terapêutica cardiovascular foi a mais frequente entre os entrevistados, perfil este constantemente apresentado em estudos envolvendo idosos^{1,18,37,40}.

Algumas limitações devem ser consideradas nesta investigação. Quanto ao tamanho da amostra e à perda de pacientes que podem implicar em limitações nas análises. Além do fato que todo inquirido domiciliar ao utilizar procedimento sistemático pode estar sujeito a vícios por parte dos entrevistadores. Outra questão diz respeito ao viés de informação fornecido pelo entrevistado, pois idosos muitas vezes tem dificuldades de lembrar-se à respeito das doses administradas. Apesar dessas limitações o estudo apresenta importantes contribuições para a farmacoepidemiologia na atenção primária em saúde.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo determinar a taxa de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita e verificar o grau de conhecimento do paciente idoso sobre a terapêutica prescrita. Trata-se de um estudo prospectivo, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Maringá, Paraná. Dos 97 pacientes que participaram do estudo a maioria consiste em mulheres, média de idade de 71,7 anos, com predomínio de baixa escolaridade. A média de medicamentos consumidos foi de 4,88 e a frequência foi mais alta entre as mulheres. Quanto aos medicamentos prescritos, a maioria dos idosos utilizava os que atuam sobre o sistema cardiovascular, sistema nervoso e o aparelho digestivo e metabolismo. As variáveis de conhecimento da terapêutica evidenciaram diferenças estatisticamente significativa entre a média do número de medicamentos que os pacientes conheciam no período pré e pós intervenção. A taxa de adesão à terapêutica prescrita antes da intervenção mostrou-se baixa, situação que só foi melhorada após a sexta intervenção, o que parece indicar que a adesão possa estar vinculada ao empenho contínuo dos profissionais de saúde.

Palavras chave: idoso, adesão a terapêutica, conhecimento.

Referências

1. Nóbrega OT, Karnikowski M. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 2(10):309-13.
2. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55(8):809-17.
3. Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly: Focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Geriatric*. 2009; 25(2):221-33.
4. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro:Relume-Dumará,Universidade Estadual do Rio de Janeiro;1994.
5. Chutka DS, Evans JM, Fleming KC, Mikkelsen KG. Symposium on geriatrics–Part I: drug prescribing for elderly patients. *Mayo Clin Proc*. 1995; 70(7):685–93.
6. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saúde Pública*. 2003; 9(3):717-24.
7. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *J Am Med Assoc*. 1993; 270:742-44.
8. Ulfvarson J, Bardage J, C, Wredling A-Mr, Von Bahr C & Adami J. Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16:141–48.

9. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications. *JAMA*. 2002; 288(22):2880-83.
10. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo:Atheneu;2001.
11. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Have TT, Roberts C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2009; 18:672–81.
12. Lam PW, Lum CM, Leung MF. Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2007; 13(4):284-92.
13. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Cienc Farm*. 2006; 42(4):575-84.
14. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc.Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3507-15.
15. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3):332-40.

16. Rocha CHR, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, DeCarli GA, Morrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc.Saúde Coletiva*. 2008; 13:703-10.
17. Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein CH, Rozenfeld S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(4):468-74.
18. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, Mann K&Burns S. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Canadian Family Physician*. 2002; 48:104–10.
19. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2001; 51:615–22.
20. Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgraduate Medical Journal*. 1996; 72:671–76
21. Haynes R.B., Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2008; (4):1-189.
22. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?. *Drug Aging*. 2005; 22(3):231-55.

23. Austin RP. Polypharmacy as a risk factor in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2006; 19(1):13–6.
24. Murray MD, Wu J, Tu W, Clark DO, Weiner M, Morrow DG, Brater DC. Health literacy predicts medication adherence. *Clin Pharm Therapeutics* 2004; 75(2):76-9.
25. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Have TT, Roberts C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2009; 18:672–81.
26. Schroeder K., Fahey T. & Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2004; (3):1-110.
27. Gold DT, Alexander IM, Ettinger MP. How can osteoporosis patients benefit more from their therapy? Adherence issues with bisphosphonate therapy. *Annals of Pharmacotherapy* 2006; 40(6):1143–50.
28. Chia LR, Schlenk EA, Dunbar-Jacob J. Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs and Aging*. 2006; 23(3):191–202.
29. Gallant M.P. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education Behavior*. 2003; 30(2):170-95.

