

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

**Análise das condições do uso de
medicamentos por idosos atendidos em
ambulatório de hospital universitário**

Cris Renata Grou Volpe

Ribeirão Preto

2007

Cris Renata Grou Volpe

**Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em
ambulatório de hospital universitário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas
na área de concentração Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Grou-Volpe, Cris Renata

Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário. Ribeirão Preto, 2007.

139 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP - Área de Concentração: Saúde na comunidade.

Orientador: Ruffino Netto, Antonio.

1.Idoso. 2. Uso de medicamentos. 3. Adesão ao tratamento

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cris Renata Grou Volpe

Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas na área de concentração Saúde na Comunidade.
Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, **Daniel**, pelo carinho, estímulo, paciência e apoio. Você tem sido um grande companheiro, amigo e confidente.

Ao meu amado pai, **Luiz Renato**, e minha querida mãe, **Lélia**, que, com muito amor e sacrifício, tornaram possível meu sonho de ser enfermeira. Sei o quanto sofreram e lutaram para que eu pudesse estudar e ter um futuro brilhante. Obrigada por tudo.

Ao meu irmão, **Mateus**, pela torcida durante a elaboração deste trabalho, por me ensinar muito sobre a vida e a verdade sobre a simplicidade da felicidade.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, força maior que me traz paz e serenidade em todos os momentos difíceis de minha vida, serei sempre sua seguidora...

Aos **pacientes**, razão deste estudo, pelo consentimento em contribuir e pela confiança na equipe de trabalho. Espero contribuir para um Sistema de Saúde mais justo. Que Deus lhes abençoe...

Ao **Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto** por ter acreditado em meu potencial e aceitado ensinar-me e orientar-me. Terei sempre a lembrança de sua responsabilidade, competência e profissionalismo. Sem sua orientação, este trabalho não teria o mesmo valor.

Aos **professores do Programa de Mestrado Saúde na Comunidade**, pela sabedoria e conteúdo científico das aulas. Vocês me despertaram para Saúde Pública.

Ao **Prof. Dr. Antonio Dorival Campos**, pelas sugestões e apoio.

A **Profa. Dra. Silvia Cassiani** que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

A **Carol, Mônica, Regina e Solange**, funcionárias do Departamento, pela paciência, atenção e colaboração, também contribuíram para realização deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Jr.**, pelo auxílio valioso durante a interpretação estatística dos dados. Sempre paciente e atencioso.

Ao CEMEQ em especial ao **Emílio A.C. Barros**, pelo auxílio com a organização dos dados e análise estatística.

Aos **residente de Clínica médica e Geriatria**, que tiveram paciência na minha presença no ambulatório durante a coleta de dados.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Ferrioli**, pelas críticas e sugestões, quando este trabalho ainda era um projeto, e por possibilitar a realização da pesquisa.

As **minhas amigas** Flávia e Rachel, pelo apoio, oportunidade e preciosa amizade.

Ao **Departamento de Medicina Social**, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

Aos **amigos e chefia** do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto – Clínica médica pelo apoio, compreensão e carinho.

EPÍGRAFE

“De repente a vida começou a impor-se, a desafiar-me com seus pontos de interrogação, que se desmanchavam para dar lugar a outros. Eu liquidava esses outros e apareciam novos”.

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

Página

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Transição Demográfica.....	23
1.2 Transição Epidemiológica.....	27
1.3 Uso de medicamentos por idosos.....	29
1.4 Adesão ao tratamento farmacológico.....	38
1.5 Características do município de Ribeirão Preto.....	43
1.6 Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP- USP).....	44
2. JUSTIFICATIVA.....	47
3. OBJETIVOS.....	48
3.1 Objetivos Gerais.....	48
3.2 Objetivos Específicos.....	48
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1 Tipo de estudo.....	49
4.2 População.....	49

4.3 Critérios de inclusão.....	49
4.4 Variáveis estudadas.....	50
4.5 Amostragem	53
4.6 Coleta de dados.....	54
4.7 Aspectos Éticos.....	58
4.8 Análise dos dados.....	59
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	60
5.1 Características demográficas da população estudada.....	60
5.2 Respostas obtidas quanto às condições do uso de medicamentos em geral.....	70
5.3 Respostas obtidas no Teste Morisky e Green (TMG), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Índice de atividades de vida diária de Barthel.....	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
8. ANEXOS.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Divisão etária da população de Ribeirão Preto, IBGE, 2001.....	44
Tabela 2: Distribuição dos pacientes idosos segundo local de residência, HCFMRP-2006.....	60
Tabela 3: Distribuição dos pacientes idosos segundo grupo etário e sexo, HCFMRP-2006.....	61
Tabela 4: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo estado civil em relação ao sexo HCFMRP- 2006.....	63
Tabela 5: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo ocupação HCFMRP-2006.....	64
Tabela 6: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo escolaridade HCFMRP-2006.....	65
Tabela 7: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo escolaridade em relação ao sexo HCFMRP-2006.....	65
Tabela 8: Distribuição dos idosos entrevistados segundo renda em salários mínimos (SM), HCFMRP-2006.....	67
Tabela 9: Distribuição dos idosos entrevistados em relação com quem residem, HCFMRP-2006.....	68
Tabela 10: Distribuição dos idosos entrevistados segundo os locais das farmácias onde os pacientes adquirem seus medicamentos, HCFMRP-2006.....	71
Tabela 11: Distribuição do local da farmácia onde os pacientes adquirem seus medicamentos, HCFMRP-2006.....	72
Tabela 12: Distribuição dos locais das farmácias onde os pacientes adquirem os medicamentos em relação à renda familiar HCFMRP-2006.....	73

Tabela 13: Distribuição do tempo em que os pacientes utilizam os medicamentos, HCFMRP - 2006.....	74
Tabela 14: Distribuição dos pacientes que fazem uso dos medicamentos com ou sem prescrição médica, HCFMRP- 2006.....	75
Tabela 15: Distribuição dos medicamentos mais freqüentes sem prescrição utilizados pelos idosos entrevistados, HCFMRP- 2006.....	76
Tabela 16: Distribuição das classes terapêuticas mais freqüentes entre os medicamentos sem prescrição utilizados pelos idosos HCFMRP- 2006.....	77
Tabela 17: Distribuição dos pacientes que utilizam ou não medicamento sem prescrição em relação à renda familiar, HCFMRP- 2006.....	79
Tabela 18: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo gastos financeiros para compra dos medicamentos, HCFMRP-2006.....	80
Tabela 19: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo gastos financeiros para compra dos medicamentos em relação à renda, HCFMRP-2006.....	81
Tabela 20: Distribuição do local da farmácia onde os idosos adquirem os medicamentos em relação ao gasto financeiro para a compra do medicamento, HCFMRP-2006.....	83
Tabela 21: Distribuição dos medicamentos prescritos mais utilizados pelos pacientes, HCFMRP-2006.....	84
Tabela 22: Distribuição das classes terapêuticas mais freqüentes entre os medicamentos prescritos utilizados pelos idosos, HCFMRP-2006.....	86
Tabela 23: Distribuição dos diagnósticos mais freqüentes na amostra de idosos entrevistados, HCFMRP-2006.....	88

Tabela 24: Distribuição dos diagnósticos por sistemas correspondentes mais freqüentes entre os idosos entrevistados, HCFMRP-2006.....	90
Tabela 25: Distribuição da quantidade de medicamentos prescritos para cada paciente, HCFMRP-2006.....	91
Tabela 26: Distribuição da quantidade de diagnósticos por paciente, HCFMRP-2006.....	94
Tabela 27: Distribuição dos idosos entrevistados em relação às respostas do TMG, HCFMRP-2006.....	96
Tabela 28: Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto à escala de Depressão Geriátrica, HCFMRP-2006.....	98
Tabela 29: Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto à escala de atividades de vida diária de Barthel, HCFMRP-2006.....	99
Tabela 30: Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), HCFMRP-2006.....	101
Tabela 31: Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) segundo as escolaridades, HCFMRP-2006.....	102
Tabela 32: Distribuição das respostas obtidas no TMG em relação aos índices de depressão obtidos com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), HCFMRP-2006.....	104
Tabela 33: Distribuição das respostas obtidas no TMG em relação aos índices de atividades de vida diária obtidos com a Escala de Barthel, HCFMRP-2006.....	104

Tabela 34: Distribuição das respostas obtidas no TMG em relação às respostas obtidas no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), HCFMRP-2006.....	105
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios definidos para o grau de adesão no Teste Morisky e Green.....	51
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	ácido acetilsalisílico
AGER	Ambulatório de geriatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	Anatomical Therapeutical Classification
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividades de vida diária
CEMEQ	Centro de Métodos Quantitativos
DAC	Doença arterial coronariana
DRGE	Doença do Refluxo Gastresofágico
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
GEAD	Ambulatório de geriatria alta dependência
GERI	Ambulatório de triagem geriatria
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFM-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imonodeficiência Humana
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IRC	Insuficiência renal crônica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental

MET	Metabolismo
OM	Osteomuscular
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PRM	Problemas relacionados a Medicamentos
RAM	Reações adversas a medicamentos
R\$	reais, moeda brasileira
®	Marca do fabricante
SCV	Sistema cardiovascular
SGI	Sistema gastrintestinal
SM	Salário Mínimo
SN	Sistema nervoso
SUS	Sistema único de saúde
TMG	Teste Morisky e Green

RESUMO

GROU-VOLPE, C.R. **Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário**. 2007. 139p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O envelhecimento é inevitável, a população brasileira está envelhecendo, fazendo necessário um sistema que direcione as questões que surgem com esta situação. O presente estudo, uma investigação epidemiológica descritiva, inquérito prospectivo, teve como objetivo estudar as condições do uso de medicamentos em pacientes, com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos em ambulatório de um hospital universitário de Ribeirão Preto-SP, bem como avaliar a adesão desses pacientes ao tratamento farmacológico. Foram entrevistados 127 pacientes que utilizavam medicamento domiciliar do ambulatório de geriatria do referido hospital, aleatoriamente, 79,5% pertenciam ao sexo feminino, com idade média de 75,37 anos e 32,3% analfabetos. Houve predominância dos casados com 45,7% e viúvos 45,7% e aposentados 69,3%, com predominância também da baixa renda familiar 39,3%, renda de 2 salários mínimos. O grupo estudado fazia uso em média de 6,5 medicamentos por dia, a maioria dos pacientes adquiriam seus medicamentos no posto e complementavam com a farmácia. Os pacientes tinham, em média, 6,6 diagnósticos por cada um, demonstrando a complexidade dos entrevistados. O Teste Morisky e Green foi utilizado para mensurar a adesão individual ao tratamento farmacológico, sendo que do total de 127 entrevistados, 55 % esqueciam de tomar seus medicamentos, enquanto 36 % se descuidavam do horário, 81 % não tomam

quando se sentiam bem e ainda, 64,6 % deixavam de tomar, caso os medicamentos faziam mal. Quando utilizado o Critério 1, obtivemos uma adesão de 47%, e ao Critério 2, uma adesão de 22%. Foram consideradas as atividades de vida diária (AVD), avaliadas pela aplicação da Escala de Barthel de AVD, sendo que 91,3% apresentam grau leve de dependência, a Escala de depressão geriátrica (EDG) foi aplicada nos pacientes e os índices de depressão encontrados na população estudada foram um tanto preocupantes, 60% dos pacientes tinham sintomas depressivos, dos quais 24% apresentavam sintomas de depressão grave. Quanto aos resultados do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), 63% dos pacientes estavam com alterações cognitivas significantes. Foi possível relacionar os índices de adesão com os resultados obtidos na EDG, MEEM e Barthel, e concluiu-se que, enquanto mais presente os sintomas de depressão e as alterações cognitivas menor a adesão, bem como quanto maior a independência, avaliada pela escala de AVD de Barthel, maior a adesão. O processamento dos dados foi efetuado pelo programa EXCEL e SAS. Os dados apresentados evidenciam que a adesão ao tratamento farmacológico é um padrão de comportamento individual, que reflete nas crenças, medos, danos causados pela doença e vantagens do tratamento farmacológico. Também se identificou necessidade de estratégias que visem racionalizar o uso de medicamentos em idosos para melhoria de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: idoso; uso de medicamentos; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

GROU-VOLPE, C.R. **Analyzing the conditions of medication use by elderly patients assisted at a university hospital.** 2007. 139p. Dissertation (Masters in Medical Sciences) – Department of Social Medicine; Ribeirao Preto Medical School, University of Sao Paulo.

Aging is inevitable. The Brazilian population is aging and, thus, there is a growing need for a health system that addresses the issues related to this situation. The present study is a descriptive epidemiologic survey, a prospective inquiry. The objective is to study the conditions of medication use in elderly patients (60 years or more), who were assisted at the out clinic of a university hospital in the city of Ribeirao Preto (SP, Brazil). The study also aimed to evaluate patient compliance to the pharmacological treatment. Random interviews were carried out with 127 patients who used home medication from the geriatrics out clinic of the referred hospital. Patients were mostly women (79.5%), with an average age of 75.37 years, and 32.3% were illiterate. Most were widowed (45.7%) and retired (69.3%). Family income was low for most patients (39.3%), that being of 2 minimum wages. The studied group took, in average, 6.5 medications per day, and most patients received their medication from the health unit and supplemented any additional need at a regular drugstore. Patients were rather complex, with an average of 6.6 diagnosis each. The Morisky and Green test was used to measure compliance to the pharmacological treatment, and revealed that 127 patients (55 %) forget to take their medication, 36 % did not pay close attention to the hours, 81 % did not take the medication when feeling healthy, and 64.6% stop taking their medication if it makes

them feel sick. When Criterion 1 was used, compliance was 47%, whereas for Criterion 2 it was 22%. Daily life activities (DLA) were taken into consideration and evaluated in order to administrate the Barthel DLA scale, and 91.3% presented low degree of dependence. The geriatric depression scale (GDS) was administered and the rates for the studied population were rather alarming: 60% of the patients were considered as symptoms depression, with 24% presenting serious depression symptoms. Regarding Mini-Mental State (MMS) results, 63% of the patients presented significant cognitive deficit. Compliance rates were related to the results from GDS, MEEM, and Barthel. It is concluded that compliance decreases as the rates for depression and cognitive deficit increase. Moreover, higher independence rates (evaluated by Barthel DLA scale), were obtained for higher compliance. Data were processed using EXCEL and SAS. It is evidenced that that compliance to pharmacological treatment is an individual behavior pattern, which reflects on the beliefs, fears, harms caused by the disease, and to the advantages of the treatment. It was also observed that there is a need for strategies that aim to rationalize medication use in the elderly so quality of life can be enhanced.

Keywords: elderly; medication use; treatment compliance

1. INTRODUÇÃO

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60. O aumento da população idosa vem sendo associado com a transição demográfica e com a melhoria das condições de vida; essas transições afetam significativamente e de forma direta a estrutura etária da população. (CHAIMOWICZ, 1997). Tais observações são também corroboradas pelos estudos dos autores KALACHE; VERAS; RAMOS, (1987); CHAIMOWICZ, (1997); PASCHOAL; SALLES; FRANCO, (2005); SPERANZINI; DEUTSCH, (2005); IBGE, (2000).

A Organização mundial da Saúde – OMS – define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz distinção quanto ao local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Estima-se que, no ano de 2006, a população brasileira com mais de 60 anos seja da ordem de 17,6 milhões de habitantes. A sua participação no total da população nacional mais do que dobrou nos últimos 50 anos: passou de 4%, em 1940, para 8,6% em 2000 (CAMARANO, 2006).

Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por aproximadamente 15% da população brasileira no ano de 2025, ou seja, o Brasil passará da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos idosos, completando 30 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos (CAMARANO, 2006; CHAIMOWICZ, 1997).

O envelhecimento da população mostra uma alteração importante na distribuição dos grupos etários na população brasileira, estreitando,

progressivamente, a base da pirâmide populacional (CHAIMOWICZ, 1997; IBGE, 1997 e 2000).

O Brasil saiu de uma realidade onde, no início do século XX, tinha uma distribuição de grupos etários com 44,4% da população na faixa de zero a quatorze anos, 52,3% na faixa de quinze a cinquenta e nove anos, apenas 3,3% com sessenta ou mais anos de idade. Eram 575 mil brasileiros idosos, para uma população de 17,4 milhões (PASCHOAL, 1996).

Os dados mais recentes do Censo 2000, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a faixa etária que registrou o maior crescimento, em uma década, foi a de pessoas com 80 anos de idade ou mais. De 166 mil pessoas, em 1940, passou para quase 1,8 milhão em 2000 (CAMARANO, 2006).

O processo de envelhecimento populacional permite caracterizar o fenômeno das chamadas Transições Demográfica e Epidemiológica, descritas a seguir.

1.1 Transição demográfica

A transição de uma população jovem para uma envelhecida é a chamada Transição Demográfica, que se deu originalmente na Europa, onde a fecundidade declinou marcadamente, muito antes de qualquer método anticoncepcional científico estar disponível. Fruto do desenvolvimento social, gerado pela revolução industrial, no século XIX, houve uma diminuição gradual nos índices de mortalidade, uma queda na taxa de fecundidade e, conseqüentemente, ao envelhecimento da população (RAMOS, 2002).

Na América Latina e no Brasil, a mesma iniciou mais tardiamente e de forma mais rápida, principalmente, a partir da segunda metade do século XX, perfazendo um período de 50 anos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Ramos e Goihman (1989) afirmam que o principal fator determinante da queda na natalidade parece ser o processo de urbanização e industrialização, que, em maior ou menor intensidade, tem afetado todos os países. Continua descrevendo que a urbanização facilita o acesso à educação, à saúde e a programas de planejamento familiar. Esses dois processos incorporam a mulher à força de trabalho, reduzindo a disponibilidade para o cuidado dos filhos. Além disso, as condições de moradia e de trabalho fazem com que as famílias sejam por fim menores.

Para Papaléo Netto (1996) a esperança de vida, ou expectativa de vida, é um dos indicadores mais importantes de saúde. O aumento da expectativa de vida de uma população é naturalmente decorrente das condições de vida e de trabalho, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que anteriormente (KALACHE, VERAS; RAMOS, 1987). É também fruto da escolaridade e nível de atendimento de saúde oferecido a essa população.

No Brasil, o aumento da expectativa ocorreu, essencialmente, por meio de algumas modificações ocorridas no setor da saúde, como a implantação de campanhas de vacinação e a incorporação de um arsenal tecnológico nos grandes hospitais. Entre 1991 e 2004, a expectativa de vida do brasileiro aumentou em quatro anos. Para as mulheres a esperança de vida saltou de 70,9 para 75,5 anos e para os homens de 63,2 para 67,9 anos (IBGE, 2005).

A Transição Demográfica foi sistematizada didaticamente por Kalache, Veras e Ramos (1987), em quatro estágios. O primeiro é caracterizado por alta fecundidade, alta mortalidade, principalmente na infância, baixa expectativa de vida e alto percentual de população jovem. O segundo é quando a mortalidade começa a cair, de início, principalmente, à custa da queda da mortalidade infantil, porém, permanece com a taxa de fecundidade alta, o que faz elevar a taxa de crescimento populacional e, por conseguinte mais crianças sobrevivem até idades maiores, aumentando o número de jovens na população. No terceiro estágio, a fecundidade diminui, a mortalidade continua a cair, também entre os grupos etários mais velhos, apresentando aumento da porcentagem de adultos jovens, começando a mostrar crescimento no percentual de idosos e redução de crianças e jovens, em decorrência da queda de nascimentos. No quarto estágio, a fecundidade é muito baixa e as taxas de mortalidade, em quase todos os grupos etários, continuam a cair, o que faz reduzir o percentual de jovens e provocar um aumento contínuo de idosos.

