



Revista da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

www.ramb.org.br



Artigo de revisão

Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária[☆]

Antônio Augusto Schmitt Júnior, Stéphanie Lindner* e Ernani Tiaraju de Santa Helena

Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de novembro de 2012

Aceito em 30 de junho de 2013

On-line em 15 de novembro de 2013

Palavras-chave:

Idoso

Adesão à medicação

Atenção primária a saúde

Acesso aos serviços de saúde

R E S U M O

Objetivo: Identificar a prevalência de não adesão à terapia medicamentosa dos idosos atendidos na atenção primária de Blumenau, SC, Brasil.

Métodos: Estudo epidemiológico observacional, seccional, de base populacional com amostra aleatória de usuários que compareceram às farmácias de 14 unidades de atenção primária à saúde e responderam o questionário com as variáveis de estudo. A prevalência de não adesão foi medida por meio de um questionário autorrelatado. A associação entre variáveis de estudo e não adesão foi estimada pelo *odds ratio* por meio de modelo de regressão logística.

Resultados: Dos 151 idosos entrevistados, 84,1% referiram utilizar medicação contínua. A média de idade foi de 69,04 anos. Com relação às características médico-assistenciais, a média de medicamentos utilizados foi de 4,3, e patologias do aparelho circulatório apareceu como destaque (43,3%) entre as doenças de base. A prevalência de não adesão foi de 35,4%. As variáveis “interrupção prévia por falta de medicamento” e “uso de medicamentos com prescrição inadequada” se mostraram associadas à não adesão ($p < 0,005$).

Conclusão: Os resultados reforçam a necessidade de melhorar as políticas públicas e os processos gerenciais que visem garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, bem como qualificar o processo de prescrição dos profissionais de saúde como forma de melhorar a adesão terapêutica em idosos.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Assessment of adherence in elderly patients in primary care

A B S T R A C T

Objective: To identify the prevalence of non-adherence to drug therapy for elderly patients in primary care in Blumenau, SC, Brazil.

Methods: This is a cross-sectional, population-based epidemiological study. A randomly selected sample of users who attended the pharmacies of 14 units of primary healthcare answered the questionnaire's study variables. The prevalence of non-adherence was measured using a self-reported questionnaire. A logistic regression model to calculate odds ratio was performed to estimate the association between risk factors and non-adherence.

Keywords:

Elderly

Medication adherence

Primary health care

Health services accessibility

[☆] Trabalho realizado no Departamento de Medicina da Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: steph.lindner@hotmail.com (S. Lindner)

Results: Of the 151 elderly individuals interviewed, 84.1% reported continuous use of their medicines. The average age of the participants was 69.04 years. Regarding the characteristics of the medications, an average of 4.3 medicines were used by the elderly, and diseases of the circulatory system were the most prominent (43.3%). The prevalence of non-adherence was 35.4%. Logistic regression showed an association between non-adherence and “prior stopping treatment because of lack of medication” and “inappropriately prescribed medication use” ($p < 0.005$).

Conclusion: The results reinforce the need to improve public policy and management processes aimed at ensuring people's access to essential medicines and qualify the process of prescribing health professionals as a way to improve treatment adherence in the elderly.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025, haverá mais idosos que crianças no planeta.¹ O Brasil, que atualmente tem expectativa de vida de 72,9 anos,² acompanha essa tendência mundial, podendo atingir nesse mesmo período o 6º lugar na lista de países com maior número de idosos.¹ Com o aumento da idade, advém alterações fisiológicas e bioquímicas³ que podem propiciar o desenvolvimento de doenças, muitas delas crônicas,⁴⁻⁶ preditoras para a terapia medicamentosa.^{4,7}

Os medicamentos representam um insumo importante para o cuidado em saúde e são parte integrante da maioria das propostas terapêuticas. No entanto, para que os resultados esperados sejam alcançados, é preciso que o paciente seja aderente ao tratamento, sendo a adesão à prescrição medicamentosa um dos indicadores da efetividade dos serviços e programas de saúde.⁶⁻⁹

A OMS define adesão como: “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde as recomendações acordadas com um profissional de saúde”,⁷ o que caracteriza um envolvimento colaborativo entre quem trata e quem é tratado.^{4,10-12}