30. Berry SD, Quach L, Procter-Gray E, Kiel DP, Li W, Samelson EJ, Lipsitz LA, Kelsey JL. Poor adherence to medications may be associated with falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65(5):553–58.
31. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*. 2000; 160(14): 2101–07.
32. Lyra Jr DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pela IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Education and Counseling*. 2007; 68:186–92.
33. Fröhlich SE, Pizzol TSD, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(6):1046-54.
34. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39(2):203-30.
35. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986; 24(1):67-74.

36. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Norway:Who;2010.
37. Mann DM. Resistant disease or resistant patient: Problems with adherence to cardiovascular medications in the elderly. *Geriatrics*. 2009; 64(9):10-5.
38. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13:229-38.
39. Park JH, Shin Y, Lee SY, Lee S. Antihypertensive drug medication adherence and its affecting factors in South Korea. *International Journal of Cardiology*. 2008; 128:392–98.
40. Teixeira JJV, Lefevré. F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35:207-13.
41. Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(2):180-8.
42. Filho AIDL, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12):2657-67.

43. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, Hyun ST. Factors that affect medication adherence in elderly patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J.* 2010; 34:55-65.
44. Lam PW, Lum CM, Leung MF. Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2007; 13(4):284-92.
45. Chaves ES, Lúcio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59:543-47.
46. Caspersen CJ; Powell KE; Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness. *Public Health Reports.* 1985; 100(2):126-31.
47. Flores LM; Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(6):924-9.
48. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.

CAPITULO III

CONCLUSÕES

O número de publicações acerca dos idosos aumentou significativamente nos últimos anos, acompanhando as modificações demográficas que revelam um aumento progressivo dessa faixa etária em todo o mundo, inclusive no Brasil. Por outro lado, o número de estudos encontrados sobre adesão a farmacoterapia em idosos não segue o mesmo crescimento.

Os dados do presente estudo indicam que a maioria da população idosa entrevistada não adere à prescrição médica (42,27%). Entretanto, após o fornecimento de informações sobre a medicação utilizada e doenças diagnosticadas foi possível promover o aumento da taxa de adesão (68,04%).

Apesar do uso contínuo de medicamentos os pacientes acima de sessenta anos tem dificuldades de compreensão sobre a terapêutica prescrita, além de não conhecerem fatores relacionados às interações medicamentosas, contudo após o fornecimento de informações, além na taxa de adesão, a maioria dos pacientes afirma que conhecer mais sobre seus medicamentos e sobre a terapêutica instituída faz a diferença em sua saúde, melhorando a qualidade de vida destes, pois a saúde auto referida exerce um impacto considerável sobre a saúde do paciente.

A partir disso, o envolvimento de toda equipe de saúde na condução de programas que auxiliem o idoso no seguimento da terapia medicamentosa torna-se fundamental tanto para a identificação de possíveis problemas que possam estar interferindo na sua adesão à prescrição

como também para a conscientização acerca de uma farmacoterapia responsável. Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde envolvidos desenvolvam um relacionamento colaborador com o paciente, para que o idoso se sinta à vontade para relatar com fidedignidade sua conduta.

A condução de tais programas inclui a definição de estratégias para a prescrição e para a orientação ao paciente. A primeira envolve avaliar a real necessidade de prescrição, procurando-se reduzir ao máximo a complexidade do regime posológico, e, quando possível, utilizar apresentações com associações medicamentosas. Um outro aspecto a considerar é a identificação de multiuso de medicamentos pelo idoso. Para tanto, o médico pode contar com a colaboração da equipe de saúde no sentido de averiguar se o paciente é usuário de polifarmácia.

No que se refere ao aspecto da orientação, o farmacêutico pode contribuir informando aos pacientes sobre sua patologia e os medicamentos a serem administrados. A orientação, que pode ser tanto verbal como por escrito, inclui instruções sobre o modo correto do uso, possíveis efeitos adversos, interações medicamento-medimento e alimento, atitude a tomar no caso de esquecimento de doses, alertas quanto aos riscos da automedicação e da interrupção prévia do tratamento.

O farmacêutico ao detectar algum problema com a terapia farmacológica prescrita, ou mesmo de dificuldade de adesão, deve entrar em contato com o médico para discutir uma possível intervenção. A falta de adesão à prescrição médica, além de incidir em custos desnecessários, prejudica a resposta do paciente frente ao tratamento proposto. Os prejuízos para o paciente vão desde o agravamento da patologia até, em situações extremas, o óbito. Neste contexto, por meio do estabelecimento de medidas interventoras, reunindo-se os

esforços da equipe de saúde, tem-se o intuito de conscientizar o paciente idoso quanto à importância da sua adesão à prescrição, contribuindo-se assim com sua qualidade de vida.