O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde. No bojo desse processo, o delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário (COELHO FILHO; RAMOS, 1999; GRI et al., 1999). Nestes casos, observa-se que o maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos, quando as prioridades das políticas públicas estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população.

As necessidades físicas, sociais e psicológicas do idoso são, em geral, complexas e exigem uma abordagem interdisciplinar (ÂNGELO, 2000). Nesse contexto, faz-se necessário uma rede de atenção primária melhor adaptada as realidades de nossa população, com uma equipe multidisciplinar capaz de lidar efetivamente com a problemática do idoso e, que o aspecto preventivo seja algo a ser desenvolvido. A atuação dessa equipe pode ajudar a manter a capacidade funcional do idoso por um tempo maior, prolongando sua vida útil na comunidade, conservando sua autonomia e qualidade de vida (RAMOS, 2002).

A promoção de saúde e prevenção de doenças são fatores importantes a serem considerados quando se refere ao cuidado com idosos. Políticas de saúde que deixem os idosos mais ativos, motivados e inseridos na sociedade são fundamentais para que os mesmos preservem suas capacidades funcionais e vivam com qualidade de vida.

Os dados do Censo 2000 mostraram o envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2002), o que é considerado pela demografia como um sinal de desenvolvimento. Entretanto, o aumento da ocorrência de determinados grupos de agravos, entre os quais as causas externas (os traumas, acidentes e violências), doenças crônicas, além da falta de estrutura dos serviços públicos para atender esta população específica, devem ser artefato de preocupação entre os profissionais da área da saúde.

1.2 Transição Epidemiológica

A Transição Epidemiológica é um processo que foi descrito por Omran (1996), o qual é caracterizado pela transição de uma situação com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas para uma outra onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônicas não transmissíveis. Este autor afirma que, na medida em que ocorria o desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, melhorando as condições de vida, trabalho e saúde, processava-se uma substituição do padrão de morbimortalidade, com diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, permitindo maior sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas, com aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Para o setor de saúde, o primeiro impacto que o envelhecimento populacional traz é a mudança importante nas causas de morbi-mortalidade. As doenças infecto-contagiosas cedem lugar às doenças crônicas, não transmissíveis, como causa líder de mortalidade (PAPALÉO NETTO, 1996). Estas doenças crônicas, comuns nas idades mais avançadas, estão se tornando, progressivamente, mais prevalentes no país e como não são devidamente controladas, suas complicações abarrotam as salas de emergências e os hospitais nos serviços de saúde.

São exemplos de complicações as seqüelas do acidente vascular cerebral (AVC) e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes *Mellitus* e a dependência determinada pela demência, tipo Alzheimer (Chaimowicz, 1997).

Os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado, equipe multiprofissional, equipamentos e exames complementares (VERAS, 2003).

O envelhecimento populacional, aliado à mudança no estilo de vida, acabará trazendo consigo uma quantidade considerável de doenças crônicas e degenerativas nas próximas duas décadas.

No Brasil, apresenta-se inegável que a Transição Epidemiológica esteja ocorrendo com características diferentes de outros países, inclusive entre as diversas regiões desse imenso país.

Se, por um lado, a região centro-sul apresenta o perfil das doenças típicas dos países desenvolvidos, as regiões mais pobres, como norte e nordeste, além de conviverem com doenças características da situação de pobreza, destacando-se as parasitoses, a desnutrição e a tuberculose, já vêm apresentando, dentro de seu perfil epidemiológico, a ascensão das doenças não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares. Ficando assim as doenças crônicas associadas às infecciosas.

Lessa (1999) avaliou a tendência de evolução dos coeficientes de mortalidade das doenças cerebrovasculares no Brasil e constatou que existe um rápido aumento na região nordeste e apontou um início de declínio para a região sul do país.

Feliciano (2004) apresenta as queixas mais freqüentes entre os idosos, que têm gerado demandas para os serviços de saúde, como sendo: fadiga, perda de peso, cefaléia, distúrbios do sono, alterações psíquicas, tonturas, síncope, quedas, alterações auditivas, dispnéia, alterações urinárias, alterações digestivas e queixas osteoarticulares. Esta autora informa, ainda, que as doenças mais comuns entre os idosos são: síndromes mentais e comportamentais, aterosclerose, cardiopatias, hipertensão arterial, vasculopatias, afecções pulmonares e diabetes *Mellitus*.

No Brasil, 300 mil pessoas por ano morrem, em razão de doenças cardiovasculares, 12 milhões possuem hipertensão arterial, 4.5 milhões são diabéticos, das quais dois milhões não sabem que são portadores da doença, e 410 mil sabem que são portadores e não buscam o tratamento ou tratam de forma irregular. Estudos brasileiros têm demonstrado que, entre idosos, a maioria (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, como a hipertensão e o diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A população que envelhece no Brasil vive uma realidade em que suas principais fontes de renda são as aposentadorias e pensões, dentro dessa importante desigualdade social os idosos não encontram amparo adequado no serviço público de saúde e previdência, motivo pelo qual acumulam seqüelas de doenças, desenvolvem incapacidades, perdendo autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

Verificando e analisando as condições dos idosos no Brasil, pode-se idealizar como está o atendimento público de saúde a esses idosos, ao tratamento das suas enfermidades e, principalmente, o uso de medicamentos.

1.3 Uso de medicamentos por idosos

O envelhecimento de nosso organismo é inevitável e irreversível, a população brasileira está envelhecendo, portanto, faz-se necessário um sistema de orientação para direcionar as questões que surgem com essa situação. Com a tecnologia avançada a cada dia, tornando a vida das pessoas muito mais fácil e prática, o sedentarismo começa a tomar conta da rotina dos idosos e as doenças surgem com mais facilidade, entre as quais se apresentam os distúrbios degenerativos que

comprometem a qualidade de vida. Estas e outras colocações justificam a necessidade do uso de medicamentos em pessoas cada vez mais frágeis pela idade e pelo modo de vida.

Os idosos chegam a constituir 50% dos usuários de medicamentos. Por conseguinte, é comum encontrar, em suas prescrições, dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundâncias (uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica) e medicamentos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas aos medicamentos, algumas delas graves e fatais (MOSEGUI et al., 1999).

Segundo Rozenfeld (2003), o uso de medicamentos varia conforme a idade o sexo, as condições de saúde além de outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica.

Individual ou comunitariamente, envelhecimento significa mudanças biológicas, econômicas e sociais que criam incapacidades físicas e mentais e aumentam a morbidade e a mortalidade. Essas circunstâncias provocam a constante observação na prática clínica de idosos sob efeito de vários fármacos simultaneamente. Conceituando-se a polifarmácia como a utilização de dois ou mais medicamentos de uso contínuo por períodos acima de 240 dias ao ano, é freqüente o relato de percentuais acima de 40% de populações idosas abrangidas por esse conceito. Embora importante mercado consumidor, pacientes em idades mais avançadas são normalmente excluídos de amplos estudos farmacológicos (GORZONI; PASSARELI, 2006).

Os idosos são afetados por inúmeros problemas de ordem biopsicossocial, em especial, os que causam impacto no sistema de saúde e na previdência social. É comum nesta fase o surgimento de múltiplas doenças, aumento da incidência de

afecções agudas, o decréscimo das condições socioeconômicas e o consumo de quantidades consideráveis de medicamentos. Fatos que poderiam ser minimizados por meio de implantação de políticas que favorecessem a promoção de saúde.

A prescrição do idoso deve considerar, além das peculiaridades da farmacocinética e da farmacodinâmica desta faixa etária, os custos e as dificuldades em se obter adesão ao tratamento. São exemplos os déficits de memória e as dificuldades para distinguir e manipular diversos comprimidos por pacientes, com distúrbios visuais e osteoartrite. Se o uso, mesmo correto de múltiplas drogas, em idosos aumenta a incidência de efeitos colaterais e interações medicamentosas, o uso inadequado frequentemente provoca complicações graves (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Almeida et al. (1999), as classes de medicamentos prescritos mais freqüentemente para idosos são: 32% cardiovasculares e 24% para transtornos neuropsiquiátricos. Entre as drogas não psicotrópicas, os anti-hipertensivos são os medicamentos mais consumidos, por 32,6% dos pacientes. Os autores ainda completam que 41% dos idosos avaliados por eles consumiam mais do que 3 medicamentos, enquanto 10,9% utilizavam 5 ou mais drogas por dia.

No Brasil, milhões de prescrições geradas anualmente, nos serviços públicos de saúde, não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação, administração e utilização correta e eficiente dos medicamentos. Isto justifica a demanda pelos serviços clínicos, de níveis mais complexos, diminuindo a relação custo/efetividade dos tratamentos, onerando de forma desnecessária os gastos com saúde e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, as prescrições inadequadas ou mesmo ilegíveis, aliadas ao baixo nível socioeconômico-cultural dos pacientes brasileiros, são fatores relevantes na

exposição das várias camadas que compõem a sociedade, em especial, idosos e crianças, aos possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRM) (MEINERS; BERGSTEN-MENDES, 2001; SANO et al., 2002).

O incremento das prescrições nessa faixa etária, seja pela presença de múltiplas doenças, seja por despreparo do médico para instituir um esquema terapêutico racional, pode levar a duas situações quase idiossincráticas: a polifarmácia e a iatrogenia (ROLLASON; VOGT, 2003). A polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos um fármaco desnecessário, num rol de prescrições supostamente necessárias e pode ocasionar: não adesão, reações adversas, erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com a saúde. A iatrogenia se configura pelo efeito patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

Por outro lado, os benefícios da farmacoterapia não estão distribuídos homogeneamente entre as camadas sociais, pois o acesso aos medicamentos segue desigualdades sociais e econômicas, sendo que, entre os idosos, aumenta a fatia dos não-assistidos (ROZENFELD, 2003).

Inquestionáveis são os efeitos benéficos dos medicamentos, bem como que os problemas podem ocorrer com qualquer fármaco, mais da metade das iatrogenias sofridas pelos pacientes idosos tem relação com a terapêutica. A reação adversa a medicamentos (RAM), principal tipo de iatrogenia, é definida como a resposta nociva e não intencional ao uso de um medicamento que ocorre em associação a doses normalmente empregadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças e para modificação de uma função fisiológica, excluídos os casos de falha terapêutica. Apesar de a maioria apresentar grau leve ou moderado, pouco mais de um terço corresponde a reações sérias, que põem a vida em risco,

prolongam a internação ou são a causa da internação ou provocam seqüelas permanentes ou significativas (GORZONI; PASSARELI, 2006).

A idade do paciente constitui fator importante para o aparecimento das reações adversas. Nas crianças o processo de maturação não está concluído e no idoso há modificações fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento. Nestes últimos, os processos patológicos são mais graves e por isso é necessário recorrer a terapêuticas mais agressivas. A existência de mais de uma doença predis põem os idosos a interações medicamentosas de vários fármacos que agem concomitantemente num organismo em que os processos farmacocinéticos de absorção, distribuição, metabolização e excreção estão alterados (RISSATO, 2005).

As interações medicamento-medimento podem ser definidas como uma resposta, farmacológica ou clínica, que ocorre devido à administração de uma combinação de medicamentos, sendo esta resposta diferente do efeito esperado dos fármacos quando atuam isoladamente. Esse fenômeno, que ocorre quando os efeitos farmacodinâmicos e farmacocinéticos são alterados pela introdução de um outro fármaco, pode ocorrer por antagonismo, sinergismo ou idiosincrasia (RISSATO, 2005).

Em nosso cotidiano presenciamos na administração de medicamentos um tratamento deficitário ao idoso, haja vista as peculiaridades que envolvem sua prática, seja pelo despreparo dos familiares, da equipe médica, farmacêutica ou da equipe de enfermagem, seja pela dificuldade do paciente idoso no contato com o profissional da saúde.

Há evidências de que com o aumento da idade são comuns os erros de auto-administração dos medicamentos, causados pelas alterações de memória, visão e destreza manual, somando-se a isso a difícil compreensão das informações contidas

nas embalagens e das fornecidas pelos profissionais prescritores e dispensadores, em razão, principalmente, do curto período de atendimento (TEIXEIRA; SPÍNOLA 1998).

Tais acontecimentos causaram incômodo significativo, despertando para sua importância e gerando indagações quanto ao que poderia ser feito para a sua não ocorrência. Dessa forma, percebe-se, ser necessário melhorar a administração de medicamentos, proporcionar orientações quanto ao uso adequado, cuidado, interações dos medicamentos, bem como fornecer motivação para autocuidado, processo de educação, utilização de estratégias ensino-aprendizagem, aplicando, efetivamente, a comunicação do paciente e a verbalização dos seus problemas.

A equipe interdisciplinar, políticas de saúde bem estruturadas, com foco em promoção de saúde, que considere a educação em saúde ponto essencial, são aspectos a serem pensados com o objetivo de melhorar o uso de medicamentos por idosos.

O enfermeiro pode ser identificado como um elemento de confiança no compartilhamento dos problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Na maioria das vezes, os pacientes desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas, também, de alguém que amenize sua ansiedade.

É, também, de inteira responsabilidade do enfermeiro a educação e atualização da equipe de enfermagem, da família e do paciente perante às funções desenvolvidas pelos mesmos em suas práticas, tanto no que concerne à temática administração de medicamentos quanto a sua responsabilidade para com a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em sua totalidade.

Quanto ao farmacêutico e ao enfermeiro, estes têm para o paciente idoso uma importância relevante na condução da terapêutica prescrita (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2001).

O enfermeiro, assim como o farmacêutico, são os profissionais responsáveis pelas orientações e treinamentos dos pacientes e familiares para o uso de medicamentos contínuos, devendo se responsabilizarem pelos problemas ocorridos com seus pacientes.

Salienta-se, ainda, que para proporcionar uma administração de medicamentos segura, faz-se necessário que o idoso ou familiar responsável esteja munido de conteúdo teórico-prático, bem como suporte assistencial e, ainda, de orientações necessárias para o esclarecimento de qualquer dúvida que surja ou algum problema que possa ocorrer.

Aspectos importantes ocorridos com os pacientes, muitas vezes, não são observados pelo familiar; este em razão de suas atividades diárias e do trabalho, não consegue observar possíveis alterações ou efeitos provocados pelo tratamento medicamentoso a que os idosos são submetidos, logo, prejudicando-os.

Desta forma, levando-se em consideração os aspectos apresentados acima, o profissional de saúde e familiares somente percebem os problemas do idoso quando já estão em fase avançada.

Assim, acredita-se ser possível pensar em um serviço de saúde que conciliasse o tratamento com a participação dos idosos no processo. Deve-se ressaltar que, muitas vezes, os problemas apresentados pelos pacientes idosos poderiam ser sanados, caso a ênfase da saúde, neste país, fosse baseada na prevenção e educação em saúde.

É necessário que o tratamento destinado ao paciente idoso seja pautado pela qualidade, dedicação, apoio em seu momento de fragilidade, busca incessante da autonomia física, a participação ativa do idoso no processo e, que o mesmo expresse sua vontade (LOPES, 2000).

Há que se considerar que, muitas vezes, o paciente dessa faixa etária vive sozinho ou com outra pessoa, cônjuge ou filho em idade avançada também, igualmente passível de apresentar dificuldades na compreensão dos novos esquemas terapêuticos. Igual cuidado se impõe com cuidadores profissionais, visto que em muitos casos eles são leigos dispostos a auxiliar, sem formação técnica, adequada para isso (GORZONI; PASSARELLI, 2006).

Não devemos esquecer que o erro de medicação, seja ele qual for, prescrição, dose, diluição, horário entre outros, implica em riscos para um organismo que apresenta fragilidades. Embora a grande maioria dos erros de medicação não cause danos aos pacientes, os números absolutos elevam as estatísticas e se tornam grave problema de saúde pública (COHEN, 1999).

Em outros países, tradicionalmente, os farmacêuticos são profissionais adequados para orientar à respeito dos medicamentos prescritos e dispensados para os idosos, promovendo a Atenção Farmacêutica, mas esta é uma realidade nova no contexto brasileiro, ficando a cargo desses profissionais a colaboração com os demais profissionais da saúde e, principalmente, com o paciente, no planejamento, orientação e acompanhamento da farmacoterapia, avaliação de aspectos farmacêuticos e farmacológicos, podendo produzir resultados sanitários específicos (ANDRADE, 2004; LYRA JÚNIOR et al., 2006).

Atenção farmacêutica é o seguimento farmacoterapêutico documentado do paciente, visando à terapia efetiva, por meio da prevenção, detecção e resolução

dos problemas relacionados aos medicamentos, além da melhoria de sua qualidade de vida (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

Pacientes dessa faixa etária também apresentam tendência a automedicação, muitas vezes não relatada em avaliações mais superficiais, notadamente de fármacos sintomáticos como laxantes, analgésicos e antiinflamatórios (GORZONI; PASSARELLI, 2006). Acrescente-se a isso, vários fatores, entre eles a automedicação com produtos de venda livre ou aqueles indicados e fornecidos por pessoas próximas e a não adesão ao tratamento que aumenta com a idade (ARAÚJO, 1999).

Esse quadro pode ser agravado por alterações fisiológicas, tais como: a) redução da memória, da visão, da destreza manual; b) não acesso aos medicamentos; c) perda da capacidade de reserva funcional de órgãos vitais; d) deterioração do controle homeostático e e) alteração na velocidade e extensão de metabolização do fármaco, conseqüência na ação farmacológica (COUTINHO; SILVA, 2002).

Nesse contexto, o conhecimento da medicação utilizada e o modo como utilizá-la corretamente, por esse grupo específico, poderá representar uma ferramenta útil no estabelecimento de estratégias racionalizadoras que permitam o uso seguro dos medicamentos.

O assunto é, portanto, relevante, atual e incipiente em termos de políticas ações e pesquisas.

O sistema de medicação foi abordado anteriormente em investigações, entretanto uma questão não ficou respondida, qual seja a da magnitude das condições de uso de medicamentos por idosos no contexto familiar bem como a adesão destes idosos ao tratamento proposto.

Devemos lutar por uma outra visão da velhice no Brasil, em que o ser que envelhece seja reconhecido como cidadão pleno, capaz de exercer seus direitos.

1.4 Adesão ao tratamento farmacológico

Define-se por adesão a tratamentos crônicos como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo – uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, correspondem com as recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003; OSTENBERG; BLASCHKE, 2005). A utilização dos medicamentos em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo os horários de tomada, conhecimento das dosagens e o tempo do tratamento, é uma forma geral de definir adesão (WHO, 2003).

Verifica-se na literatura que várias terminologias são utilizadas indistintamente: adesão, aderência, observância, complacência, fidelidade, *compliance*. Mas a palavra que melhor representa o seguimento do tratamento proposto é “adesão” que seria o cumprimento das prescrições médicas (WHO, 2003). Considera-se a falta de adesão em torno de 40%, podendo chegar ao mais alto grau, que seria o abandono do tratamento (PIERIN, 2001).

O conceito “adesão à terapêutica” conta com uma vasta literatura, especialmente focando a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose, hipertensão ou em determinados grupos populacionais, como crianças e idosos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o

controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

De maneira geral, a adesão ao tratamento está relacionada com o reconhecimento do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento.

Pela importância do tema, inúmeras teorias que estudam a adesão ao tratamento foram desenvolvidas ao longo do tempo. Foram formuladas hipóteses desde as mais complexas até as mais simples sem, entretanto, terem sido esclarecidos, até o momento, os fatores que diferenciam o comportamento dos indivíduos, tornando-os mais ou menos fiéis às prescrições medicamentosas (JARDIM; JARDIM, 2006).

A adesão a terapêutica tem sido foco de várias pesquisas nos últimos anos e que, sem dúvida, tem se tornado um dos maiores problemas enfrentados na prática médica, pela sua complexidade. Cerca de 40 a 60% dos pacientes não fazem uso correto da medicação prescrita (HIGGINGS; REGAN, 2004). Precisamos verificar como é a adesão ao tratamento por parte de nossos idosos, para que estratégias sejam direcionadas a melhoria da situação constatada.