Estima-se que as taxas de não adesão aos regimes medicamentosos esteja entre 41-74% em pessoas com mais de 60 anos. A não adesão é responsável por aproximadamente 10% das admissões hospitalares,¹¹ e gera consequências clínicas e econômicas, como quedas e exacerbação da doença.^{10,11,13}

Para que a adesão ocorra, vários fatores devem ser levados em conta, como nível socioeconômico do paciente e/ou cuidador, presença ou ausência de déficits motores e cognitivos, conhecimento a respeito da doença e boa relação médico-paciente.^{10,11,14,15} Assim, a compreensão dos fatores que promovem a adesão e o que levam à não adesão é fundamental para o aprimoramento dos cuidados com aqueles que entram na terceira idade.⁷

Este estudo tem por objetivo identificar a frequência e os fatores associados à adesão a medicamentos de idosos assistidos pela atenção primária à saúde.

Métodos

Desenvolveu-se um estudo epidemiológico observacional tipo seccional, quantitativo e de base populacional entre usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde de Blumenau,

SC, Brasil. O atendimento de atenção primária no município é prestado por duas modalidades assistenciais: Ambulatórios Gerais (AG) ou equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes de ESF são compostas por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, enquanto os AG contam com clínico-geral, pediatra, gineco-obstetra, enfermagem, psicólogo e assistente social. Ambas as modalidades contam com equipes de saúde bucal.

Com o objetivo de estimar a prevalência de não adesão, calculou-se o tamanho da amostra esperando uma prevalência de não adesão de 50%, com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e efeito desenho igual a 2, perfazendo um total de 768 pessoas. Desse universo, estimou-se que aproximadamente 15% fossem idosos, correspondendo a 115 pessoas que se autodeclararam maiores de 60 anos de idade, consideradas idosas pela OMS em países em desenvolvimento.

A amostra foi obtida em dois estágios (unidades e usuários), que foi estratificada proporcionalmente pelo número total de usuários de cada unidade de ESF ou AG. Os usuários que compareceram às farmácias de 14 unidades (3 AG e 11 unidades de ESF) foram escolhidos aleatoriamente e, após assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados por pesquisadores previamente treinados que aplicaram o questionário com as variáveis de estudo. Após a realização da coleta de dados, os questionários foram revisados e os dados foram digitados com dupla entrada em um banco de dados eletrônico (EpiData versão 3.1 - domínio público).

A variável dependente foi não adesão ao tratamento. A prevalência de não adesão foi medida por meio de um questionário testado a validade¹⁶ composto por quatro perguntas fechadas com resposta sim ou não, a saber: 1) Você alguma vez esquece de tomar seu remédio? 2) Você, às vezes, é descuidado para tomar o seu remédio? 3) Quando você se sente melhor, às vezes, você para de tomar seu remédio? 4) Às vezes, se você se sente pior quando toma o seu remédio, você para de tomá-lo?. No caso de pelo menos uma resposta afirmativa, dentre os quatro itens a serem respondidos, a pessoa foi considerada não aderente.

As demais variáveis incluíram características médico-assistenciais (tipo de unidade assistencial, doença de base, tempo de tratamento, número de medicamentos, medicamentos prescritos, relato de reações adversas, interrupção prévia de tratamento, informação recebida sobre os medicamentos e acesso) e sociodemográficas (idade em anos, sexo,

cor autorreferida, estado civil, escolaridade em anos completos e classe de consumo).

A caracterização econômica dos pacientes seguiu os critérios de classificação econômica do Brasil adotados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).¹²

A prescrição inapropriada de medicamentos foi avaliada a partir da comparação entre os medicamentos prescritos pelo médico e os medicamentos listados nos critérios de Beers-Fick. Os critérios de Beers-Fick são divididos em duas tabelas. A primeira tabela contém 48 fármacos e/ou classes medicamentosas que devem ser evitados em idosos e suas principais reações. A segunda tabela relaciona 20 doenças ou condições médicas e medicações que devem ser evitadas em idosos com estas comorbidades.¹⁷

Os dados foram processados e tabulados por meio de programa Stata 9.0. As tabelas mostram, primeiramente, as características socioeconômicas e médico-assistenciais dos entrevistados. Foi calculada a prevalência de não adesão. Para estimar a possível associação entre proporções foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer, quando cabível. Para variáveis contínuas foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, e para comparação entre médias foi utilizado o teste t de Student.