Ainda não há um consenso quanto ao que constitui uma taxa de adesão adequada, alguns ensaios consideram taxas acima de 80% aceitáveis, outros consideram taxas acima de 95% sejam ideais para adesão adequada, particularmente em pacientes portadores de HIV (WHO, 2003).

Apesar de ser frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão/não adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer conseqüências pessoais, sociais e econômicas (MARINKER; SHAW, 2003).

A doença pelo seu caráter eminentemente assintomático e crônico também, dificulta a adesão, conforme constatado por estudos analisando esses aspectos. No estudo de Gallup e Cotugno (1986), dos pacientes que abandonaram o tratamento, 46% adotaram este comportamento por se considerarem curados.

Estudos sobre adesão ao tratamento diferenciam-se por abordar os diversos fatores que determinam esse comportamento: o paciente, a doença, o tratamento e a relação profissional de saúde-paciente (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças da saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da gravidade da doença, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (PIERIN, 2001).

Estudos citam alguns fatores que podem interferir na adesão ao tratamento tais como: relacionados ao paciente (comportamento prévio de adesão, expectativa de eficácia, suporte social, conhecimento e compreensão do tratamento proposto, habilidades de realizar o tratamento, satisfação com o provedor e o cuidado

recebido), relacionado ao regime (complexidade e duração do tratamento), relacionados ao provedor (estilo de comunicação, atitude e habilidades de ensino) e fatores orientados pelo processo (facilidade de receber cuidado, como disponibilidade de consultas, tempo de espera distancia, custos e dificuldades com locomoção) (BURKE, 2004).

Dificuldades são encontradas para detectar problemas na adesão e menos fácil é mensurá-las. Muitos métodos são utilizados para avaliar a adesão ao tratamento, sendo os mais comuns a informação obtida do paciente, dos profissionais de saúde, dos familiares, diário do paciente, técnicas de contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica, monitorização eletrônica da medicação, técnicas bioquímicas com dosagem de fármacos no sangue e urina e composto traçador, os quais são muito caros e sofisticados, bem como estão fora do alcance da prática clínica (OIGMAN, 2006).

Os métodos para avaliar a adesão apresentam limitações. Os métodos diretos que incluem dosagens de fármacos são mais exatos, mais dispendiosos e pouco úteis em saúde pública. Quanto aos métodos indiretos, os quais apresentam mais aplicabilidade em saúde pública, o que se destaca é a entrevista estruturada, uma vez que pode ser utilizada em todos níveis de atenção, constitui o método mais comum e simples para avaliar a adesão à terapêutica. Não deixando de considerar que as entrevistas podem superestimar a adesão, pois o paciente pode ter intenção de agradar o entrevistador, omitindo sobre a adesão ao tratamento (VIEIRA, 2004).

A avaliação da adesão ao tratamento farmacológico foi realizada por meio do Teste Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986), que é constituído por quatro questões, de formato simples e de fácil entendimento.

Avaliações do comportamento de adesão dos pacientes são necessárias para o planejamento de um tratamento efetivo e eficiente. Porém, não existe método perfeito para mensurar o comportamento da adesão, mas estratégias têm sido citadas na literatura.

Muitas são as possibilidades para promover a participação do paciente no tratamento que incluem mudanças nas orientações, recomendações sobre os medicamentos e estilo de vida que são fáceis e baratas para serem realizadas na prática. A educação em saúde e a participação do paciente são fundamentais na obtenção de um tratamento eficiente.

Em resumo, poder-se-ia afirmar que as maiores barreiras à adesão ao tratamento seriam categorizadas como problema de comunicação médico paciente, custo e efeitos colaterais das drogas (OIGMAN, 2001).

Alguns aspectos do atendimento, como a facilitação do mesmo e a simplificação dos regimes terapêuticos, traduziram-se em melhor adesão, sem, no entanto, conseguir justificar completamente os casos em que havia falta de seguimento ao tratamento (SACKETT et al., 1975; DOMINO, 2005).

Quanto aos idosos, a sua adesão aos medicamentos prescritos constitui uma preocupação no campo da saúde pública, dada a possível ocorrência de reações adversas num organismo mais frágil, assim como a intoxicação medicamentosa, a cronicidade dos problemas de saúde apresentados e a iatrogenia. O não cumprimento adequado das prescrições tem inúmeras conseqüências negativas, se tornando risco para a saúde do idoso ou ainda, representando ônus econômico decorrente da necessidade de internação ou do período maior de sua duração.

Nesse contexto, os idosos, que apresentam dificuldades financeiras, físicas e sociais, teriam condição de cumprir com a terapêutica proposta.

Contudo, qual seriam as condições do uso de medicamentos por idosos no contexto domiciliar, pois, percebe-se na prática, que muitas vezes os idosos ficam sozinhos em casa, pois os familiares precisam trabalhar, razão pela qual se questiona se os pacientes que fazem tratamento ambulatorial usam adequadamente seus medicamentos em casa?

1.5 Características do município de Ribeirão Preto

A cidade de Ribeirão Preto surgiu em 1856, está situada na região norte do estado de São Paulo.

O município dispõe de uma área de 642 Km², com uma população de 504.923 pessoas, sendo 243.032 homens, 261.891 mulheres e aproximadamente 51.194 idosos. A zona urbana é de 274,08 Km² com uma população de 502.760 (IBGE, 2000).

A maior concentração etária da população está na faixa entre 10 a 19 anos de idade com 19% do total, seguida pela população de faixa etária entre 20 a 29 anos representando 18% da população. A população com mais de 60 anos de idade corresponde a aproximadamente 10% do total. A tabela 1 representa a divisão etária da população de Ribeirão Preto.

Tabela 1: Divisão Etária da População de Ribeirão Preto.

Faixa Etária (em anos)	Frequência relativa
0 a 9	16%
0 a 19	19%
20 a 29	18%
30 a 39	16%
40 a 49	13%
50 a 59	9%
60 a 64	3%
65 a 69	3%
70 a 74	2%
75 a 79	1%
80 e mais	1%

Fonte: IBGE, 2001

O sistema de saúde público possuía, em 2000, 35 unidades de saúde UBS e UBDS, contando, ainda, com 7 hospitais particulares, 7 filantrópicos e 3 hospitais públicos. O município está entre os primeiros do Brasil no ranking nacional na proporção médico por habitante. São 3 mil médicos, um para cada 160 habitantes.

A taxa de analfabetismo da população com 15 anos e mais era de 4,44%, abaixo da média do estado que era de 6,64%. A média de anos de estudo da população de 15 anos a 64 anos era de 8,48 anos, acima da média de anos de estudo do estado que era de 7,64 anos.

1.6 Ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)

O HCFMRP-USP trata-se de um centro de referência e excelência, que presta assistência complexa, o que valoriza a otimização dos resultados.

Atende a vários graus de complexidade nos níveis que se seguem:

ambulatorial, de internação, de procedimentos especializados e de urgência, oferecendo assistência tanto para prevenção e tratamento como para reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, além de serviços complementares de diagnóstico e tratamento, em diversas especialidades médicas. Possui como finalidade o ensino, pesquisa e assistência médico-hospitalar.

É uma entidade autárquica, caracterizada como hospital universitário, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), funciona em duas unidades, Campus e Unidade de Emergência totalizando uma área construída de 111.725,52m², sendo uma instituição de caráter público, considerada, em razão de sua capacidade (851 leitos), de grande porte.

O HCFMRP-USP possui um atendimento ambulatorial que contém mais de 333 consultórios/salas de atendimento disponibilizando um atendimento de 3000 pacientes diários não internados, por intermédio da realização de consultas médicas, exames diagnósticos e de acompanhamento e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Possui características de hospital regional e centro de excelência, atende a clientes oriundos de outras cidades da região em que se localiza, de regiões adjacentes, bem como de outros estados. Os pacientes são provenientes das mais diversas cidades do país, uma vez que se trata de um serviço de atendimento terciário com alta tecnologia.

Nos ambulatórios dos hospitais universitários brasileiros são atendidos pacientes com doenças de alta complexidade, de natureza crônica e que, não raramente, demandam tratamentos prolongados. Para o tratamento de algumas dessas doenças, os serviços públicos de assistência à saúde que estão integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) podem fornecer os medicamentos aos pacientes, utilizando-se de programas especiais (medicamentos essenciais ou de alto custo, de

liberação excepcional), que se baseiam em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas bem estabelecidas. Assim, o baixo grau de adesão ao tratamento ou a má utilização destes medicamentos pode, também, afetar a otimização do funcionamento do SUS e da utilização dos seus recursos.

A seleção da unidade ambulatorial geriátrica deveu-se à ocorrência do grande volume e complexidade dos pacientes atendidos que utilizam inúmeras especialidades farmacêuticas, bem como às características dos pacientes que requerem um grau elevado de cuidados domiciliares.

Existem três tipos de ambulatório geriátrico na instituição o Ambulatório de Geriatria Alta dependência (GEAD) que atende pacientes idosos com alto grau de cuidado domiciliar, Ambulatório de geriatria (GERI) que faz triagem dos pacientes a fim de verificar se serão ou não atendidos pela especialidade de geriatria e a qual ambulatório serão encaminhados, e o Ambulatório de geriatria (AGER) que atende pacientes idosos que não apresentam alto grau de dependência, previamente agendados que fazem acompanhamento médico na instituição descrita.

O presente estudo será desenvolvido no AGER, onde as terças-feiras, no período da tarde, são atendidos um total de 22 pacientes com capacidade funcional preservada, porém, com múltiplas comorbidades. Os pacientes que são acompanhados no ambulatório de geriatria, muitas vezes são procedentes de cidades vizinhas a Ribeirão Preto.

Os pacientes possuem cartão da instituição e comparecem ao ambulatório para suas consultas agendadas.

2 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, visto a magnitude do tema, percebe-se a necessidade de melhor entender, estudar, analisar o problema dos idosos que usam medicamentos, bem como suas particularidades, dificuldades e problemas enfrentados pelos pacientes e familiares.

O presente estudo poderá contribuir no direcionamento de práticas assistenciais, prescrição de medicamentos de modo mais racional, eficaz e confiável, que possibilite uma utilização de medicamentos mais segura e adaptada à realidade dos idosos, que viabilize a prevenção de riscos a uma população mais susceptível, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Medidas de promoção de saúde devem ser direcionadas a realidades dos idosos na comunidade, com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis a fim de reduzir o uso de medicamentos.

O estudo contribui desta maneira para que sejam traçadas diretrizes que resultem no uso adequado de medicamentos, destacando-se que a orientação por parte do profissional de saúde, a relação profissional de saúde-paciente e a educação sejam fatores transformadores da conduta da população frente ao uso de medicamentos.

Entende-se, portanto, que o estudo pode colaborar tanto pelos aspectos individuais quanto proporcionar melhores programas de saúde pública.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Estudar as condições do uso de medicamentos em pacientes, com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos em ambulatório de um hospital terciário, no município de Ribeirão Preto (SP).

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Analisar a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria do HCFMRP-USP do município de Ribeirão Preto (SP);

3.2.2 No grupo de participantes, descrever as seguintes variáveis: socioeconômicas, relacionadas aos hábitos de vida do entrevistado, às atividades de vida diária, uso de medicamentos em geral (quantidade de medicamentos, a ausência ou presença de condições de uso de medicamento, local da obtenção dos medicamentos, a quantidade e complexidade dos diagnósticos, relacionadas ao serviço de saúde), a índices de depressão e relacionadas às condições cognitivas do paciente.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, inquérito prospectivo.

4.2 População

4.2.1 População de Referência – idosos (pacientes com idade superior a 60 anos).

4.2.2 População de estudo - idosos atendidos no ambulatório de geriatria do HCFMRP-USP, no período de agosto a novembro de 2006. Esta instituição universitária localizada na cidade de Ribeirão Preto interior do estado de São Paulo, pertencente à Rede Sentinela da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), com atendimento ambulatorial aos pacientes acompanhados pela instituição.

4.2.3 População participante: será constituída pelos pacientes com consulta agendada no ambulatório de geriatria (AGER) da referida instituição, durante o período de coleta de dados e que atenderem os critérios de inclusão.

4.3 Critérios de Inclusão

Os critérios para inclusão dos pacientes no estudo foram:

- ter 60 anos ou mais;
- fazer uso de medicação contínua;
- ser capaz de compreender, verbalizar e responder as questões propostas;

- ser paciente regularmente cadastrado no hospital e estar freqüentando o serviço em seguimento contínuo;
- concordar em participar do estudo e assinar consentimento, pós informado.

4.4 Variáveis estudadas

Variável dependente - Grau de Adesão Morisky e Green

O presente estudo utilizou a Escala de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Para mensurar adesão individual dos pacientes ao tratamento farmacológico. Trata-se de escala de medida simples e prática, constituída por quatro questões que abrangem os erros de medicação por omissão e que ocorrem das seguintes formas: esquecimento, falta de cuidado quanto ao horário, interromper o uso quando se sente bem ou interromper o tratamento quando se sente mal. Foi elaborado para tornar-se um instrumento de trabalho na clínica médica diária, como forma de detectar pacientes que não cumprem com o tratamento proposto.

O Teste Morisky e Green foi escrito originalmente na língua inglesa, mas para utilização no Brasil, as questões foram traduzidas para a língua portuguesa por dois professores de língua inglesa, de nacionalidade brasileira que não se comunicavam entre si. A tradução inicial foi vertida para o inglês por um professor de língua inglesa nativo, que não participou da etapa anterior. A finalidade do “back-translator” foi verificar se não há divergências no significado e no conteúdo entre as versões originais e traduzidas (STRELEC, 2000).

O grau de adesão foi definido pela aplicação do Teste de Morisky e Green. A pontuação das respostas é a seguinte: SIM tem valor zero e NÃO tem valor um. Assim, se todas as respostas forem NÃO, a pontuação será 4 e se todas forem SIM,

será zero, o que significa respectivamente maior adesão ou menor adesão ao tratamento farmacológico.

Os estudos que utilizaram o Teste Morisky e Green possuem diferenças nos critérios de definição de “grau de adesão” e propõem dois critérios, quais sejam:

Pelo critério 1, caracterizou-se como maior adesão os que obtiveram 3 ou 4 pontos no Teste Morisky e Green, e como menor adesão os que obtiveram zero, 1 e 2 pontos.

Pelo critério 2 caracterizou-se como maior adesão os que obtiveram 4 pontos no Teste Morisky e Green e menor adesão os que obtiveram de 0 a 3 pontos, conforme utilizado por vários autores.

O quadro resume a definição desses dois critérios:

CRITÉRIO ADOTADO	MENOR ADESÃO	MAIOR ADESÃO
1	0 A 2 PONTOS	3 OU 4 PONTOS
2	0 A 3 PONTOS	4 PONTOS

Quadro 1- Critérios definidos para o grau de adesão no Teste Morisky e Green

No presente estudo, foi utilizado o critério original do Teste Morisky e Green (CRITÉRIO 2) e considerado a segunda possibilidade (CRITÉRIO 1), com objetivo de estudar a adesão ao tratamento farmacológico.

Variáveis independentes

- *Escolaridade:* avaliada pela informação do grau de instrução e distribuída pelas seguintes categorias: analfabeto, 1 a 4 anos de escolaridade, 5 ou mais anos de escolaridade. Neste momento foi questionado ao idoso os anos de ensino.
- *Renda Mensal Familiar:* em salários mínimos, sendo que o valor vigente

durante o período de estudo era de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais).

- *Quantidade total de fármacos que utiliza:* considerando as informações fornecidas pelos entrevistados, relatos desses ou cuidadores e consulta da prescrição médica, verificando as informações colhidas com a consulta ao prontuário. Foram questionados a respeito dos *Medicamentos prescritos:* são todos aqueles originalmente prescritos por médico. Essa definição contempla situações em que é permitida a renovação pelo enfermeiro de prescrição originalmente efetuada pelo médico, como, por exemplo, em casos de tratamento assistido de tuberculose. *Medicamentos sem prescrição:* são todos aqueles usados por iniciativa própria ou por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico. Incluem-se os medicamentos sugeridos por amigos, parentes, balconista de farmácia, entre outros.

Os medicamentos posteriormente foram agrupados e os princípios ativos presentes em cada especialidade foram listados e classificados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutical Classification), elaborada pelo 'Nordic Council on Medicines' (1976) e recomendada pela 'Drug Utilization Research Group' (DURG) da OMS para os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) (WHO, 1990).

- *Uso de medicamentos em geral:* considerando a obtenção de dados como quantidade de medicamentos utilizada, especialidades farmacêuticas mais utilizadas, custos com medicamentos e local da obtenção dos medicamentos.
- *Diagnósticos:* a quantidade, complexidade dos diagnósticos e doenças mais prevalente. Neste momento buscou-se no prontuário dos pacientes estudados as doenças diagnosticadas a fim de verificar prevalência e complexidade.
- *Hábitos de vida do entrevistado:* questionou-se sobre hábitos de vida

considerados saudáveis do entrevistado com realização de atividade física e sua possível relação com o uso dos seus medicamentos.

- *Condições cognitivas do paciente:* tentou-se identificar o grau de cognição do indivíduo entrevistado pelo Mini Exame do Estado Mental e relacionar com a adesão ao tratamento farmacológico.
- *Índices de depressão do entrevistado:* avaliada por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, verificando índices de depressão do paciente entrevistado e sua possível relação à adesão ao tratamento farmacológico.
- *Atividades de vida diária:* verificada pela aplicação do Índice de Barthel de Atividades da Vida Diária, buscando os níveis de dependência dos pacientes entrevistados e sua possível relação à adesão ao tratamento farmacológico.

4.5 Amostragem

Foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por 127 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão no período de agosto a novembro de 2006.

Os pacientes foram abordados enquanto aguardam a consulta médica na sala de espera do ambulatório, foram entrevistados aproximadamente 10 pacientes por semana no ambulatório de Geriatria (AGER), realizado às terças-feiras à tarde, com início 12h30min até o último paciente (aproximadamente 22 consultas). As entrevistas duravam no máximo 20 minutos.

4.6 Coleta de dados

4.6.1 Questionário

Primeiramente utilizou-se um questionário semi-estruturado, padronizado e previamente testado, composto de questões abertas e fechadas (ANEXO I) como instrumento de coleta de dados, que abordaram aspectos como:

- *Identificação do paciente*: esta etapa destinou-se à obtenção de dados sociais, demográficos e econômicos do paciente.
- *Teste de Morisky e Green* (ANEXO V)
- *Uso de medicamentos em geral*: trata-se do questionário destinado à obtenção de dados referentes às condições que os pacientes utilizam seus medicamentos no domicílio, neste momento questiona-se sobre os medicamentos utilizados, quem os administra, onde são adquiridos etc.
- *Hábitos de vida do entrevistado*: questionou-se sobre hábitos de vida saudáveis, como realização de atividade física etc.

Em um segundo momento aplicou-se:

- *Escala de Depressão Geriátrica* (ANEXO II) descrita por Yesavage et al., (1983) validada por Almeida e Almeida (1999) e Paradela; Lourenço e Veras (2005), escala com 15 itens com o objetivo de detectar estados depressivos em idosos, sendo considerado normal um escore de 3 ± 2 (1-5), depressão média 7 ± 3 (4-10), depressão maior 12 ± 3 (10-14).

A escala de depressão geriátrica (EDG) é o instrumento mais popular para

avaliação de sintomas depressivos em idosos, tendo sido a única desenvolvida para esse grupo etário. Seu entendimento é simples, com respostas dicotômicas do tipo sim/não e de prática e fácil aplicação. A EDG pode ser utilizada por qualquer profissional da atenção básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser auto-aplicável. Encontra-se disponível e validada em vários idiomas, inclusive em português. Apresenta acurácia para os muito idosos (mais que 80 anos); e a vantagem de não incluir sintomas somáticos, reduzindo a interferência de sintomas confundidores em uma população na qual a comorbidade é uma realidade. A desvantagem é a limitação do uso na presença de déficit cognitivo, especialmente, após estágio moderado. A versão original da EDG possui 30 itens, porém, existem versões mais curtas, sendo a principal composta por 15 itens selecionados.

O escore da EDG 30 sugere depressão a partir de 11 pontos e a EDG 15, de 5 pontos. Mesmo sem avaliar objetivamente a gravidade dos sintomas, indicou: depressão moderada, de 11 a 20 e 8 a 9, e grave acima de 21 e 10 pontos para EDG 30 e 15, respectivamente (FRANK; RODRIGUES, 2006). Utilizou-se a versão EDG 15 no presente estudo.

- *Índice de Barthel de Atividades da Vida Diária* (ANEXO III) descrito por Mahoney e Barthel (1965), que verificou a capacidade funcional medida pela dificuldade auto-referida em executar atividades da vida diária, que delimitou pontuação igual a 20 significou que o indivíduo é totalmente independente, 12 indicou elevada probabilidade de o indivíduo conviver na comunidade, 8 indicou importante dependência, e 4 elevado risco de morte.
- *Mini-exame do estado mental* (MEEM) (ANEXO IV) que consiste em uma avaliação objetiva do estado mental, descrito por Folstein; Folstein e Mchugh (1975) e validada por Bertolucci et al., (1994) que determinam alterações

cognitivas no indivíduo idoso, A nota de corte proposta para idosos em nosso meio é 24. Contudo empregou-se também a nota de corte de acordo com escolaridades descrita nos estudos de Caramelli e Nitrini (2000) sendo 18 para indivíduos analfabetos, 21 (1-3 anos de escolaridade), 24 (4-7 anos) e 26 (> que 7 anos), o indivíduo abaixo desta nota de corte tem algum comprometimento do estado mental e deve ser encaminhado para uma avaliação neurológica complementar.

Concordando com estudos realizados por Bertolucci et al. (1994) Brucki et al. (2003), Laks et al., (2003), Herrera et al., (2002), Almeida, (1998) o desempenho do MEEM é fortemente influenciado pela escolaridade, recomendando-se o emprego de notas de corte conforme nível educacional. Não há até o momento, no entanto, estudo definitivo nesse sentido, e as notas de corte descritas na literatura variam conforme o estudo e a população avaliada.

A avaliação cognitiva inicial de indivíduos com suspeita de demência deve incluir testes de rastreio. Entre os diversos testes disponíveis, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é certamente o mais empregado. É um teste simples e de aplicação rápida (cerca de 5 a 7 minutos), com alta confiabilidade tanto intra quanto interexaminadores, que avalia orientação temporoespacial, memória cálculo, linguagem e habilidades construtivas. As pontuações variam de 0 a 30 pontos; valores mais altos indicam maior desempenho.

Uma sugestão é utilizar na prática clínica notas de corte mais altas que as relatadas nos estudos brasileiros, com o intuito de privilegiar a sensibilidade do instrumento e, dessa forma, evitar que um caso de demência não seja detectado (CARAMELLI, 2006).

4.6.2 Pré-teste do questionário

No período de 1 a 30 de julho de 2006, foi realizado o pré-teste do questionário com 10 pacientes idosos em uso de medicamentos continuamente e que estavam sendo acompanhados no ambulatório de geriatria do HCFMRP-USP.

Os objetivos do pré-teste foram:

- Verificar a inteligibilidade e clareza das perguntas do questionário;
- Verificar a coerência das perguntas;
- Verificar a ordem de seqüência e a compreensão do paciente ao ouvir e responder as perguntas, assim como a duração da entrevista;
- Avaliar a estrutura do questionário, existência do espaço adequado a todas anotações pertinentes a serem realizadas pela entrevistadora.

A seguir algumas modificações que foram realizadas:

- Algumas questões foram retiradas por serem de difícil compreensão por parte da população estudada;
- As estruturas de algumas questões foram modificadas facilitando, assim, o entendimento tanto dos pacientes quanto da entrevistadora;
- Aumentou-se o espaço onde anotou-se o nome dos medicamentos utilizados, posologia e dose, pois, percebeu-se que o espaço deixado não era bastante para facilitar as anotações de informações importantes;
- Verificou-se que não era possível aplicar o MEEM em todos os pacientes, pois, dependeria de tempo e um lugar adequado, o que às vezes não era possível, então, quando não foi possível aplicá-lo, buscou-se os dados no prontuário do paciente.

4.6.3 Entrevistas

O processo de coleta de dados ocorreu no período de 01 de agosto de 2006 a 14 de novembro de 2006.

Aproximadamente dez pacientes (dos agendados para consulta naquele dia de ambulatório) foram abordados na sala de espera da consulta médica. Foi, então, aplicado o instrumento de coleta de dados aos pacientes que concordaram em participar do estudo, com solicitação de registro escrito, e que atenderam aos critérios de inclusão.

Participantes do estudo foram interrogados acerca de toda medicação em uso, definida operacionalmente como aquela utilizada pelo entrevistado continuamente. Quando o idoso não estava apto a responder perguntas, as informações eram conferidas e/ou colhidas de pessoas que estavam o acompanhando no momento da consulta, particularmente cônjuges e/ou cuidadores. A entrevistadora solicitava o receituário médico ou embalagens de todos os medicamentos, para: 1) assegurar a acurácia dos nomes de medicamentos fornecidos; 2) evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso.

4.7 Aspectos éticos

O projeto em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em que o estudo foi realizado. A coleta de dados teve início após a obtenção da aprovação (ANEXO VII).

Foi esclarecido aos participantes que os resultados da pesquisa se destinariam à elaboração de trabalho científico e possível publicação, que seria

garantido o sigilo e anonimato dos participantes, bem como que a pesquisadora se comprometeu em prestar informações e esclarecimentos adicionais diante de quaisquer dúvidas à respeito da pesquisa, que porventura poderiam ocorrer, e que a desistência de sua participação no trabalho de pesquisa se daria quando considerasse conveniente, sem que isso acarretasse qualquer tipo de dano. Informou-se também que não estava previsto qualquer indenização ou ressarcimento aos participantes do estudo.

Solicitou-se aos participantes da pesquisa o seu consentimento, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO VI) e, em caso de aceitação, emitiu-se registro por escrito.

4.8 Análise dos dados

Todos os questionários foram revisados pela pesquisadora que conferiu o preenchimento e a consistência da informação obtida. A pesquisadora digitou e verificou todos os dados.

Os dados colhidos na entrevista e no exame do prontuário foram armazenados em banco de dados específico criado no ambiente do programa estatístico EXCEL e SAS versão 9.0. Como forma de minimizar erros, a entrada dos dados no programa foi realizada com dupla digitação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características demográficas da população estudada

Na **Tabela 2** apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo local de residência. Percebe-se que 48% (N=62) residiam em Ribeirão Preto, os outros 52% (N=65) se distribuíam em mais 39 cidades da região. Suas características demográficas são apresentadas nas tabelas abaixo.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes idosos segundo local de residência, HCFMRP-2006.

Cidade	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Ribeirão Preto	62	48,82
Pontal	4	3,15
Sales Oliveira	4	3,15
Serra Azul	4	3,15
Brodowski	3	2,36
Jardinópolis	3	2,36
Tambaú	3	2,36
Altinópolis	2	1,57
Batatais	2	1,57
Cajuru	2	1,57
Outros	38	29
Total	127	100

Na **Tabela 3** apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo faixa etária e sexo. Nessa tabela, observa-se que, do total de pacientes incluídos no estudo, 81% possuíam mais de 70 anos, com média foi de $77,64 \pm 5,49$ anos. A maior freqüência encontrada foi no grupo etário 75-80 anos, havendo predomínio do sexo feminino em todos os grupos etários.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes idosos segundo grupo etário e sexo, HCFMRP-2006.

Grupo etário	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
60 -----65	4(3,2%)	3(2,3%)	7(5,5%)
65 -----70	13(10,3%)	4(3,2%)	17(13,5%)
70 -----75	24(19%)	8(6,3%)	32(25,4%)
75 -----80	29(23%)	5(4%)	34(27%)
80 -----85	22(17,4%)	3(2,3%)	25(19,8%)
85 -----90	7(5,5%)	2(1,6%)	9(7%)
≥90	2(1,6%)	0(0,00%)	2(1,6%)
Total	101(80%)	25(19,8%)	126(100,00%)

Em 2000, dos 14 milhões de idosos no Brasil, 55% eram do sexo feminino, a menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina, como consequência quanto maior a idade do contingente estudado, maior a proporção de mulheres (CAMARANO, 2006).

Um dos aspectos da questão do envelhecimento populacional, que tem merecido atenção, é a feminilização da velhice e suas implicações quanto às políticas públicas, isso se deve ao fato de a maior proporção da população idosa ser composta por mulheres, viúvas, sem experiência de trabalho no mercado formal e com baixa escolaridade. A maior longevidade feminina nem sempre é vista como vantagem. A maior esperança de vida faz com que muitas mulheres idosas experimentam um período mais longo de debilitação biológica, devido a doenças crônicas, perda de autonomia, enquanto os homens morrem antes. Por outro lado, já foi visto que para as idosas de hoje, a velhice e a viuvez podem representar um momento de dependência e realização, a viuvez trouxe autonomia financeira e

independência. Essas mulheres estão assumindo novos papéis na última fase da vida: chefiam famílias, contribuem para renda familiar etc (CAMARANO, 2006).

As mulheres sobressaem-se em relação aos homens devidos a fatores que influenciam sua longevidade, tais como: estilo de vida, trabalho, proteção social, responsabilidades de atenção à família, estado sócio-econômico, estado civil, acesso aos serviços de saúde, história clínica e familiar, saúde fisiológica e mental, perfil e necessidades de países em desenvolvimento como o Brasil (CHAIMOWICZ, 2006).

Cabe ressaltar a ausência de programas de saúde de grande alcance, especificamente, voltados para os homens, ao contrário do que ocorre com crianças, mulheres e idosos. A presença muito mais freqüente das mulheres nos centros de saúde, antes de refletir pior estado de saúde, tem como causas as atividades pré-natal, a adesão aos métodos de rastreamento de neoplasias (aos quais homens não são sensíveis) e a tarefa de acompanhar a esses serviços os pais e os filhos. Por outro lado, homens têm inúmeras desvantagens associadas à maior taxa de atividades profissionais: restrições de horários para comparecer aos serviços de saúde, maior risco de acidente de trabalho e de trânsito (no percurso para o trabalho). Somam-se a prevalência de hábitos como alcoolismo, drogadição e tabagismo e maior risco de envolvimento em homicídios (CAMARANO, 2006).

A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde (ROMEU; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Na **Tabela 4** apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo estado civil em relação ao sexo. Encontra-se a maior frequência entre as viúvas e casadas respectivamente (n=54) 43% e (n=39) 31%, sendo que dos 26 homens da amostra 19 estavam casados.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo estado civil em relação ao sexo HCFMRP- 2006.

Estado Civil	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Solteiro	3(2,36%)	2(1,6%)	5(4%)
Casado	39(31%)	19(15%)	58(45,7%)
Viúvo	54(43%)	4(3,2%)	58(45,7%)
Separado	4(3,2%)	0(0,00%)	4(3,2%)
Companheiro	1(0,8%)	1(0,8%)	2(1,6%)
Total	101(80%)	26(20%)	127(100%)

Segundo Censo Demográfico Brasileiro (2000), as mulheres viúvas constituíam 41% das mulheres idosas, as separadas, 12% e as solteiras, outros 7%. Por outro lado, quase 80% dos homens estavam em algum tipo de união conjugal.

Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal são devidos a maior longevidade das mulheres e as normas sociais e culturais prevalecentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casar com mulheres mais jovens, conferindo às mulheres, em geral, e as idosas, em especial, menores oportunidades de um novo casamento, em caso de separação e viuvez (CAMARANO, 2006).

Na **Tabela 5** é apresentada a distribuição segundo ocupação. Verifica-se que 69,3% eram aposentados (n=88), 17,3% pensionistas (n=22), retratando o fato de que grande parte dos idosos vive apenas com o recurso financeiro da aposentadoria

ou pensão, ou, então, de ajuda de familiares. Sem contar que do total dos pacientes amostrados, apenas, 2,4% (n=3) tinham alguma renda vinda do trabalho.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo ocupação HCFMRP-2006.

Ocupação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Aposentado	88	69,3
Pensionista	22	17,3
Do lar	13	10,3
Autônomo	2	1,6
Desempregado	1	0,8
Vínculo empregatício	1	0,8
Total	127	100

A perda da capacidade de trabalho é um fator de baixa renda em idosos e um dos indicadores tradicionais de dependência dos idosos. É baixa a proporção dos idosos brasileiros sem rendimento, proporção esta decrescente com a idade e maior entre as mulheres.

A renda do idoso depende, principalmente, dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), cuja contribuição tem aumentado no tempo para ambos os sexos. Em contrapartida, a participação da renda do trabalho diminuiu. No caso dos homens, a participação dos rendimentos provenientes de benefícios sociais (aposentadoria, assistência social e pensões por viuvez) aumentou de 44% em 1983 para 63,2% em 2003 e a referente a renda do trabalho diminuiu de 44,4% para 36,6% (CAMARANO, 2006).

Na **Tabela 6** é apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo escolaridade. Observa-se que 1/3 dos entrevistados são analfabetos, 83% tem até 4 anos de escolaridade. Apenas 16% tem mais de 4 anos de escolaridade.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo escolaridade HCFMRP-2006.

Escolaridade (em anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0	41	32
1- 4	65	51
5 ou +	21	16
Total	127	100

Na **Tabela 7** é apresentado a distribuição dos pacientes segundo escolaridade em relação ao sexo. Percebe-se que 28% das mulheres e aproximadamente 4% dos homens não sabem ler nem escrever, sendo que 17% das mulheres e 8% dos homens têm o primeiro grau completo.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo escolaridade em relação ao sexo HCFMRP-2006.

Escolaridade	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0	36(28%)	5(4%)	41(32,2%)
1	3(2,3%)	0(0,00%)	3(2,3%)
2	13(10,2%)	1(0,8%)	14(11%)
3	13(10,2%)	3(2,3%)	16(12,6%)
4	22(17%)	10(8%)	32(25,2%)
5	1(0,8%)	0(0,0%)	1(0,8%)
6	2(1,6%)	0(0,0%)	2(1,6%)
7	2(1,6%)	1(0,8%)	3(2,3%)
8	2(1,6%)	1(0,8%)	3(2,3%)
11	2(1,6%)	1(0,8%)	3(2,3%)
12	3(2,3%)	2(1,6%)	5(4%)
15	2(1,6%)	1(0,8%)	3(2,3%)
17	0(0,0%)	1(0,8%)	1(0,8%)
Total	101(79,5%)	26(20,4%)	127(100%)

Sabe-se que a escolaridade é um importante fator facilitador, entre outros, para o entendimento das orientações referentes à mudança do estilo de vida, quando necessário, quanto ao tratamento, o qual contribui para o uso correto de medicamentos. Este baixo nível de escolaridade deve ser considerado quando do planejamento de programas e ações, tanto no nível coletivo quanto individual, sabendo que o nível educacional interfere diretamente no desenvolvimento da capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do auto-cuidado (ANDERSON, 1998).

A proporção de analfabetos e semi-analfabetos dentre os idosos brasileiros ainda é muito grande. Chaimowicz (1997) citou que em 1996, 63% dos indivíduos com idade superior a 60 anos possuem menos de quatro anos de estudo. Se considerar, exclusivamente, o sexo feminino, verifica-se que os índices de analfabetismo são ainda mais assustadores. Provavelmente, isso decorre da menor oferta de vagas e oportunidades de ensino para mulheres no passado, o que, atualmente, está superado, uma vez que a maior parte das vagas da maioria dos cursos superiores é ocupada pelas mulheres. Para que esta realidade reflita nas estatísticas dos idosos, ainda serão necessárias algumas décadas.

Na **Tabela 8** é apresentado a distribuição dos pacientes segundo renda familiar mensal. Observa-se que 39,3% recebia apenas 1 salário mínimo (SM), quanto que, de todos pacientes entrevistados, apenas 4 deles recebiam 5 salários mínimos. Verificou-se que 71,7% dos idosos entrevistados vivem com uma renda entre 1 e 2 salários mínimos.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos entrevistados segundo renda em salários mínimos (SM), HCFMRP-2006.

Renda Familiar em SM	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
1	50	39,3
2	41	32,3
3	16	12,6
4	16	12,6
5	4	3,2
Total	127	100

Numa análise das condições de vida, uma questão importante a ser considerada é o rendimento. Também importante na determinação da dependência do idoso, tem uma relevância na renda das famílias em que o idoso está inserido. Até o início da década de 90, era comum caracterizar o idoso numa situação desfavorável em relação à renda, mas com a universalização dos benefícios da Seguridade Social, implementada no início da década de 90 mudou esse quadro favorecendo mais às mulheres (CAMARANO, 2006).

Dentre os idosos brasileiros, menos de 12% não tinham nenhuma renda em 2003. Essa proporção foi bem menor do que a observada em 1983, quando foi de 19,1%. A proporção de famílias pobres, dentre as famílias que continham idosos, era menor que entre as que não continham (CAMARANO, 2006).

As condições sócio-econômica e ocupacional da população estudada são similares às condições de vida do idoso do Brasil, de acordo com o estudo de Anderson (1998), que mostra uma população composta na maioria por mulheres predominantes em todas as faixas etárias, com baixo nível de renda e escolaridade, que são indicadores da precariedade das condições e da qualidade de vida para a grande maioria dos idosos.

O rendimento é fator importante em estudos que verificam o uso de medicamentos, pois a realidade da população ora pesquisada revela a insuficiência de seus rendimentos para suprir todas as necessidades da mesma.

Na **tabela 9** é apresentada a distribuição dos idosos entrevistados, em relação à quem residem. Quando se perguntou aos idosos com que moram, 41,7% responderam com a esposa, 33% com os filhos e 14,2% sozinhos. Aproximadamente 4% residem com outros familiares que incluem netos, noras e sobrinhos. A média foi de 2 pessoas por casa.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos entrevistados em relação com quem residem, HCFMRP-2006.

Com Quem Mora	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Esposa (o)	53	41,7
Filhos	42	33
Só	18	14,2
Casa de Repouso	3	2,3
Irmãos	3	2,3
Companheiro/a	1	0,8
Cuidador	1	0,8
Pensão	1	0,8
Outros familiares	5	4
Total	127	100

É crescente a proporção de idosos vivendo sozinhos, tanto homens quanto mulheres, é comum pensar que a industrialização e a urbanização destroem a segurança econômica, e as relações entre gerações na família.

Segundo o Censo demográfico de 2000, as mulheres viúvas constituíam 41% das mulheres idosas, as separadas, 12% e as solteiras, outros 7%. Demonstrando a propensão maior das mulheres a viverem sozinhas, isso se deve ao fato de uma

grande parte delas serem viúvas e uma proporção crescente, separada/desquitada e divorciada.

O fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) (INAN, 1990), mais de 10% da população idosa brasileira morava sozinha, com a maior proporção recaindo sobre as mulheres, em especial as de 80 anos e mais que residiam na zona rural (23%).