Calculou-se o *odds ratio*, com IC 95%, como medida de associação entre a variável de desfecho “não adesão” (variável categórica) e cada variável independente (análise univariada). Na análise multivariada, calcularam-se os valores de OR por regressão logística não condicional. No processo de modelagem foram incluídas todas aquelas variáveis que obtivessem um valor de $p < 0,20$ na análise univariada. Utilizou-se a técnica de retirada paulatina das variáveis com base nos níveis de significância (*stepwise backward*), permanecendo aquelas que mantiveram um valor de $p < 0,05$ ou que tenham contribuído para o melhor ajuste do modelo final.

Foi aceito um nível de significância de $p < 0,05$.

O estudo foi feito em conformidade com a Declaração de Helsinque e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FURB, de acordo com o parecer constante do processo de número 086/10.

Resultados

Foram estudados 151 idosos, dos quais 127 (84,1%) referiram ter doença crônica e, portanto, estar em uso de medicação contínua. A [tabela 1](#) apresenta a distribuição das pessoas com relação a algumas características sociodemográficas.

Obteve-se uma média de idade de 69,04 anos (desvio padrão, DP = 7,0), mediana de 67,81 anos. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade entre sexos.

A maioria dos idosos (71 indivíduos 47,0%) relata ser casado ou em união estável. Em relação à cor, a maioria (121 indivíduos 81,1%) se autodeclarou branco. O número médio de anos de estudo foi 4,11 (DP = 3,1), com mediana de 4,0.

Ao se avaliar a classe de consumo, observou-se um domínio da classe C (89 indivíduos, 58,9%); nenhum dos entrevistados encontra-se na classe econômica E.

Em relação às características médico-assistenciais ([tabela 2](#)), a média e mediana de medicamentos por idoso

foi de 4,29 (DP = 2,33) e 4,0, respectivamente; 65 (43,0%) dos idosos tomam mais de cinco medicamentos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre média de medicamentos consumidos e sexo, faixa etária ou tipo de unidade assistencial. O uso de medicação com prescrição inapropriada ocorreu em 16,5% dos idosos e se mostrou associado ao relato de reações adversas ($p = 0,04$).

Quando questionados sobre a interrupção prévia do tratamento medicamentoso, a maioria (91, 72,2%) respondeu que não o fez. Ao se comparar a classe econômica e a interrupção na tomada dos medicamentos pela falta de remédio na rede de distribuição pública, observou-se que, apesar da não associação estatisticamente significativa ($p = 0,23$), os idosos de classe social D interromperam 68,6% (24) contra 25,7% (9) das classes A-B e 5,7% (2) da classe C.

Ao avaliar a doença de base, observou-se predominância de patologias do aparelho circulatório (65 indivíduos, 43,3%), seguido das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (36 indivíduos, 24,0%).

A prevalência de não adesão entre os idosos que fazem uso de medicação contínua ($n = 127$) foi de 35,4% (IC 95% 27,2-44,4). As associações univariadas entre variáveis de estudo agrupadas por blocos e a não adesão de acordo com a escala de Morisky são apresentadas na [tabela 2](#).

As únicas variáveis que se mostraram associadas à não adesão foram “interrupção prévia por falta de medicamentos” e “prescrição de medicamentos inapropriados”. As variáveis “classe de consumo”, “como se sente em relação ao seu tratamento” e “relato de reações adversas” apresentaram um valor de $p < 0,20$ e foram incluídas na análise multivariada.

O modelo de regressão logística final é apresentado na [tabela 3](#).

Discussão

O desafio da adesão terapêutica torna-se maior quando o paciente é idoso. Esta parcela da população chega a constituir 50%¹⁸ dos multiusuários de medicamentos devido ao aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas.^{13,15,18-20} Na população idosa de Blumenau, há predominância das mulheres (58,15%).²¹ No presente estudo, as mulheres assumiram 72,2% dos usuários da atenção básica com idade acima de 60 anos, possivelmente pela maior procura por atendimento de saúde,^{22,23} o que pode determinar maior uso de medicamentos^{3,4,18} e também por frequentemente assumirem o papel de responsáveis pelo bem-estar da família e irem até a farmácia buscar os medicamentos de familiares.¹⁵ Além dessa característica, o perfil predominante encontrado foi a dos idosos jovens (60-69 anos), casados e de baixa escolaridade que se mostrou semelhante a outros estudos com idosos na atenção primária.^{18,24}