Ainda baseada na PNSN, Anderson (1998) destaca, em seu estudo sobre saúde e condições de vida do idoso no Brasil, que grande parte da população, principalmente nos grandes centros urbanos, reside em domicílios com um número restrito de cômodos que, cada vez mais, diminuem de tamanho, comprometendo as condições de conforto e privacidade do idoso. Araújo e Alves (2000) informam que, segundo o PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), mais de 85% dos idosos no Brasil vivem em domicílios onde existe a presença de parentes e somente uma pequena parte desses idosos (11,6%) vive sozinha ou com pessoas sem nenhum laço de parentesco (IBGE, 1996).

Independentemente de condições econômicas ou classe social, em países como o Brasil, os cuidados domésticos e comunitários continuam desempenhando um papel importante, prioritários em relação aos cuidados institucionais. Nesse aspecto, ressalta-se a importância da presença de um companheiro ou companheira, pois idosos que viviam sozinhos apresentaram aumento no número médio de medicamentos utilizados (FLORES; MENGUE, 2005).

Verifica-se a presença, mesmo que pequena (2,3%), dos idosos institucionalizados na população estudada, sendo que as síndromes geriátricas e a

dependência funcional se revelam como grandes indicadoras dos fatores precipitantes da institucionalização, demonstrando que o idoso asilado é mais frágil, requer maior cuidado e monitoramento.

5.2 Respostas obtidas quanto às condições do uso de medicamentos em geral

Para realizar a análise das condições do uso de medicamentos empregou-se as variáveis relacionadas aos serviços de saúde, ao acesso aos medicamentos, aos medicamentos em uso pelos pacientes e aos diagnósticos apresentados pelos pacientes.

Na **tabela 10** é apresentada a distribuição dos idosos entrevistados segundo local da farmácia de aquisição dos medicamentos. Percebe-se que 53% dos pacientes adquirem seus medicamentos nas farmácias dos postos de saúde e farmácias comerciais, sendo que 17% tinham a comercial como único local de aquisição de medicamentos, apenas 9,3% dos idosos não possuem gastos com seus medicamentos, os quais são os pacientes que adquirem os medicamentos necessários na farmácia do HC e na do posto de saúde.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos entrevistados segundo os locais das farmácias onde os pacientes adquirem seus medicamentos, HCFMRP-2006.

Local adquire	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Posto + comercial	67	53
comercial	22	17,3
Posto + comercial + HC	17	13,4
Posto	9	7
Comercial + HC	6	4,7
Posto + HC	3	2,3
HC	2	1,6
Posto + comercial + HCFM-USP	1	0,8
Total	127	100

Na **Tabela 11** apresentou-se a distribuição dos locais das farmácias citados pelos pacientes onde adquirem seus medicamentos. Verifica-se que a farmácia comercial ainda é o local de maior acesso aos medicamentos pelos idosos, sendo referida por 47% dos pacientes entrevistados, em segundo lugar, encontrou-se a farmácia do posto de saúde citado por 40% dos pacientes, a do HC ficou com o terceiro lugar, pois, neste local são adquiridos medicamentos de alto custo não encontrados na rede básica.

Tabela 11 - Distribuição dos locais das farmácias citados pelos pacientes onde adquirem seus medicamentos, HCFMRP-2006.

Local das Farmácias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Comercial	113	47
Posto	97	40
HC	28	11,7
HCFM-USP	1	0,4
Total	239	100

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, atualmente, mais de 1/3 da população mundial ainda não tem acesso regular aos medicamentos essenciais. A situação é ainda mais grave nos países em desenvolvimento, pois, apesar do aumento no faturamento da indústria farmacêutica, em termos globais, não há um equivalente aumento no consumo do número de unidades farmacêuticas, refletindo que a elevação se deve a aumentos nominais e reais dos preços.

Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos. Esse padrão elevado no consumo de medicamentos, entre os idosos que vivem na comunidade, tem sido descrito em outros estudos no Brasil e no mundo (FLORES; MENGUE, 2005).

Porém, os benefícios da farmacoterapia não se distribuem homoganeamente entre as camadas sociais. O acesso aos medicamentos segue as desigualdades sociais e econômicas. Vinte e cinco por cento da população mundial estão sem assistência farmacêutica completa, isto é, não têm acesso – ou têm acesso limitado – aos fármacos. No Brasil, estima-se que 64,5 milhões de pessoas, em condições de pobreza, não tenham como comprar remédios (ROZENFELD, 2003).

Em estudo realizado por Coelho Filho; Marcopito e Castelo (2004), a farmácia foi o principal local de dispensação de medicamentos prescritos (86,3% dos medicamentos), o que foi verificado nos três níveis socioeconômicos. Na área periférica, o posto de saúde e o hospital foram locais onde quase 30% dos medicamentos foram dispensados, fato observado em menor escala na área intermediária (11,5% dos medicamentos) e bem menos na área central (3,8%).

Na **Tabela 12** apresenta-se o local da farmácia onde os pacientes adquirem seus medicamentos, segundo a renda familiar. A categoria, em que estão a maioria dos pacientes, são os que adquirem seus medicamentos na farmácia do posto e comercial (53%) e possuem renda mensal familiar de 1 (19%) e 2 (19%) salários mínimos.

Tabela 12 - Distribuição dos locais das farmácias onde os pacientes adquirem os medicamentos em relação à renda familiar HCFMRP-2006.

Local da farmácia	Renda Familiar em SM					Total
	1	2	3	4	5	
Comercial	9(7%)	4(3,2%)	2(1,6%)	4(3,2%)	3(2,3%)	22(17,3%)
Comercial+HC	3(2,3%)	2(1,6%)	0(0,00%)	1(0,8%)	0(0,00%)	6(4,7%)
HC	1(0,8%)	1(0,8%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	2(1,6%)
Posto	3(2,3%)	4(3,2%)	1(0,8%)	1(0,8%)	0(0,00%)	9(7%)
Posto+Comercial	24(19%)	24(19%)	11(8,7%)	7(5,5%)	1(0,8%)	67(52,7%)
Posto+Comercial+HC	7(5,5%)	6(4,7%)	1(0,8%)	3(2,3%)	0(0,00%)	17(13,4%)
Posto+Comercial+HCFM-USP	1(0,8%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,8%)
Posto+HC	2(1,6%)	0(0,00%)	1(0,8%)	0(0,00%)	0(0,00%)	3(2,3%)
Total	50(39,4%)	41(32,3%)	16(12,6%)	16(12%)	4(3,2%)	127(100%)

Na **Tabela 13** apresentou-se distribuição do tempo que os pacientes utilizam seus medicamentos. Os pacientes informaram, em sua maioria, que fazem uso de

seus medicamentos em um tempo de 1 a 10 anos (35%), mas importante observar que, aproximadamente, 20% dos pacientes faziam uso de seus medicamentos a mais de 30 anos, retratando o caráter crônico dos pacientes entrevistados.

Tabela 13 - Distribuição do tempo que os pacientes utilizam os medicamentos, HCFMRP-2006.

Tempo utiliza em anos	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
1 ---10	44	35
10 ---20	32	25,4
20 ---30	23	18,2
30 ---40	16	12,7
≥40	12	9,4
Total	127	100

Strelec (2000) encontrou associação entre o tempo de diagnóstico da hipertensão e o controle da pressão arterial, sendo que no grupo de pacientes hipertensos controlados tinha maior duração do tempo de tratamento (10 ± 7 anos) que os não controlados ($7 \pm 6,5$ anos). Andrade et al., (2002), encontraram relação entre a duração da doença e o grau de abandono do tratamento. Na população por eles estudada, quanto maior o tempo de diagnóstico da hipertensão, maior o grau de abandono do tratamento. Ainda, constataram que os pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico tiveram maior percentual de abandono do tratamento. Entretanto, no estudo desenvolvido por Vieira, (2004), não foi encontrada associação entre o tempo de diagnóstico da hipertensão e o tempo de tratamento com o grau de adesão.

Na **Tabela 14** apresentou-se a distribuição dos pacientes entrevistados que utilizam medicamento **sem prescrição**. Uma proporção de 67% dos pacientes entrevistados utilizam medicamentos sem prescrição médica esporadicamente, fato agravante devido às fragilidades da população idosa.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes que fazem uso dos medicamentos com ou sem prescrição médica, HCFMRP - 2006.

Prescrito	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não	85	67
Sim	42	33
Total	127	100

Medicamentos prescritos: são todos aqueles originalmente prescritos por médico. Essa definição contempla situações em que é permitida a renovação pelo enfermeiro de prescrição originalmente efetuada pelo médico, como, por exemplo, em casos de tratamento assistido de tuberculose.

Medicamentos sem prescrição: são todos aqueles usados por iniciativa própria ou por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico. Incluem-se os medicamentos sugeridos por amigos, parentes, balconista de farmácia, entre outros.

Na **Tabela 15** apresentou-se os medicamentos mais frequentes sem prescrição referidos pelos idosos entrevistados. Medicamentos como dipirona foram citados por 24 (21%) dos pacientes, paracetamol 17 (15%), dorflex® 12 (10%), diclofenaco 15 (13%). Nesse momento verifica-se a marcante presença dos medicamentos sintomáticos nos hábitos dos pacientes.

Tabela 15 - Distribuição dos medicamentos mais freqüentes **sem prescrição** utilizados pelos idosos entrevistados, HCFMRP- 2006.

Sem prescrição	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Dipirona	24	21
Paracetamol	17	15
Diclofenaco sódio	15	13
Dorflex®	12	10
Laxante	5	4,4
AAS	3	2,6
Neosaldina®	3	2,6
Tamarine®	3	2,6
Chá	2	1,7
Dramim®	2	1,7
Óleo mineral	2	1,7
Outros	29	25,5
Total	114	100

Em estudo sobre automedicação no Brasil, encontrou-se classificando os princípios ativos em subgrupos terapêuticos (segundo nível, conforme o código ATC), pode-se verificar que o subgrupo dos analgésicos é constituído por analgésicos-antitérmicos, sendo o *ácido acetilsalicílico* o princípio ativo mais freqüente (35,0%), seguido da *dipirona* (28,0%). Outros subgrupos considerados: 1) antiinflamatórios/anti-reumáticos, representados principalmente pelo *diclofenaco* (53,0%) e *piroxicam* (16,0%), ocorrendo também procura relevante por produtos mais tóxicos (p.e. fenilbutazona) e com escassa informação (p.e. *benzidamina* e *nimesulida*); 2) antibióticos de via sistêmica; procura por combinações em doses fixas e produtos de reconhecida toxicidade (p.e. *lincomicina*, *cloranfenicol*, *gentamicina*); 3) fármacos ativos sobre o sistema cardiovascular; especialmente, antiarrítmicos, tais como: *amiodarona*, *quinidina* e *propafenona* (ARRAIS et al., 1997).

Verificou-se na tabela acima a presença do uso de terapias alternativas, que foram citadas por 6,2% dos pacientes. Sob tal ponto de vista, poder-se-ia pensar que, por se tratar de população idosa, em sua maioria de origem rural, o uso de fitoterapia, sob forma de chás, seja comum e apenas um reflexo de seus hábitos e costumes (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Andrade et al. (2002), em estudo realizado em Salvador-BA, encontraram que 11,4% dos homens estudados e 17,1% das mulheres alegaram não adesão ao uso de medicamentos anti-hipertensivos por preferirem terapias alternativas.

Na **Tabela 16** apresentou-se a distribuição das classes terapêuticas, mais freqüentes, entre os medicamentos sem prescrição utilizados pelos idosos. Observa-se que as classes terapêuticas mais freqüentes (segundo nível ATC) são os sintomáticos como analgésicos/antitérmicos (38%), antiinflamatórios/antireumáticos (31%) e laxantes (8,7%).

Tabela 16 - Distribuição das classes terapêuticas mais freqüentes (segundo nível ATC) entre os medicamentos sem prescrição utilizados pelos idosos, HCFMRP-2006.

Medicamento	ATC	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Sistema nervoso	N	43	38
Músculo esquelético	M	36	31,5
Trato alimentar e metabolismo	A	21	18,3
Terapias alternativas	V	7	6
Outros	V	3	2,6
Antiinfecioso	J	2	1,8
Respiratório	R	1	0,9
Cardiovascular	C	1	0,9
Total		114	100

Estudo desenvolvido por Arrais et al. (1997) os medicamentos mais solicitados foram analgésicos (17,3%), descongestionantes nasais (7,0%), antiinflamatório/antireumático e antiinfeciosos de uso sistêmico, ambos com 5,6%.

Em estudo realizado por Flores e Mengue (2005) observou-se elevado consumo de analgésicos e de medicamentos envolvendo o aparelho digestivo, revelando o desconforto eminente dos idosos em aliviar ou eliminar suas dores agudas. Tal fato merece atenção dos profissionais de saúde, no sentido de orientar quanto a possíveis casos de interações medicamentosas e redundância. Pode-se inferir também que, eventualmente, esses medicamentos foram mais lembrados em função de serem de uso esporádico, de curta duração. Por sua vez podem ser marcantes em suas lembranças, uma vez que podem estar associados a experiências desagradáveis de episódios de doenças agudas e, por isso, mais fáceis de serem lembrados. Já os medicamentos cardiovasculares são usados diariamente, por longos períodos, e por isso também são facilmente lembrados pelos idosos em memórias recentes. Em memórias pregressas, esses últimos podem ser freqüentemente subestimados porque já foram incorporados à rotina diária.

Segundo Rozenfeld (2003) as taxas de automedicação entre os idosos parecem ser menores do que as da população geral. Nesta, estima-se acima de 40% a proporção de remédios “autoprescritos”, ou de famílias que tomam remédios indicados pelo próprio usuário (HAAK, 1989). É possível haver, por parte da sociedade, maior observância de critérios técnicos no cuidado da saúde dos mais frágeis. Essa atitude é em si mesma, positiva, seja ela resultado da consciência dos riscos maiores a que estão sujeitos os idosos (a tendência a apresentar reações adversas mais freqüentes e mais graves), seja conseqüência da própria gravidade dos quadros mórbidos a requerer assistência especializada. Confirma tal

pressuposto o achado de Haak (1989): os idosos e as crianças apresentam as menores proporções de automedicação. Há outros fatores a contribuir para desestimular a aquisição de produtos supérfluos pelos idosos: os baixos valores das aposentadorias e pensões e as dificuldades de adesão aos tratamentos para as doenças crônicas (por complexidade dos mesmos, falhas de memória etc.).

Na **Tabela 17** apresentou-se a distribuição dos pacientes que utilizam ou não medicamento sem prescrição em relação à renda familiar. Os pacientes que informaram utilizar medicamento sem prescrição 67% (n=85), 48% deles referiram uma renda familiar de um (24%) e dois (24%) salários mínimos, pode-se dizer que quanto menor nível econômico maior é a utilização de medicamentos não prescritos.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes que utilizam ou não medicamento sem prescrição em relação à renda familiar, HCFMRP- 2006.

Prescrito	Renda Familiar em salários mínimos					Total
	1	2	3	4	5	
Sim	20(15,7%)	10(7,8%)	6(4,7%)	5(4%)	1(0,8%)	42(33%)
Não	30(23,6%)	31(24,4%)	10(7,8%)	11(8,6%)	3(2,3%)	85(67%)
Total	50(39,4%)	41(32,3%)	16(12,6%)	16(12,6%)	4(3,2%)	127(100%)

Na **Tabela 18** apresentou-se a distribuição dos pacientes entrevistados, segundo gastos financeiros em reais para compra dos medicamentos. Verifica-se que dos 127 pacientes, 115 informaram ter algum gasto com medicamentos, seja ele com medicamentos prescritos pelo médico ou de venda livre. Verificou-se que 53% dos idosos entrevistados gastaram de 51 a 149 reais com medicamentos.

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo gastos financeiros para compra dos medicamentos, HCFMRP-2006.

Gasto com Medicamento em reais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não Sabe	8	7
0---- 50	24	20,8
50---- 100	43	37,4
100---- 150	18	15,6
150---- 200	14	12,2
200---- 250	1	0,9
250---- 300	5	4,4
300---- 350	2	1,7
Total	115	100

Em estudo realizado por Lima et al. (2007), onde 667 idosos responderam ao inquérito. Foi observado um gasto mensal privado médio de R\$ 122,97 com os medicamentos utilizados pelos participantes. Os grupos terapêuticos que representaram uma maior proporção dos gastos totais foram: sistema cardiovascular (26%), sistema nervoso (24%) e trato alimentar e metabolismo (15%).

No Brasil, segundo a PNAD 1998, o gasto médio com medicamentos referidos pelos idosos foi igual a 23% do valor do salário mínimo. Entretanto, não há informações sobre a composição dos gastos pelos idosos brasileiros, pois não foram coletados dados sobre os medicamentos utilizados pelos mesmos na PNAD 1998 (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Na **Tabela 19** apresentou-se a distribuição dos pacientes entrevistados, segundo gastos financeiros em reais para compra dos medicamentos em relação à renda em salários mínimos. Percebe-se como já citado acima que os pacientes que tem menor renda familiar gastam mais com medicamentos.

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo gastos financeiros em reais para compra dos medicamentos em relação à renda em salários mínimos, HCFMRP-2006.

Gasto com Medicamento em reais	Renda Familiar em salários mínimos					Total
	1	2	3	4	5	
Não Sabe	2(1,7%)	5(4,4%)	0(0,00%)	1(0,9%)	0(0,00%)	8(7%)
0---- 50	11(9,7%)	5(4,4%)	7(6,2%)	0(0,00%)	1(0,9%)	24(21,2%)
50---- 100	20(17,7%)	12(10,6%)	1(0,9%)	8(7%)	2(1,7%)	43(38%)
100---- 150	4(3,5%)	7(6,2%)	4(3,5%)	3(2,6%)	0(0,00%)	18(16%)
150---- 200	7(6,2%)	3(2,6%)	1(0,9%)	2(1,7%)	1(0,9%)	14(12,4%)
200---- 250	0(0,00%)	1(0,9%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,9%)
250---- 300	1(0,9%)	2(1,7%)	0(0,00%)	2(1,7%)	0(0,00%)	5(4,4%)
Total	45(40%)	35(31%)	13(11,5%)	16(14,2%)	4(3,5%)	113(100%)

A proporção de idosos, em geral, usando medicamentos prescritos foi, particularmente, expressiva em área com melhor nível socioeconômico. Quando se considera o nível socioeconômico mais desfavorecido, a proporção de idosos usando medicamento prescrito, apresenta-se menor, ou seja, pouco mais da metade (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

O uso de medicamentos prescritos foi maior entre idosos do sexo feminino, com idade mais avançada, bom nível socioeconômico, doenças crônicas e visitas regulares aos serviços de saúde. Em relação aos medicamentos não prescritos, observou-se que os idosos mais desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico tenderam mais a usá-los, assim como aqueles com comprometimento funcional. Pobreza e incapacidade estariam associadas à maior tendência a uso de medicamentos não prescritos possivelmente por acarretarem maior dificuldade no acesso a profissionais médicos e serviços de saúde, particularmente, em face da carência de programas de busca ativa de pacientes e de visitas domiciliares (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

Entre os diversos fatores já citados na literatura, pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. O mercado farmacêutico está concentrado nos países economicamente mais ricos e voltado às classes sociais mais abastadas. Sabe-se que os maiores investimentos estão no desenvolvimento de tratamentos para problemas que atingem essas populações, em detrimento dos medicamentos demandados pelas necessidades mais comuns nos países mais pobres. Apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, apesar dos grandes avanços nesse sentido como no caso da terapia anti-retroviral (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

No estudo realizado por Brand et al., (1977), o principal fator relatado para a não adesão ao tratamento por idosos foi o alto custo do medicamento. E as evidências disso estavam nos custos: o custo mensal das prescrições dos pacientes não-aderentes era em média o dobro do custo mensal das prescrições dos aderentes. Logo, pode-se perceber que o maior número de medicamentos prescritos custa mais, e se adere menos.

Pessoa et al., (1996) também encontraram o acesso econômico como causa da não-adesão à prescrição, após atendimento em pronto-socorro pediátrico em 39,1% dos casos, e que o menor número de medicamentos e o menor custo melhoram a adesão. Esse fator, sem dúvida, é um grande entrave para a adesão e deve ser o primeiro aspecto a ser avaliado, no entanto, alguns estudos que relatam alto índice de não-adesão não referenciam a questão da disponibilização dos medicamentos, demonstrando que, para esses autores, o acesso ao medicamento não é um entrave importante. Em países como o Brasil, no entanto, é um problema

crucial e deve ser o primeiro fator analisado: se o paciente tem acesso ao medicamento, então ele está em condições para aderir ou não ao tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Em estudo realizado por Lima-Costa; Barreto e Giatti (2003) considerando-se que 50% dessa população têm renda pessoal ≤ 1 salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira.

Na **Tabela 20** apresentou-se o local da farmácia onde os idosos adquirem os medicamentos em relação ao gasto financeiro para a compra do medicamento.

Tabela 20 - Distribuição do local da farmácia onde os idosos adquirem os medicamentos em relação ao gasto financeiro para a compra do medicamento, HCFMRP-2006.

Local da farmácia	Gasto com medicamento em reais							Total
	Não Sabe	0---- 50	50---- 100	100---- 150	150---- 200	200---- 250	250---- 300	
Comercial	0(0%)	3(2,6%)	7(6,2%)	3(2,6%)	7(6,2%)	0(0%)	2(1,7%)	22(19,5%)
Comercial+HC	0(0%)	1(0,9%)	2(1,7%)	1(0,9%)	1(0,9%)	0(0%)	1(0,9%)	6(5,3%)
HC	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)
Posto	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	2(1,7%)
Posto+ Comercial	7(6,2%)	15(13,27%)	24(21,2%)	12(10,6%)	3(2,6%)	1(0,9%)	2(1,7%)	64(56,6%)
Posto+ Comercial+HC	1(0,9%)	2(1,7%)	9(8%)	2(1,7%)	2(1,7%)	0(0%)	0(0%)	16(14%)
Posto+ Comercial+HCFM-USP	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)
Posto+HC	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)
Total	8(7%)	24(21,2%)	43(38%)	18(16%)	14(12,4%)	1(0,9%)	5(4,4%)	113(100%)

Na **Tabela 21** apresentou-se os medicamentos mais freqüentes **prescritos** pelos médicos, referidos pelos idosos entrevistados. Observa-se que o medicamento mais prevalente é o ácido acetilsalicílico com 8% (n=66), vale lembrar que este medicamento neste momento foi prescrito como antiagregante plaquetário e não como analgésico, a hidroclorotiazida 5% (n=45), sinvastatina 5% (n=42).

Concordando com Fick et al., (2003) os medicamentos considerados inadequados prescritos para os idosos estudados foram: fluoxetina (N=15), amiodarona (N=7), lorazepam (N=5), amitriptilina (N=5), diazepam (N=4), bem como clonidina, clonazepam e alprazolam.

Tabela 21 - Distribuição dos medicamentos **prescritos** mais utilizados pelos pacientes, HCFMRP-2006.

Medicamento	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	% Pacientes
AAS	66	8	52
Hidroclorotiazida	45	5,5	35
Sinvastatina	42	5,2	33
Sertralina	40	5	31,5
Captopril	39	4,7	30,7
Carbonato de cálcio+vitamina D	35	4,3	27,5
Omeprazol	31	3,8	24,4
Enalapril	27	3,3	21,2
Alendronato	25	3	19,6
Propranolol	25	3	19,6
Furosemida	23	2,8	18
Outros	419	51,2	
Total	817	100	127

Entre os idosos, a fração dos desassistidos cresce. Além do acesso limitado por dificuldades na compra ou aquisição de produtos, há sub-utilização de classes terapêuticas específicas, como os antidepressivos, os analgésicos (GURWITZ, 1994), os anticoagulantes (IBRAHIM; KWOH, 2000) ou os β -bloqueadores adrenérgicos (KRUMHOLZ et al., 1998), ocasionada por hábitos de prescrição não sustentados em critérios científicos e pelo consumo exagerado de novidades. Mesmo aqueles sem dificuldades de aquisição nem sempre são adequadamente

tratados, pois há distorções nos campos da fabricação, da prescrição e do uso (ROZENFELD, 2003).

Quanto às distorções na prescrição, é possível afirmar que, mais do que em qualquer outro grupo etário, os medicamentos são indicados para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica. Eles são, equivocadamente, empregados como sucedâneos das mudanças para um estilo de vida mais saudável, e a prescrição é impulsionada pelo valor simbólico dos medicamentos. Em face das distorções na produção, na regulamentação, na prescrição e no uso de medicamentos, não é de estranhar que quase um quarto dos idosos receba no mínimo um fármaco impróprio (GURWITZ, 1994).

A qualidade dos medicamentos prescritos aos idosos foi classificada por meio dos critérios propostos por BEERS, e revisados em 2003 (FICK, et al., 2003). As opções farmacêuticas consideradas inapropriadas ao uso para indivíduos idosos, independentemente de seus diagnósticos, foram: antiinflamatórios, como a indometacina ou outros antiinflamatórios não seletivos da COX2 por tempo prolongado; relaxantes musculares e antiespasmódicos, como o carisoprodol, ciclobenzaprina e oxibutinina de curta duração; benzodiazepínicos de meia-vida prolongada, como o flurazepam e o diazepam; benzodiazepínicos de curta duração em doses altas, como doses superiores de 3mg de lorazepam, ou 2mg de alprazolam, ou 60mg de oxazepam; antidepressivos com forte efeito anticolinérgico, como a amitriptilina; fluoxetina; anti-hipertensivos, como a metildopa e a clonidina; hipoglicemiantes, como a clorpropramida; anticolinérgicos e anti-histamínicos, como a clorfeniramina, hydroxizine e a prometazina; meperidina; ticlopidina; anfetaminas; amiodarona; tioridazina; laxantes, como o bisacodil e a cáscara sagrada.

Na **Tabela 22** apresentou-se a distribuição das classes terapêuticas mais freqüentes (segundo nível ATC) entre os medicamentos **prescritos** utilizados pelos idosos. Estas classes são: cardiovascular (CV) (47,7%), sistema nervoso (SN) (14%), sistema osteomuscular (OM) (11%), sistema gastrintestinal (SGI) (5%) e metabolismo (MET) (4%). Os medicamentos sintomáticos colaboraram com 2,4% dos medicamentos prescritos. Com predomínio dos antihipertensivos, antidepressivos e antiosteoporose.

Tabela 22 - Distribuição das classes terapêuticas mais freqüentes (ATC) entre os medicamentos **prescritos** utilizados pelos idosos, HCFMRP-2006.

Medicamento	ATC	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Cardiovascular	C	391	48
Sistema nervoso	N	131	16
Músculo esquelético	M	104	12,7
Trato alimentar e metabolismo	A	102	12,5
Outros	V	33	4
Hormônios	H	20	2,4
Respiratório	R	18	2,2
Genito-urinário	G	9	1
Antiinfecioso	J	5	0,6
Antineoplásico	L	3	0,36
Sangue	B	1	0,12
Total		817	100

Segundo Almeida et al. (1999), os medicamentos prescritos para idosos podem ser divididos em dois grupos principais: 32% são para problemas cardiovasculares e 24% para transtornos neuropsiquiátricos. Entre os psicofármacos, as drogas mais utilizadas são hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos. Entre as medicações psicotrópicas, os antidepressivos foram os

mais freqüentemente utilizados, (42,4%), seguidos pelos ansiolíticos (21,2%) e pelos neurolépticos (20%). Dentre o grupo de antidepressivos, os tricíclicos continuam sendo prescritos para um número expressivo de pacientes (41%). Entre as drogas não psicotrópicas, os anti-hipertensivos são os medicamentos mais freqüentemente consumidos, por 32,6% dos pacientes. Os autores ainda completam que 41% dos idosos avaliados por eles consumiam mais do que 3 medicamentos, enquanto 10,9% utilizavam 5 ou mais drogas por dia.

Na **Tabela 23** apresentou-se a distribuição dos diagnósticos mais freqüentes na amostra de idosos entrevistados. Percebe-se que em 94 dos 127 pacientes tinham o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, seguida pela dislipidemia presente em 66 dos pacientes e a depressão presente em 60 dos pacientes entrevistados.

Tabela 23 - Distribuição dos diagnósticos mais freqüentes na amostra de idosos entrevistados, HCFMRP-2006.

Diagnóstico	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa	% Pacientes
HAS	94	11,2	74
Dislipidemia	66	7,9	52
Depressão	60	7,15	47
Osteoporose	33	4	26
Diabetes mellitus	32	3,8	25
Osteoartrose	31	3,7	24,4
Hipotireoidismo	23	2,74	18
Obesidade	18	2,15	14
Miocardiopatia chagásica	16	2	12,6
Tabagismo	15	1,8	12
ICC	14	1,7	11
Fibromialgia	13	1,6	10,2
IRC	13	1,6	10,2
Osteopenia	13	1,6	10,2
DPOC	12	1,43	9,4
Outros	386	46	
Total	839	100	127

Os medicamentos cardiovasculares representaram a categoria terapêutica mais comumente usada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa.

Vários estudos relatam que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser interpretado como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não-adesão à terapia da Aids (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas mortes de mais pessoas em 2002, do que em qualquer outro ano, incluindo países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, 7,2 milhões de pessoas morreram por ano de doença arterial coronariana e 5,5 milhões de cerebrovasculares (WHO, 2007). O tabagismo é o principal causador de doenças incluindo cardiovasculares, DPOC, e câncer de pulmão, sendo responsável pela morte de 1 em cada 10 adultos no mundo (WHO, 2007).

A hipertensão arterial, presente em mais de 60% dos idosos, encontra-se regularmente associada a outras doenças também altamente prevalentes nessa faixa etária, como aterosclerose e o diabetes mellitus, conferindo a essa população alto risco para morbimortalidade cardiovascular e exigindo, portanto, a correta identificação do problema e apropriada abordagem terapêutica (BRANDÃO et al., 2006, FELICIANO, 2004).

Na **Tabela 24** apresentou-se a distribuição dos diagnósticos por sistemas correspondentes, mais regulares, entre os idosos entrevistados. Os sistemas, em que encontramos a maioria dos diagnósticos dos pacientes, são cardiovascular 35%, sistema nervoso 15% e osteomuscular 12%.

Tabela 24 - Distribuição dos **diagnósticos** por sistemas correspondentes mais freqüentes entre os idosos entrevistados, HCFMRP-2006.

Diagnóstico	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Cardiovascular	293	35
Sistema nervoso	123	15
Osteomuscular- reumático	106	12,4
Endócrino	74	8,8
Gaстрintestinal	53	6,3
Geniturinário	40	4,7
Outros	37	4,4
Pulmonar	42	4,8
Otorrino	20	2,4
Hematológico	14	1,6
Imunológico	14	1,6
Neoplásico	12	1,4
Oftalmológico	8	0,9
Dermatológico	3	0,4
Total	839	100

Aproximadamente 50 milhões de mortes/ano ocorrem no mundo, sendo que 30% desses óbitos, ou seja, 15 milhões, causados por doenças cardiovasculares; quatro milhões ocorrem em países desenvolvidos, dois milhões, nos países de economia em transição ou subdesenvolvidos, e a maioria, cerca de nove milhões, em países em desenvolvimento, entre os quais se situa o Brasil. Esses países, como o Brasil, estão sendo expostos a uma segunda epidemia de doença cardiovascular ligada à arteriosclerose e à hipertensão arterial, antes mesmo de controlarem completamente as doenças endêmicas do coração, como doença de Chagas e a febre reumática (BRANDÃO et al., 2006).

Em relação às classes terapêuticas mais utilizadas por idosos, os resultados foram semelhante aos já descritos na literatura. Como as doenças cardiovasculares

vêm liderando as causas de morbi-mortalidade em indivíduos com idade acima de 65 anos, os medicamentos cardiovasculares têm sido amplamente prescritos pelos médicos (FLORES; MENGUE, 2005).

Na **Tabela 25** apresentou-se o número de medicamentos prescritos para cada paciente. Observou-se que dentre os entrevistados, há pacientes que utilizavam desde apenas um medicamento até 13 medicamentos por dia. Verificou-se que 64% dos pacientes entrevistados, usam de cinco a nove especialidades farmacêuticas continuamente. A média de medicamentos prescritos para cada paciente foi de 6,43.

Tabela 25 - Distribuição da quantidade de medicamentos prescritos para cada paciente, HCFMRP-2006.

Número de medicamentos Prescritos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1	1	0,8
2	7	5,5
3	11	8,6
4	12	9,4
5	14	11,2
6	19	15
7	15	12
8	19	15
9	14	11,2
10	6	4,7
11	7	5,5
12	1	0,8
13	1	0,8
Total	127	100

A baixa frequência de ações preventivas, tais como, dieta saudável, exercícios físicos, associada ao acesso fácil aos medicamentos contribui para o alto consumo de medicamentos pela população de idosos.

Quanto ao número e a média de medicamentos utilizados os dados coincidem com os resultados de Mosegui et al. (1999), que em estudo realizado no Rio de Janeiro, a média de medicamentos consumidos foi de 4 e o número variou de 1 a 17.

Há evidências de que os idosos americanos, vivendo na comunidade, tomam em média de 2,7 a 4,2 medicamentos prescritos ou não prescritos. Apesar de não existir um consenso sobre qual número expresse a polifarmácia, ela têm sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medida por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliada nas revisões clínicas, usando critérios específicos (HANLON et al., 2001; LINJAKUMPU et al., 2002). Quantitativamente, ela tem sido classificada por alguns autores como uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. Flaherty et al., (2000) divide e avalia graus de polifarmácia da seguinte forma: de cinco a seis; de sete a nove e ≥ 10 medicamentos.

O fácil acesso a medicações e a baixa regularidade do uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos contribui para esse consumo elevado de medicamentos pela população de idosos (FLORES; MENGUE, 2005).

A prevalência de uso de medicamentos, ajustada por idade, é maior entre as mulheres (CHRISCHILLES, 1990), as quais apresentam piores estado funcional e saúde auto-referida, sintomas depressivos e hospitalizações (CHRISCHILLES, 1992).

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis. O perfil de uso obedece a peculiaridades de idade, gênero, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica. A inadequação traduz-se por quantidade e qualidade impróprias dos produtos empregados (ROZENFELD, 2003)

Segundo Rozenfeld (2003) entre os indicadores da qualidade da terapia dos idosos destacam-se:

- número de produtos empregados por pessoa;
- a proporção de produtos com associações em doses fixas;
- a proporção dos fármacos contra-indicados; sem efeitos benéficos comprovados; eficazes, mas empregados em formas farmacêuticas, doses, duração de tratamento ou indicação terapêutica impróprias; com potencial inaceitável de provocar interações;
- uso redundante de fármacos da mesma classe terapêutica.

O maior número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico também estão associados à não-adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Além disso, também é importante citar que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia é um entrave para a adesão, o que pode ser chamado de efeito protetor da não-adesão, que seria uma não-adesão inteligente à terapêutica (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Muitos fatores citados na literatura, relacionados a não adesão ao tratamento, tais como, custo elevado, número elevado de medicamentos prescritos, alta prevalência de doenças crônicas de caráter assintomático, estão presentes na população estudada.

Na **Tabela 26** apresentou-se o número de diagnósticos na amostra de idosos entrevistados. Observou-se que 80% possuem entre 4 e 8 diagnósticos, fato que revela a complexidade dos pacientes atendidos em hospital terciário. A média de medicamentos prescritos para cada paciente foi de 6,6 e o número de diagnósticos prescritos variou de 1 a 12.

Tabela 26 - Distribuição da quantidade de diagnósticos por paciente, HCFMRP-2006.

Número de diagnóstico	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1	0	0
2	0	0
3	5	4
4	19	15
5	13	10
6	27	21
7	22	17,3
8	21	17
9	11	9
10	2	1,6
11	5	4
12	2	1,6
Total	127	100

5.3 Resposta obtidas no Teste Morisky e Green (TMG), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Índice de atividades de vida diária de Barthel

Para realizar a análise das variáveis: adesão ao tratamento, atividades de vida diária e sintomas de depressão, utilizou-se o Teste de Morisky e Green, a escala de atividades de vida diária de Barthel, e a Escala de Depressão Geriátrica e para os índices de cognição do indivíduo idoso o Mini Exame do estado Mental.

É importante enfatizar que o AGER é um ambulatório que, em geral, atende a uma população de idosos com capacidade funcional preservada, porém com múltiplas comorbidades, e os diagnósticos de demência estabelecidos neste serviço são transferidos para um ambulatório especializado – por isso não há pacientes com diagnóstico definitivo de demência, o que pode aparecer são casos em investigação.

Neste estudo, foram utilizados métodos indiretos de avaliação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Utilizou-se a entrevista, que é um

instrumento de fácil aplicação, tem boa aceitação pelos participantes, como também apresenta custo reduzido. Porém, na análise dos dados obtidos com a entrevista, devem-se levar em consideração as limitações intrínsecas a este método.

A análise de diversos estudos em que se compararam os índices de adesão obtidos por métodos diretos e indiretos, observou-se que o paciente aderente dificilmente informa não-adesão ao tratamento. Do mesmo modo, o paciente que se declara não-aderente, provavelmente, está descrevendo a verdade. Porém, quando o paciente informa que está fazendo o uso correto da medicação, conforme o prescrito, e informa corretamente o nome do medicamento, nem sempre se pode garantir a adesão. Isto pode ocorrer porque os pacientes indagados sobre o uso de medicamentos apresentam tendência a relatar comportamento de acordo com o esperado (OSTENBERG; BLASCHKE, 2005). Por isso, a vulnerabilidade dos métodos indiretos associa-se à maior probabilidade de haver a superestimação da adesão e, correspondendo a isso, a subestimação da não-adesão (VERMEIRE et al., 2001; LEITE; VASCONCELOS, 2003; OSTENBERG; BLASCHKE, 2005).

Na **Tabela 27** apresentou-se o resultado do Teste Morisky e Green (TMG). O Teste Morisky e Green foi utilizado para mensurar a adesão individual ao tratamento farmacológico e do total de 127 entrevistados, 55 % esqueciam de tomar seus medicamentos, enquanto 36 % se descuidavam do horário, 81 % não tomavam quando se sentiam bem e 64,6 % deixavam de tomar, caso os medicamentos faziam mal. Em relação à adesão, 22% foram considerados como maior adesão e 78% menor adesão pelo Critério 2, que confere menor adesão um escore de 0 a 3 pontos e maior adesão 4 pontos. Pelo Critério 1, os com menor adesão contaram 53% (0-2 pontos) e os com maior adesão 47%(3 e 4 pontos).

Tabela 27 - Distribuição dos idosos entrevistados em relação as respostas do TMG, HCFMRP-2006.

Adesão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 - 2	67	52,8
3	32	25,2
4	28	22,
Total	127	100

Leite e Vasconcelos (2003), em análise sobre estudos de adesão, apresentam críticas ao Teste Morisky e Green, uma vez que este não dá ao paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades à respeito do tratamento. Apontam que, apesar dos testes serem baseados em formulários padronizados, sem aprofundamento individualizado, há necessidade de que paciente e entrevistados tenham uma relação de confiança, pois a validade das respostas depende da sinceridade do entrevistado.

A escolha do Teste Morisky e Green fundamentou-se no fato de se ter disponível, em língua portuguesa, um instrumento de fácil aplicação, com um número, relativamente, pequeno de questões, compreensíveis, que proporcionam a verificação da atitude do paciente frente à tomada dos medicamentos. Além disso, o fato do teste já ter sido utilizado em outros estudos no Brasil, também foi um fator estimulante para utilizá-lo em uma população específica de idosos (STRELEC, 2000; DEWULF, 2006; MARQUES, 2006).