A prevalência de não adesão obtida nesse estudo pode ser considerada baixa (35,4%) se comparada com outros estudos que encontraram taxas de não adesão entre 40-75%, dependendo do contexto e do método de aferição proposto.^{10,15,25} Essa baixa prevalência de não adesão que pode ser explicada, ao menos em parte, pela utilização de questionário como método de aferição, pois os entrevistados podem apresentar um viés de resposta desejável.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e médico assistenciais dos idosos atendidos em unidades de atenção primária, Blumenau, SC (n = 151)

| Variável | n | Frequência (%) | IC 95% |
|---|-----|----------------|-----------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 42 | 27,8 | 20,8-35,7 |
| Feminino | 109 | 72,2 | 64,3-79,2 |
| Faixa etária | | | |
| 60-69 anos | 95 | 62,9 | 54,7-70,6 |
| 70-79 anos | 47 | 31,1 | 23,8-39,2 |
| 80 anos e mais | 9 | 6,0 | 2,8-11,0 |
| Estado civil | | | |
| Casado ou união estável | 71 | 47,0 | 38,9-55,3 |
| Solteiro | 9 | 6,0 | 2,8-11,0 |
| Separado | 14 | 9,3 | 5,2-15,1 |
| Viúvo | 57 | 37,7 | 30,0-46,0 |
| Cor^a | | | |
| Branca | 121 | 81,2 | 74,0-87,1 |
| Parda ou marrom | 24 | 16,1 | 10,6-23,0 |
| Preta | 1 | 0,7 | 0,0-3,7 |
| Amarela | 2 | 1,3 | 0,2-4,8 |
| Outra | 1 | 0,7 | 0,0-3,7 |
| Escolaridade | | | |
| 0-2 anos | 32 | 21,2 | 15,0-28,6 |
| 3-4 anos | 69 | 45,7 | 37,6-54,0 |
| 5-8 anos | 30 | 19,9 | 13,8-27,1 |
| Mais de 9 anos | 20 | 13,2 | 8,3-19,7 |
| Classe de consumo | | | |
| A-B | 21 | 13,9 | 8,8-20,5 |
| C | 89 | 58,9 | 59,7-66,9 |
| D | 41 | 27,2 | 20,2-35,0 |
| Número de medicamentos | | | |
| 0-1 | 13 | 8,6 | 4,7-14,3 |
| 2-4 | 73 | 48,3 | 40,1-56,6 |
| 5 ou mais | 65 | 43,0 | 35,0-51,3 |
| Prescrição de medicamentos inapropriados | | | |
| Sim | 25 | 16,6 | 11,0-23,5 |
| Não | 126 | 83,4 | 76,5-89,0 |
| Medicação contínua | | | |
| Sim | 127 | 84,1 | 77,3-89,5 |
| Não | 24 | 15,9 | 10,5-22,7 |
| Uso de remédio caseiro | | | |
| Sim | 47 | 31,1 | 23,8-39,2 |
| Não | 104 | 68,9 | 60,8-76,2 |
| Interrupção do tratamento^b | | | |
| Sem interrupção | 91 | 72,2 | 63,5-79,8 |
| 1 vez | 5 | 4,0 | 1,3-9,0 |
| 2 ou mais vezes | 30 | 23,8 | 16,7-32,2 |
| Doença de base^a | | | |
| Neoplasias | 6 | 4,0 | 1,5-8,5 |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 36 | 24,0 | 17,4-31,6 |
| Transtornos mentais comportamentais | 7 | 4,7 | 1,9-9,4 |
| Doenças do aparelho circulatório | 65 | 43,3 | 35,3-51,7 |
| Doenças do aparelho respiratório | 7 | 4,7 | 1,9-9,4 |
| Doenças do aparelho digestivo | 10 | 6,7 | 3,2-11,9 |
| Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 10 | 6,7 | 3,2-11,9 |
| Outros | 9 | 6,0 | 2,8-11,1 |

Tabela 1 (Continuação)

| Variável | n | Frequência (%) | IC 95% |
|--|-----|----------------|-----------|
| <i>Tempo de tratamento da doença de base^a</i> | | | |
| Até 2 anos | 32 | 21,9 | 15,5-29,5 |
| 2 anos e mais | 114 | 78,1 | 70,5-84,5 |

FONTE: Dados secundários, 2010.