Os resultados obtidos (53% menos aderentes e 47% mais aderentes) pelo Critério1 não diferem muito dos encontrados por Morisky; Green e Levine (1986), que ao estudarem 290 pacientes hipertensos, verificaram que 67% pontuaram entre 3 e 4 (mais aderentes), enquanto que 33% pontuaram entre 0 e 2 (menos

aderentes). Entretanto, tais valores diferem quando da aplicação do Critério 2, vez que se observou os resultados de 78% menos e 22% mais aderentes.

A freqüência das respostas negativas pode ser um indicador da importância de cada questão para comportamento individual do paciente. A questão relativa ao esquecimento 45 % responderam de forma negativa, ou seja, 55% se esquecem de tomá-los e isto pode ser um indicador de perda de memória nesses pacientes, 64 % referiram não se descuidar do horário. Entretanto, 81 % e 64,6% responderam, respectivamente, que deixam de tomar seus medicamentos quando estão se sentindo bem, e deixam de tomá-los, quando estão se sentindo mal.

No presente estudo, a quantidade de pacientes que respondeu positivamente as perguntas do TMG foram maiores do que as que responderam negativamente. A resposta “Sim” foi mais freqüente nas questões sobre esquecimento, se sente bem deixa de tomar os medicamentos e na que se sente mal deixa de tomar. A resposta “Não” só foi mais freqüente na pergunta que se refere ao cuidado com o horário.

Em análise realizada sobre os estudos da adesão citados na literatura, Leite e Vasconcelos (2003) apontam que o paciente não está muito preocupado com o seguimento do tratamento propriamente dito, mas sim com a melhora dos sintomas e a volta a vida normal, ou seja, o paciente não está preocupado em desobedecer ao receituário médico, mas em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior auto controle e liberdade.

Na **Tabela 28** são apresentadas as respostas dos pacientes entrevistados quanto a escala de Depressão Geriátrica. Percebe-se que grande parte dos pacientes 60% dos idosos entrevistados estão com sintomas depressivos, 18% sintomas moderados, sendo que 24,4% apresentam sintomas graves de depressão.

Tabela 28 - Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto à escala de Depressão Geriátrica, HCFMRP-2006.

EDG	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 - 5	51	40,2
6-7	22	17,3
8 - 9	23	18
>10	31	24,4
Total	127	100

O escore da EDG 15 sugere depressão a partir de 5 pontos. Mesmo sem avaliar objetivamente a gravidade dos sintomas, indicou-se: depressão moderada de 8 a 9, e grave acima de 10 pontos para EDG 30 e 15, respectivamente (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Os transtornos depressivos apresentam significativa prevalência entre indivíduos idosos da comunidade, variando entre 4,8 e 14,6%. Quando os estudos de prevalência referem-se a idosos hospitalizados ou institucionalizados, os resultados são ainda maiores, atingindo 22%. Nos estudos que avaliam os sintomas depressivos clinicamente significantes, utilizando escalas de sintomas, a variação na prevalência na comunidade aumenta para 6,4 a 59,3% (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Esse cenário gera um elevado custo econômico para o indivíduo, a família e a sociedade, composto por fatores como o custo dos serviços sociais e de saúde, a redução na produtividade ou a perda do emprego e o impacto negativo na mortalidade prematura (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Gordilho (2002) aponta que vários fatores de risco tem sido identificados como predisponentes à depressão na fase tardia da vida. Entre eles, inclui-se a fragilidade na saúde, notadamente por maior prevalência de doenças como as

cérebro vasculares, infarto agudo do miocárdio, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crônica e demência. Outras situações psicossociais, tradicionalmente ligadas ao envelhecimento, como pobreza, viuvez, institucionalização e solidão, são relatadas como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. No seu processo de envelhecimento, os indivíduos defrontam-se com fortes mudanças no seu papel social. As perdas, especialmente a morte do cônjuge, de filhos ou de amigos próximos, muitas vezes atuam como fatores desencadeantes de sintomas e transtornos depressivos ou de ansiedade.

Na **Tabela 29** são apresentadas as respostas dos pacientes entrevistados quanto à escala de atividades de vida diária de Barthel. Observa-se que 90% dos pacientes classificaram-se entre os escores 13-20 com média de ± 18 , significando que os pacientes entrevistados em sua maioria eram independentes.

Tabela 29 - Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto à escala de atividades de vida diária de Barthel, HCFMRP-2006.

Barthel	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<4	1	0,8
5 - 8	4	3,2
9 - 12	6	4,7
13 - 20	116	91,3
Total	127	100

A pontuação igual a 20 significa que o indivíduo é totalmente independente, 12 indica elevada probabilidade de o indivíduo conviver na comunidade, 8 indica importante dependência, e 4 elevado risco de morte.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas

atividades. É um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Estudos anteriores têm mostrado que a total autonomia (definida como relato de nenhuma dificuldade) para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro varia entre 83% e 97% entre pessoas com ≥ 65 anos de idade residentes em diversas cidades americanas (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Inquérito domiciliar realizado em São Paulo, mostrou proporção crescente da idade avançada e a necessidade de auxílio para realização das atividades da vida diária (AVDs) tais como vestir-se, alimentar-se ou cuidar de sua higiene. A partir dos 80 anos apenas 15% dos entrevistados não necessitavam de algum auxílio, enquanto 28% requeriam cuidados pessoais em tempo integral, em virtude do grau de incapacidade, sendo que dos 65 aos 69 anos 54% dos indivíduos não necessitam auxílio para realizar tarefas (RAMOS; SAAD, 1990).

Mesmo que se tratando de um ambulatório com idosos com grau de independência preservado chegou-se próximo a estudos populacionais como os descritos por Lima-Costa; Barreto e Giatti (2003) que obtiveram resultados compreendidos dentro desta variação: 85% dos participantes do estudo com ≥ 60 anos de idade relataram não ter dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.

Em pesquisa realizada no município de São Paulo mostraram que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (RAMOS et al., 1993).

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis. Parece, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para a eliminação de certos fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional (ROSA et al., 2003).

Na **Tabela 30** são apresentadas as respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Observou-se que 63% dos idosos tinham alteração cognitiva quando aplicado o teste com o mesmo corte para todos (corte de 24), conforme sugerido por Folstein; Folstein e Mchugh (1975).

Tabela 30 - Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), HCFMRP-2006.

MEEM	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Alterado	80	63
Não Alterado	47	37
Total	127	100

Na **Tabela 31** apresentou-se as respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) segundo as escolaridades. Quando considerou-se a escolaridade percebeu-se alterações de 68%, 42%, 47% e 40%, respectivamente, para as escolaridades analfabetos, 1-3 anos, 4-7 anos e > que 7 anos. 52% dos pacientes entrevistados possuíam o resultado do MEEM alterado.

Tabela 31 - Distribuição das respostas dos pacientes entrevistados quanto ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) segundo as escolaridades, HCFMRP-2006.

MEEM	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Alterado (analfabeto)	28	68,29
Alterado (1- 3 anos)	14	42,42
Alterado (4 - 7)	18	47,37
Alterado (> de 7)	6	40

Nesse momento, a intenção em aplicar o MEEM nos idosos não foi de diagnosticar casos de demência, mas, sim, de verificar como estão as condições cognitivas dos pacientes entrevistados e se, possivelmente, essas condições podem influenciar no uso de medicamentos. Quando não foi possível a aplicação do teste pela entrevistadora por falta de tempo, os resultados foram obtidos por meio da consulta ao prontuário dos respectivos pacientes.

Percebeu-se que em todos os níveis de escolaridade a porcentagem dos pacientes com alterações cognitivas é importante o que pode ser um risco para que os pacientes tomem seus medicamentos de maneira inadequada.

Como considerou-se a população objeto deste trabalho, com índices de escolaridade baixos optou-se por concordar com os cortes sugeridos pelos estudos de Caramelli e Nitrini (2000), sendo 18 para indivíduos analfabetos, 21 (1-3 anos de escolaridade), 24 (4-7 anos) e 26 (> que 7 anos), o indivíduo abaixo desta nota de corte tem algum comprometimento do estado mental e deve ser encaminhado para uma avaliação neurológica complementar.

Segundo Lourenço e Veras (2006), o melhor ponto de corte para indivíduos analfabetos foi 18/19 (sensibilidade =73,5%; especificidade =73,9%), e para aqueles com instrução escolar foi 24/25 (sensibilidade =75%; especificidade =69,7%).

Concordando com estudos realizados por Bertoluccl et al. (1994) Brucki et al.

(2003), Laks (2003), Herrera et al. (2002), Almeida (1998) o desempenho do MEEM é fortemente influenciado pela escolaridade, recomendando-se o emprego de notas de corte conforme nível educacional. Não há até o momento, no entanto, estudo definitivo nesse sentido, e as notas de corte descritas na literatura variam conforme o estudo e a população avaliada.

Brucki et al. (2003), propôs os escores medianos por escolaridade os quais foram: para analfabetos, 20; para idade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

Em outro trabalho no mesmo meio, Caramelli et al. (1999) obtiveram um corte de 18 pontos para analfabetos, comparando-se uma população normal a idosos com diagnóstico de quadro demencial confirmado por exame neuropsicológico. No estudo de Almeida, (1998) o melhor corte para o diagnóstico de demência em idosos sem escolaridade foi de 20, com sensibilidade de 80% e especificidade de 70,9%. Este autor refere que a influência da escolaridade foi observada somente entre este último grupo e os demais níveis, com grupos de escolaridade semelhantes ao de presente trabalho. Para ele, o melhor ponto de corte para idosos escolarizados seria o de 24 pontos, como preconizado por (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Na **Tabela 32** apresentou-se as respostas obtidas no TMG, em relação aos índices de depressão obtidos com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Observou-se que idosos com mais sintomas de depressão possuem baixa adesão ao tratamento.

Tabela 32 - Distribuição das respostas obtidas no TMG, em relação aos índices de depressão obtidos com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), HCFMRP-2006.

EDG	Adesão			Total
	0 - 1	2 - 3	4	
0 - 5	10(7,8%)	31(24,4%)	10(7,8%)	51(40,2%)
6 - 10	18(14,2%)	26(20,5%)	13(10,2%)	57(45%)
> 10	4(3,2%)	10(7,8%)	5(4%)	19(15%)
Total	32(25,2%)	67(52,7%)	28(22%)	127(100%)

Os pacientes classificados como maior adesão (22%), 8% são os pacientes sem sintomas depressivos, e 14% os com sintomas depressivos. Já os pacientes com menor adesão (78%), os com sintomas depressivos contam 46%, e sem sintomas depressivos 32%.

Portanto verificamos que a maior parte dos pacientes que não cumprem com o tratamento proposto, em sua maioria estão com sintomas depressivos.

Na **Tabela 33** apresentou-se as respostas obtidas no TMG, em relação aos índices de atividades de vida diária obtidos com a Escala de Barthel. Observou-se que como a grande parte da população estudada encontra-se classificada como independente, a relação com a adesão não foi verificada.

Tabela 33 - Distribuição das respostas obtidas no TMG em relação aos índices de atividades de vida diária obtidos com a Escala de Barthel, HCFMRP-2006.

Barthel	Adesão			Total
	0 - 1	2 - 3	4	
<4	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,8%)	1(0,8%)
5 - 8	0(0,00%)	3(2,3%)	1(0,8%)	4(3,2%)
9 - 12	0(0,00%)	2(1,6%)	4(3,2%)	6(4,7%)
13 - 20	32(25,2%)	62(48,8%)	22(17,3%)	116(91,3%)
Total	32(25,2%)	67(52,76%)	28(22,%)	127(100,00%)

Os pacientes com maior adesão (22%), 17% deles foram considerados como independentes, enquanto que, os com menor adesão (78%), 73% também foram considerados como independentes. Significando que a maior ou menor adesão não depende diretamente da capacidade funcional do indivíduo.

Na **Tabela 34** apresentou-se as respostas obtidas no TMG, em relação às respostas obtidas no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Observou-se que houve uma relação com os escores alterados do MEEM e baixos índices de adesão.

Tabela 34 - Distribuição das respostas obtidas no TMG, em relação às respostas obtidas no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), HCFMRP-2006.

MEEM	Adesão			Total
	0 - 1	2 - 3	4	
Alterado	21(16,5%)	38(29,9%)	21(16,5%)	80(63%)
Não Alterado	11(8,6%)	29(22,8%)	7(5,5%)	47(37%)
Total	32(25,2%)	67(52,7%)	28(22%)	127(100%)

Os pacientes com maior adesão a terapêutica medicamentosa avaliado pelo TMG, quando relacionados com MEEM, 16% do total de 22% com maior adesão, estavam com resultados do MEEM alterado, enquanto, que os pacientes com menor adesão (78%), 46% ou seja, quase a metade, também estavam com MEEM alterado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se pelo presente estudo que a melhoria das condições de saúde dos idosos não está diretamente relacionada com o grande consumo de medicamentos, mas sim, observa-se que mesmo usando vários medicamentos a maioria dos idosos continua com sintomas depressivos, alterações cognitivas influenciando a qualidade de vida.

A educação e promoção em saúde e o emprego de manobras preventivas para o paciente com relação à doença e tratamento é fator primordial na obtenção de melhores resultados quanto a adesão.

A pobre adesão ao regime terapêutico, a polifarmácia e a automedicação são fatos comuns na prática médica, principalmente, das doenças crônicas. Esse fato contribui, substancialmente, para piora da doença, morte e aumento do custo de saúde. Os profissionais da saúde devem sempre procurar pela baixa adesão e devem reduzi-la, procurando encontrar um esquema terapêutico para o estilo de vida do paciente, tornando-o simples. O questionamento da tomada da medicação, sem a ênfase de um julgamento, é o método mais adequado para identificar o paciente com baixa adesão.

Assim, alguns dos desafios para os profissionais da saúde, principalmente farmacêuticos, médicos e enfermeiros, serão promover o uso racional de medicamentos; contribuir no processo educativo dos usuários acerca dos riscos da auto-medicação; da interrupção e da troca do tratamento prescrito, bem como quanto à necessidade da receita médica; realizar avaliações regulares desses medicamentos empregados pelos idosos quanto à complexidade do regime posológico, custo e aderência ao tratamento.

6.1 Conclusões

Estudando o uso de medicamentos em idosos e a adesão ao tratamento. Os principais resultados encontrados possibilitam as seguintes conclusões, conforme abaixo:

01. Houve na população estudada predominância de mulheres, casadas ou viúvas, aposentados, baixa renda familiar, 1/3 de analfabetos.
02. Os pacientes adquirem seus medicamentos na farmácia do posto e farmácia comercial, os mesmos utilizam seus medicamentos em um tempo de 1 a 10 anos.
03. A prevalência da automedicação e as classes terapêuticas mais utilizadas, foram semelhantes ao encontrado na literatura.
04. Os pacientes que informaram utilizar medicamento sem prescrição, contavam com baixa renda familiar.
05. Evidenciou-se que em média os idosos gastaram de 51 a 149 reais com medicamentos prescritos ou não.
06. Os medicamentos prescritos mais prevalentes e as classes terapêuticas mais freqüentes coincidiram com dados da literatura.
07. As doenças mais prevalentes na população estudada foram similares as encontradas na população de idosos em geral, hipertensão, dislipidemia e depressão, os sistemas em que encontramos a maioria dos diagnósticos dos pacientes são cardiovascular, SNC e osteomuscular
08. Os entrevistados usam de cinco a nove especialidades farmacêuticas e possuem entre 4 e 8 diagnósticos.
09. A adesão foi de 22%, concordando com a literatura.

10. A prevalência de sintomas de depressão e alterações cognitivas foram consideráveis na população estudada.
11. A maioria dos pacientes eram independentes para AVD's.
12. Houve uma relação entre a presença de sintomas depressivos, alterações cognitivas e os índices de adesão.
13. Houve presença de medicamentos inadequados nas prescrições dos idosos.
14. Muitos fatores citados na literatura, relacionados a não adesão ao tratamento, tais como, custo elevado, número elevado de medicamentos prescritos, alta prevalência de doenças crônicas de caráter assintomático, estão presentes na população estudada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O.P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Fatores predisponentes e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.3, p.152-157, set .1999.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo. v. 57, n.2B, p. 421-426, jun. 1999.

ALMEIDA, O.P. The Mini-Mental State Examination and the Diagnosis of Dementia in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo. V. 56, n. 3B, p. 605-612, sept. 1998.

ANDRADE, M.A. **Avaliação do consumo de medicamentos em idosos no município de Londrina – PR**. 2004. 94f. Tese (Doutorado em Fármacos e Medicamentos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.79, n.4, p.380-384, oct. 2002.

ANDERSON, M.I. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1-13, nov. 1998.

ÂNGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, YAO, DIOGO, MJD. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Artmed; 2000, p.27-31.

ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n. 1, p. 71-77, fev. 1997.

ARAÚJO, R.C. Aconselhamento ao paciente sobre medicamentos: ênfase nas populações geriátricas e pediátrica. **Farmacoterapêutica**, Brasília, v.4, n.06, p.1-3, nov/dez. 1999.

ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre o Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.7-19, fev. 2000.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n.1, p.1-7. 1994.

BURKE, L.E. Adesão a regimes de tratamneto cardiovascular. In: WOODS S.L.; FROELICHER E.S.S.; MOTZER S.U. **Enfermagem em cardiologia**. São Paulo: Manole, 2004, p.1033-1045.

BRANDÃO A.P.; BRANDÃO A.A.; FREITAS E.V.; MAGALHÃES E.C.; POZZAN R. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Capítulo 46, p. 459-473.

BRAND, F.N.; SMITH, R.T.; BRAND, P.A. Effect of economic barriers to medical care on patient's noncompliance. **Public Health Reports**, Rockville, v. 92, n.1, p.72-78, jan/fev. 1977.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.61, n.3B, p.777-781, sept. 2003.

CAMARANO A.A. Envelhecimento da população brasileira uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Cap. 10, p. 88-105.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n.4, p.301-301, out/dez. 2000.

CARAMELLI P.; HERRERA JR. E.; NITRINI R. O mini-exame do estado mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, supl 11:7. 1999.

CARAMELLI, P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do Diagnóstico de Demência. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Capítulo 22, p. 238-240.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.02, p.184-200, abr. 1997.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Cap. 11, p. 107-128.

CHRISCHILLES, E.A.; FOLEY, D.J.; WALLACE, R.B.; LEMCKE, J.H.; SEMLA, T.P.; HANLON, J.T.; GLYNN, R.J.; OSTFELD, A.M.; GURALNIK, J.M. Use of medications by persons 65 and over: Data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. **Journal of Gerontology**, St Louis, v.47, n.5, p.M137-M144, sep.1992.

CHRISCHILLES, E. A.; LEMKE, J. H.; WALLACE, R. B.; DRUBE, G. A. Prevalence and characteristics of multiple analgesic drug use in an elderly study group. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.38, n.9, p.979-984, sep. 1990.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.05, p.445-53, out. 1999.

COELHO FILHO J.M.; MARCOPITO L.F.; CASTELO A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.4, p.557-64, ago. 2004.

COHEN, M. **Medication erros**: causes, prevention and risk management. Washington: American Pharmaceutical Association; 1999.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1359-66, set-out. 2002.

DEWULF, N.L.S.; MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; VIEIRA, E.M.; TRONCON, L.E.A. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.42, n.4, out/dez. 2006.

DOMINO, F.J. Improving adherence to treatment for hypertension. **American Family Physician**, Kansas City, v. 71, n.11, p.2089-2090. 2005.

FELICIANO A. B.; MORAES S. A.; FREITAS I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov-dez, 2004.

FICK, D.M.; COOPER, J.W.; WADE, W.E.; WALLER, J.L.; MACLEAN, J.R.; BEERS, M.H. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, n. 163, p. 2716-2724, dec. 2003.

FLORES, L.M.; MENGUE, S.S. Drug use by the elderly in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 6, p. 924-929, dez. 2005.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, London, v. 12, n.3, p.189-98, nov. 1975.

FRANK M.H.; RODRIGUES N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Capítulo 35, p. 376-387.

FLAHERTY, J.H.; PERRY, H.M.; LYNCHARD, G.S; MORLEY J.E. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. **Journal of Gerontology. Series A Biological sciences and Medical sciences**, Washington, v. 55, n.10, p. 554-559. nov. 2000.

GALLUP, G. JR.; COTUGNO, H.E. Preferences and Practices of Americans and their physicians in antihypertensive therapy. **American Journal of Medicine**, New York, v.81, n. 6 suppl 3, p.20-24. dec. 1986.

ROMEU, G.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.

GORZONI, M.L.; PASSARELLI, M.C.G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e**

gerontologia. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. Capítulo 97, p. 942-949.

GORDILHO A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. Cap. , p. 204-215.

GRI, E.; VÁZQUEZ, F.; BARROSO, A.; CANTERO, M.; MONJO, M.; JUNCOSA FONT, S.; PLANES MAGRIÑÁ, A.; RIBAS, A. Consumo de medicamentos y remedios naturales en la población anciana de un área rural. **Atención Primaria**, Barcelona, v.23, n.8, p.455-460, mai. 1999.

GURWITZ, J. H. Suboptimal medication use in the elderly. The tip of the iceberg. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.272, n.4, p.316- 317, jul. 1994.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.2, p.143-151, abr. 1989.

HERRERA E.; CARAMELLI P.; SILVEIRA A.S.B.; NITIRNI R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, Lawrence, v.16, n.2, p. 103-108, apr/jun. 2002.

HANLON J.T.; SCHMADER K.E.; RUBY C.M.; WEINBERGER M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v.49, n.2, p. 200-209, fev. 2001.

HIGGINS, N. REGAN, C.A. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes, London, **Age and Ageing**. V.33, n.3, p.224-229. 2004.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1996. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE. **Brasil em Números**. Rio de Janeiro, v. 5, 1997.

IBGE. **Contagem da População** – 1996. Disponível em: <www.ibge.gov.br>, Acesso feito em 10 de setembro de 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso feito em 10 de setembro de 2006.

IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil – 2000**. Rio de Janeiro: FIBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002.

IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais 2004**. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso feito em 13 de abril de 2006.

IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais 2005**. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso feito em 13 de abril de 2006.

IBRAHIM, S. A.; KWOH, C. K. Underutilization of oral anticoagulant therapy for stroke prevention in elderly patients with heart failure. **American Heart Journal**, St. Louis, v.140, n.2, p.219-220, aug. 2000.

INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), 1990. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Brasília: Secretaria de Projetos Especiais.

JARDIM, P.C.V.B.; JARDIM, T.S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.13, n. 1, p. 26-29, jan/mar. 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987.

KRUMHOLZ, H. M.; RADFORD, M. J.; WANG, Y.; CHEN, J.; HEIET, A. MARCINIAK, T. A. National use and effectiveness of β -blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 280, n.7, p.623-629, aug.1998.

LAKS, J.; BATISTA, E.M.R.; GUILHERME, E.R.L.; Contino, A.L.B.; Faria, M.E.V.; Figueira, I.; Engelhardt, E.. Mini-mental state examination in community-dwelling elderly: preliminary data from Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.61, n.3B, p. 782-785, sep. 2003.

LEITE S.N.; VASCONCELLOS M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 509-518, jul/ago. 1999.

LIMA-COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, mai/jun.2003.

LIMA, M.G.; RIBEIRO, A.Q.; ACURCIO, F.A.; ROZENFELD, S.; KLEIN, C.H. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1423-1430, jun, 2007.

LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELÄ, S,L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v.55, n.8, p. 809-817, aug. 2002.

LYRA JÚNIOR, D.P.; AMARAL R.T.; VEIGA E.V.; CÁRNIO E.C.; NOGUEIRA M.S.; PELÁ I.R. Pharmacotherapy in the elderly: a review about the multidisciplinary team approach in systemic arterial hypertension control. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-41, may/june. 2006.

LOPES, R.G.C. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento / Ruth Gelehrter da Costa Lopes. - São Paulo: EDUC, 2000.192p.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.6, p.712-719, aug. 2006.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **British Medical Association**, London, v. 326, n.7385, p. 348-349, feb, 2003.

MARQUES, C.P.A. **Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitude frente a terapia com antineoplásicos orais e lócus de controle de saúde**. 144p. Dissertação (Mestrado em Saúde do adulto), Escola de Enfermagem (EE), Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

MAHONEY F.I., BARTHEL D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, v.14, p. 61-65, feb.1965.

MEINERS, M.M.M.A. BERGSTEN-MENDES G. Drug prescription for pediatric in patients: how can the quality be evaluated? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.4, p.332-337, oct./dec. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [on-line]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso feito em 10 de dezembro de 2005.

MORISKY D.E.; GREEN L.W.; LEVINE D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v.24, n.1, p.67-74, jan. 1986.

MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C.M.M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.5, p. 437-444, out.1999.

NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION, JR. D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Editora Lemos editorial; 2001. 118p.

OIGMAN W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION, JR. D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Editora: Lemos Editorial; 2001. cap. 2, p. 35-46.

OIGMAN W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p. 30-34, jan/mar. 2006.

OSTERBERG L.; BLASCHKE T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 353, n.5, p. 487-97, aug. 2005.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition in the Américas. Maryland: PAHO, 1996.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p. 918-923, dec. 2005.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Primeira edição. São Paulo: Atheneu, 1996. 524p.

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

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Primeira edição. São Paulo: Atheneu, 1996. Capítulo 3. pag. 26-43.

PESSOA, J.H.L.; BALIKJAN, P.; FRITTELLA, S.; NASCIMENTO, R.; RIBEIRO, L. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.14, n.2, p.73-77, jun.1996.

PIERIN A.M.G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION, JR. D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Editora Lemos editorial; 2001, cap. 1, p.23-33.

RAMOS, L. R.; GOIHMAN, S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n.6, p.478-492, dec. 1989.

RAMOS, L. R; SAAD, P.M. **Morbidade da população idosa**. In: Fundação SEADE. O idoso na grande São Paulo, p.161-72, 1990.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. Cap. 7, p. 72-78.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.C.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, abr.1993.

RISSATO, M.A.R. **Eventos adversos relacionados a medicamentos no contexto hospitalar: revisão de literatura**. 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

ROSA, T.E.C.; BENICIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O; RAMOS, L.R. Determinant factors of functional status among the elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.40-48, feb. 2003.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 717-724, mai-jun. 2003.

SACKETT D.L.; HAYNES R.B.; GIBSON, E.S.; TAYLOR, D.W.; HAYNES, R.B.; HACKETT, B.C.; ROBERTS, R.S.; JOHNSON, A.L. Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension. **The Lancet**, London, v. 305, n. 7918, p.1205-1207, may. 1975.

SANO, P.Y.; MASOTTI, R.R.; SANTOS A.A.C., CORDEIRO, J.A. Evaluation of the understanding level of pediatric prescription. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p.140-145, mar/abr. 2002.

SPERANZINI, M. B.; DEUTSCH, C.R. Cirurgia. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. Segunda edição. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 60, pág. 653-660.

STRELEC, M.A.A.M. **A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada dos remédios no controle da pressão arterial**. 2000. f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

TEIXEIRA, J.J.V.; SPÍNOLA, A.W.P. Comportamento do paciente idoso frente à aderência medicamentosa. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 5-9, abr. 1998.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, abr. 2001.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada á saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de

agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai.-jun. 2003.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics**, Oxford, v. 26, n.5, p. 331-342, oct. 2001.

VIEIRA D.F.C. **Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos**. 2004. 130p Dissertação (Mestrado em Saúde na comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology and Nordic on Medicines. Guidelines for ATC classification, Oslo, 1990.

WHO. World Health Organization. Adherence do long-term therapies: evidence for action. Genebra;2003.

WHO. World Health Organization. The top ten causes of death. Fact sheet N° 310 / February 2007.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n.1, p. 37-49, 1983.

(5) namorado

(6) companheira

5) Com quem o Sr/a mora? *(pode ser assinalada mais de uma alternativa, sn)*

(1) só

(2) companheiro/a

(3) esposa/o

(4) filhos

(5) irmãos

(6) outros _____

Quantas pessoas? _____

6) Onde o Sr/a mora? *(cidade/estado)*

7) Qual sua ocupação atual? *(considerar ocupação principal se for aposentado e estiver fazendo um bico considerar atividade de maior valor)*

(1) aposentado

(2) desempregado

(3) trabalhador com vínculo empregatício

(4) trabalhador autônomo

(5) do lar

(6) outros

8) Qual sua renda familiar? (*mostrar alternativas para o entrevistado e solicitar que opte pela que mais se aproxima de sua realidade*)

(1) menos que 1 salário mínimo

(2) de 1 até 3 salários mínimos

(3) de 4 até 5 salários mínimos

(4) de 5 até 7 salários mínimos

(5) de 7 até 10 salários mínimos

(6) 10 ou mais

9) Há quanto tempo o Sr/a toma remédios? (*meses ou anos*)

10) O Sr/a, às vezes, esquece de tomar seus remédios?

(1) Sim

(2) Não

Qual é o motivo? _____

11) O Sr/a, às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?

(1) Sim

(2) Não

12) Quando o Sr/a se sente bem, às vezes deixa de tomar seus remédios?

(1) Sim

(2) Não

13) Quando o Sr/a se sente mal, com os remédios às vezes deixa de tomá-los?

- (1) Sim
- (2) Não

14) Quais os remédios que o Sr/a toma todos os dias? (*considerar pomadas e injetáveis*)

Medicamento	Dose	Posologia	Indicação

15) Registrar a fonte da informação sobre os medicamentos? (*apenas registrar*)

- (1) informação verbal do paciente
- (2) prescrição médica
- (3) informação verbal do cuidador
- (4) outra **Qual?** _____

16) Quem controla o horário que o Sr/a toma seus medicamentos?

- (1) eu
- (2) esposa/o
- (3) companheira/o
- (4) filhos
- (5) amigos
- (6) outros

17) Quem tira os comprimidos da cartela para o Sr/a tomar?

- (1) eu
- (2) esposa/o
- (3) companheira/o
- (4) filhos
- (5) amigos
- (6) outros

18) O Sr/a entende o que o médico escreve na receita?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Sim

19) Quem controla a quantidade dos remédios que o Sr/a tem em casa e a época de pegar ou comprar mais remédios?

- (1) eu
- (2) esposa/o
- (3) companheira/o
- (4) filhos
- (5) amigos
- (6) outros

21) Quem indicou estes remédios?

- (1) médico
- (2) familiar

(3) farmacêutico

(4) amigo

(5) balconista

(6) vizinho

(7) outros **Qual?** _____

22) Onde o Sr/a adquire seus remédios?

(1) posto de saúde

(2) farmácia

(3) Hospital das clínicas

(4) outros **Qual?** _____

23) Quando o Sr/a tem dúvidas sobre o remédio, quem o Sr/a procura?

(1) farmácia perto de casa

(2) serviço de saúde mais próximo

(3) familiar

(4) médico

(5) outros **Qual?** _____

24) O Sr/a toma algum remédio além dos que estão na receita?

(1) Sim **Qual?** _____

(2) Não

25) O Sr/a compra os seus medicamentos prescritos?

(1) Sim

(2) Não

(3) Alguns **Qual?** _____

Quanto o Sr/a gasta por mês? _____

26) O problema de visão atrapalha tomar seus remédios?

(1) Sim

(2) Não

(3) pouco

(4) muito

27) Realiza atividade física?

(1) Sim

(2) Não **Por quê?** _____

30) Qual atividade pratica?

(1) Ginástica

(2) alongamento

(3) caminhada

(4) dança

(5) outros

31) Com que frequência?

(1) menos de 1 hora por semana

(2) de 1 até 3 horas pos semana

(3) de 3 até 5 horas pos semana

(4) de 5 até 7 horas por semana

(5) mais de 7 horas por semana

32) Você realiza fisioterapia?

(1) Sim **Quantas horas por semana?** _____

(2) Não

ANEXO II

Escala de Depressão em Geriatria

Escolha a melhor resposta de como se sentiu na última semana

1. O(a) senhor(a) está satisfeito com sua vida?

Sim (N) Não (D)

2. O(a) senhor (a) diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?

Sim (D) Não (N)

3. O senhor sente que a vida está vazia?

Sim (D) Não (N)

4. O senhor geralmente se sente aborrecido?

Sim (D) Não (N)

5. O senhor se sente animado a maior parte do tempo?

Sim (N) Não (D)

6. O senhor tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?

Sim (D) Não (N)

7. O senhor se sente feliz a maior parte do tempo?

Sim (N) Não (D)

8. O senhor se sente frequentemente desamparado?

Sim (D) Não (N)

9. O senhor prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

Sim (D) Não (N)

10. O senhor acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas?

Sim (D) Não (N)

11.O senhor acha que é bom estar vivo?

Sim (N) Não (D)

12.O senhor se sente inútil ou incapaz do jeito que está agora?

Sim (D) Não (N)

13.O senhor se sente cheio de energia?

Sim (N) Não (D)

14.O senhor se sente desesperançoso?

Sim (D) Não (N)

15.O senhor acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?

Sim (D) Não (N)

D= Deprimido

N= Normal

Total (contar as respostas **D**): _____

ANEXO III

Índice de Barthel de Atividade de Vida Diária

Alimentação

Incapaz (0)

Precisa de ajuda para cortar a comida, espalhar a manteiga etc. (1)

Independente: (comida cozida e servida sob alcance mas não cortada) (2)

Uso do Banheiro

Dependente (0)

Precisa de ajuda mas pode fazer algumas coisas sozinho, incluindo o uso do papel higiênico (1)

Completamente independente, entra no banheiro, se despe faz a higiene pessoal e sai. (2)

Bexiga

Incontinente ou cateterizado (0)

Acidente ocasional; máximo de uma vez a cada 24h (1)

Continente por mais de sete dias (2)

Intestino

Incontinente, ou precisa de enemas (0)

Acidente ocasional: menos de um por semana (1)

Continente (2)

Banho

Dependente (0)

	Independente (1)
Cuidados Pessoais*	Precisa de ajuda (0) Independente: instrumentos podem ser providos por terceiros (1)
Mobilidade	Imóvel (0) Independente em cadeira de rodas (incluindo curvas, portas) (1) Necessita auxilio de 1 pessoa: não treinada, incluindo Supervisão (2) Independente (pode usar qualquer órtese) (3)
Transferências	Incapaz: precisa de ajuda de dois para se levantar (0) Precisa de ajuda grande: auxílio físico de uma pessoa forte e treinada ou duas não treinadas (1) Precisa de pequena ajuda: uma pessoa com facilidade ou apenas supervisão para segurança (2) Independente (3)
Escadas	Incapaz (0) Precisa de ajuda: física, verbal ou para carregar a órtese (1) Independente (para subir e descer), carregando a órtese (2)

Vestir-se

Dependente (0)

Precisa de ajuda, mas parcialmente independente (1)

Independente: incluindo botões, zíper, laços (2)

* Barbear-se, pentear o cabelo, lavar o rosto, escovar os dentes

Total: _____

ANEXO IV

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Escore

ORIENTAÇÃO

5 () ano - mês – dia do mês – dia da semana – hora aproximada

5 () estado – cidade – bairro – hospital – andar ou setor

REGISTRO

3 () pente – vaso – laranja

Tentativas:.....

ATENÇÃO E CÁLCULO

5 () seriado descendente de 7: 93, 86, 79, 72, 65 **ou** soletrar “mundo” de trás para frente

EVOCAÇÃO

3 () repetir as 3 palavras dadas para registro

LINGUAGEM

9 () - denominar um relógio de pulso e uma caneta (2 pontos)

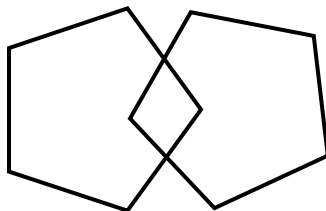
- repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)

- atender ao comando 3-estágios:” Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e ponha-o no chão” (3 pontos)

- ler e obedecer o seguinte: FECHER OS OLHOS (1 ponto)

- escrever uma frase (1 ponto):_____

- copiar o desenho (1 ponto)



Escore total:(max. 30 pontos)

ANEXO V

TESTE DE MORISKY E GREEN

As respostas SIM=0; NÃO=1

01- O Sr/Sra, às vezes esquece de tomar seus remédios?

SIM NÃO

02- O Sr/Sra, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?

SIM NÃO

03- Quando o Sr/Sra se sente bem, às vezes deixa de tomar os remédios?

SIM NÃO

04- Quando o Sr/Sra se sente mal com os remédios, às vezes, deixa de tomá-los?

SIM NÃO

ANEXO VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: "Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário"

Pesquisador responsável: enfermeira Cris Renata Grou Volpe.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto professor do Departamento de Medicina Social de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Estaremos desenvolvendo uma pesquisa sobre a vida de indivíduos idosos que usam medicamentos. O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as condições do uso de medicamentos no contexto domiciliar de pacientes idosos, atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Será utilizado um questionário com perguntas sobre nível sócio-econômico-cultural, hábitos, medicamentos que toma, se esquecem ou não de tomá-los ou se deixa de tomá-los por algum motivo, quais são os motivos que fazem com que não tome seus medicamentos adequadamente, por exemplo, e tudo não deve ultrapassar 20 minutos.

Por esta razão, você pode colaborar muito respondendo as questões com informações que serão importantes para nós profissionais da saúde, pois, nos mostrará como está a realidade da auto administração de medicamentos pelos idosos atendidos no ambulatório de geriatria, bem como farão-nos compreender melhor o que acontece no cotidiano de um paciente idoso que faz uso de uma série de medicamentos bem como suas implicações. Está pesquisa pode colaborar com a possibilidade da melhoria dos serviços médicos e de enfermagem oferecidos no ambulatório de geriatria da referida instituição.

As informações que forem fornecidas serão confidenciais e sua identidade jamais será conhecida ou divulgada para outras pessoas, inclusive após publicação do trabalho. Os entrevistados que participarem desta pesquisa não receberão qualquer benefício/incentivo direto pela participação no estudo, sua participação será voluntária.

Gostaríamos de esclarecer que você tem total liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo com isso prejuízo pessoal e/ou na forma de atendimento que utiliza nesta instituição. Você pode recusar a responder algumas questões se assim o desejar.

Será solicitado ao entrevistado que aceita participar da pesquisa que assinem um certificado de consentimento, para documentar sua decisão.

Assim, os pesquisadores ficam a disposição para esclarecimentos de quaisquer dúvidas que porventura ocorrerem.

Prof.Dr. Antonio Ruffino Netto
Volpe

Depto. Medicina Social
(016)3602-2529

crgrou@yahoo.com.br

Enfermeira Cris Renata Grou

(016) 3602-2455/3967-6423

e mail:

Eu, _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e concordo expressamente em participar da pesquisa sem receber qualquer remuneração ou benefício, prestando as informações que desejar conforme instrumento de pesquisa que será a mim apresentado, bem como que os

dados fornecidos possam ser utilizados em futuras publicações nos termos retro mencionados. Declaro também que todas minhas dúvidas sobre o assunto foram esclarecidas. Estou ciente de que poderei esclarecer outras dúvidas por meio de contato por telefone. Dessa forma, aceito participar da presente pesquisa.

Ribeirão Preto, de _____ de 2006.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

ANEXO VII