^a Excluídos os ignorados.**Tabela 2 – Análise univariada da associação de não adesão segundo escala de Morisky e fatores sociais e médico-assistenciais**

| | Não adesão, n (%) | OR | p |
|--|-------------------|-----------------|-------|
| <i>Sexo (n = 127)</i> | | | |
| Masculino | 9 (26,5) | | |
| Feminino | 36 (38,7) | 1,8 (0,7-4,2) | 0,20 |
| <i>Faixa etária (n = 127)</i> | | | |
| 60-69 anos | 30 (38,0) | | |
| 70-79 anos | 12 (29,3) | 0,7 (0,3-1,5) | |
| 80 anos ou mais | 3 (42,9) | 1,2 (0,3 - 5,9) | 0,58 |
| <i>Estado civil (n = 127)</i> | | | |
| Casado ou união estável | 21 (36,2) | | |
| Solteiro | 5 (55,6) | 2,2 (0,5-9,1) | |
| Separado ou viúvo | 19 (31,7) | 0,8 (0,4-1,8) | 0,39 |
| <i>Cor (n = 127)</i> | | | |
| Negros, pardos e outros | 8 (33,3) | | |
| Branco | 37 (35,9) | 1,1 (0,4-2,9) | 0,81 |
| <i>Escolaridade (n = 127)</i> | | | |
| Ensino médio e superior | 5 (33,3) | | |
| 5-8 anos | 3 (20,0) | 0,5 (0,1-2,6) | |
| 1-4 anos | 31 (36,5) | 1,1 (0,4-3,7) | |
| Analfabeto | 6 (50,0) | 2,0 (0,4-9,5) | 0,42 |
| <i>Classe de consumo (n = 127)</i> | | | |
| A-B | 4 (22,2) | | |
| C | 33 (42,3) | 2,6 (0,8-8,5) | |
| D | 8 (25,8) | 1,2 (0,3-4,8) | 0,11 |
| <i>Tipo de Unidade de Saúde (n = 127)</i> | | | |
| Ambulatório geral | 20 (30,8) | | |
| Estratégia Saúde da Família | 25 (40,3) | 1,5 (0,7-3,2) | 0,26 |
| <i>Número de medicamentos (n = 127)</i> | | | |
| 1 | 1 (25,0) | | |
| 2 ou mais | 44 (35,8) | 1,7 (0,2-16,5) | 0,66 |
| <i>Prescrição de medicamentos inapropriados (n = 127)</i> | | | |
| Não | 33 (31,4) | | |
| Sim | 12 (54,6) | 2,6 (1,0-6,7) | 0,04 |
| <i>Reações adversas (n = 127)</i> | | | |
| Não | 38 (33,3) | | |
| Sim | 7 (53,8) | 2,3 (0,7-7,4) | 0,15 |
| <i>Interrupção prévia por falta de medicamento (n = 126)</i> | | | |
| Não parou | 26 (28,6) | | |
| Parou uma vez ou mais | 19 (54,3) | 3,0 (1,3-6,6) | 0,008 |
| <i>Interrupção prévia por conta própria (n = 127)</i> | | | |
| Não parou | 39 (35,8) | | |
| Parou uma vez ou mais | 6 (33,3) | 0,9 (0,3-2,6) | 0,84 |
| <i>Como se sente em relação a seu tratamento (n = 125)</i> | | | |
| Melhor | 28 (31,5) | | |
| Igual | 12 (42,9) | 1,6 (0,7-3,9) | |
| Pior | 5 (62,5) | 3,6 (0,8-16,3) | 0,15 |

FONTE: Dados Secundários, 2010.

Tabela 3 – Modelo de regressão logística final da associação de não adesão segundo escala de Morisky e fatores sociais e médico-assistenciais (n = 124)

| | OR não ajustada IC 95% | OR ajustada IC 95% | p |
|---|---------------------------|-----------------------|------|
| <i>Interrupção prévia por falta de medicamento (n = 126)</i> | | | |
| Não parou | 1 | | |
| Parou uma vez ou mais | 3,0 (1,3-6,6) | 2,9 (1,3-6,9) | 0,01 |
| <i>Prescrição de medicamentos inapropriados (n = 127)</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 2,6 (1,0-6,7) | 2,9 (1,1-7,9) | 0,03 |
| <i>Como se sente em relação a seu tratamento (n = 125)</i> | | | |
| Melhor | 1 | | |
| Igual | 1,6 (0,7-3,9) | 2,1 (0,8-5,2) | 0,13 |
| Pior | 3,6 (0,8-16,3) | 3,9 (0,8-18,9) | 0,09 |
| Teste de Razão de Máxima Verossimilhança LR = 15,1 p < 0,005. | | | |
| Teste de ajuste de Hosmer-Lemeshow Qui = 5,0 p = 0,29. | | | |

Com relação aos possíveis fatores associados, somente a interrupção prévia por falta de acesso a medicamentos e medicamentos prescritos de modo inapropriado se mostraram estatisticamente associados na análise multivariada. A variável como se sente depois que iniciou o tratamento ajustou o modelo, mas não apresentou significância estatística. Chama atenção que essas variáveis podem ser tomadas como indicadoras da qualidade do serviço e seu papel no processo de adesão.

Em países como o Brasil, onde há discrepâncias de renda, o acesso à medicação tem grande influência no seguimento do tratamento.⁸ No presente estudo, a não adesão é menor quando o medicamento não está disponível na rede pública. A disponibilidade de medicamentos no setor público é limitada e é possível que um medicamento relevante para tratar problemas crônicos esteja indisponível em cerca de 1/4 do ano.²⁶ Vasconcelos et al. identificaram que uma parcela da população de idosos segue o tratamento utilizando subdosagem numa tentativa de “economizar” o medicamento por temer o risco da falta do mesmo na rede pública.²⁷ Teixeira et al. apontou que enquanto alguns idosos buscam alternativas para adquirir sua medicação apesar da baixa renda, outros interrompem o tratamento devido a seu alto custo.²⁸ A falta de acesso a medicamentos para tratamento pode levar, além do agravamento do quadro clínico do idoso, ao aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária.²⁹

Com relação à associação entre uso de medicamentos prescritos de modo inapropriado e menor adesão, não foram identificados estudos com essa associação. A proporção de uso de medicamentos prescritos de modo inapropriado se mostrou mais baixa que estudos internacionais que utilizaram os mesmos critérios (16% vs. 18-21%).^{30,31} Por outro lado, esses estudos mostraram que o uso de medicamentos prescritos de modo inapropriado se mostrou associado à polifarmácia e a reações adversas.^{30,32}

Há de se considerar que um maior número de medicamentos prescritos aumenta significativamente a complexidade do regime terapêutico,^{3,33} ambos aumentando com o avançar da idade.³ Nesse estudo, os idosos utilizavam em média 4,3 medicamentos, o que se mostra discretamente mais elevado que outros estudos nacionais que apresentam entre 2,7-4,2

medicamentos/idoso.^{3,4,22} Por sua vez, o uso de maior quantidade de medicamentos determina aumento na probabilidade de reações adversas, o que é um dos fatores para a interrupção proposital pelo paciente.^{3,34} Os sintomas provocados pelas reações adversas, bem como pela própria não adesão são fatores predisponentes para aumento da prescrição devido a dificuldade de identificação da real causa base.^{35,36} No presente estudo, ficou evidente que aqueles que não apresentam reações adversas, apresentam maiores taxas de adesão.

Nesse sentido, é lícito supor que associações entre polifarmácia e/ou reações adversas e não adesão façam parte do caminho causal iniciado pela prescrição inapropriada, isto é, o próprio médico pode contribuir, involuntariamente, para a não adesão. Essa suposição necessita ser melhor examinada por meio de estudos longitudinais e com amostras maiores.

A situação econômica do idoso pode ter influência na adesão terapêutica, pois aqueles com menor renda não podem comprar os remédios.^{15,23,27,37} Também a baixa escolaridade é entendida como fator de risco à adesão diante da complexidade dos regimes terapêuticos, determinando maior dificuldade para seu cumprimento,^{18,22,27,33} bem como influência na compreensão do estado de saúde, fator importante para adesão.^{10,15,22} Os resultados obtidos sugerem que as variáveis socioeconômicas tais como baixa classe de consumo e baixa escolaridade se mostraram associadas com não adesão, ainda que sem significância estatística.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o número amostral reduzido deve-se a fato da população ter sido limitada a uma faixa etária dentro de um estudo fonte que acabou por reduzir o poder estatístico. Segundo, com relação ao ambiente de pesquisa, os entrevistados foram abordados nas farmácias dos serviços de atenção primária, tal fato pode ter gerado um viés de seleção, pois indivíduos que estão presentes neste tipo de ambiente podem ser mais propensos a cuidar da sua saúde e, consequentemente, serem mais aderentes. Terceiro, se refere ao método de medir a adesão. O questionário de Morisky é um instrumento qualitativo, que se propõe identificar a não adesão com base no comportamento das pessoas ao tomar seus medicamentos. As perguntas são atemporais. Não é observado o desfecho clínico com este método. Os estudos revisados utilizam de métodos distintos de medir adesão

e isto pode ter limitado a comparabilidade dos resultados obtidos.

Por outro lado, o estudo se mostra relevante por representar um dos primeiros estudos nacionais sobre o tema da adesão ao tratamento em pessoas idosas atendidas na atenção primária. Também merece destaque o fato de a pesquisa ter sido realizada em 14 serviços de atenção primária (modalidade tradicional e ESF) de um município de médio porte, o que fortalece a aplicabilidade dos resultados no SUS.

Conclusão

Neste estudo, a não adesão se mostrou associada à falta de medicamentos para continuidade do tratamento bem como a prescrição inapropriada de medicamentos. Os resultados reforçam a necessidade de melhorar as políticas públicas e processos gerenciais que visem garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, bem como qualificar o processo de prescrição dos profissionais de saúde.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Suporte financeiro

Este estudo é parte do projeto "Melhoria da qualidade da Assistência Farmacêutica na atenção básica do SUS, Blumenau/SC" e contou com suporte financeiro da Organização Panamericana da Saúde (Carta acordo BR/LOA/0900196.001) e Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - FAPESC.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde. Idoso no mundo [citado 5 abr 2010]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/exposicoes/idoso/idosom.html>
- IBGE. Centro de Serviços Gráficos. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 [citado 5 abr 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1.6.shtm>
- Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre. RS *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):703-10.
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):924-9.
- Ribeiro AQ, Araújo CMC, Acúrcio FA, Magalhães SMS, Chaimowicz F. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):1037-45.
- Siegel D, Lopez J, Meier J. Antihypertensive medication adherence in the department of veterans affairs. *Am J Med*. 2007;20(1):26-32.
- WHO. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneve: WHO; 2003.
- Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão a terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
- Barbosa GBB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):35-8.
- Maclaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*. 2005;22(3):231-55.
- Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Clin Geriatr Med*. 2009;25(20):221-33.
- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2009 [citado 13 mar 2011]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>
- Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2004;25:55-63.
- Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(2):180-8.
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beer MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163(22):2716-24.
- Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2899-905.
- Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1499-507.
- Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008;63(2):132-43.
- IBGE. Centro de Serviços Gráficos. Sinopse do censo demográfico 2010 - Blumenau, SC [citado 28 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):47-52.
- Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):545-53.
- Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1545-55.
- Doggrell AS. Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: does intervention by an allied health professional help? *Drugs Aging*. 2010;27(3):239-54.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF); 2005.
- Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma unidade básica de saúde

- da família de Fortaleza – CE. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(2):178-83.
28. Teixeira JVV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):207-13.
 29. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):267-80.
 30. Maio V, Yuen EJ, Novielli K, Smith KD, Louis DZ. Potentially inappropriate medication prescribing for elderly outpatients in Emilia Romagna Italy: a population-based cohort study. *Drugs Aging.* 2006;23(11):915-24.
 31. Roughead EE, Anderson B, Gilbert AL. Potentially inappropriate prescribing among Australian veterans and warwidows/widowers. *Intern Med J.* 2007;37(6):402-5.
 32. Hajjar EM, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5(4):345-51.
 33. Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein CH, Rozenfeld S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(4):468-74.
 34. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med.* 2012;28(2):173-86.
 35. Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *Br Med Bull.* 2007;83(1):259-74.
 36. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(8):1349-54.
 37. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):717-24.