

Noemia Urruth Leão Tavares^IAndréa Dâmaso Bertoldi^{II}Elaine Thumé^{III}Luiz Augusto Facchini^{II}Giovanny Vinícius Araújo de França^{IV}Sotero Serrate Mengue^V

Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos

Factors associated with low adherence to medication in older adults

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na região urbana de Bagé, RS, em 2008. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Os dados foram coletados em entrevistas individuais nos domicílios. Analisou-se a associação entre a baixa adesão referida ao tratamento medicamentoso mensurado pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de saúde, assistência e prescrição. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada, os respectivos intervalos de confiança de 95% e p-valor (teste de Wald).

RESULTADOS: Cerca de 78,0% dos indivíduos referiram ter usado algum medicamento nos sete dias precedentes à entrevista. Desses, cerca de 1/3 foram considerados com baixa adesão ao tratamento. Os fatores significativamente associados à baixa adesão foram: idade (65 a 74 anos), não ter plano de saúde, ter que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos.

CONCLUSÕES: A utilização elevada de medicamentos, decorrente da alta prevalência de doenças crônico-degenerativas em idosos, e o acesso ao tratamento devem ser considerados pelos profissionais de saúde para adoção de estratégias que visem diminuir a baixa adesão ao tratamento, aumentando a resolutividade terapêutica e a qualidade de vida desses pacientes.

DESCRITORES: Idoso. Pacientes Desistentes do Tratamento. Adesão à Medicação. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Estudos Transversais.

^I Curso de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Departamento de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^V Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Noemia Urruth Leão Tavares
Faculdade de Ciências da Saúde – UnB
Campus Universitário Darcy Ribeiro
70910-900 Brasília, DF, Brasil
E-mail: nul.tavares@gmail.com

Recebido: 15/3/2013
Aprovado: 19/8/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess factors associated with low adherence to pharmacotherapy in older adults.

METHODS: Cross-sectional population-based study, with a representative sample of 1,593 individuals aged 60 or older, living in the urban area of Bagé, RS, Southern Brazil, in 2008. A multiple stage sampling model was used. The data were collected through individual household interviews. The analyses of the association between low adherence regarding pharmacotherapy, measured using the Brief Medication Questionnaire (BMQ), and demographic, socioeconomic, behavioral, health, assistance and prescription factors were carried out applying Poisson regression model to assess crude and adjusted prevalence ratios, their respective 95% confidence intervals and p-value (Wald test).

RESULTS: Around 78.0% of individuals reported have taken at least one medication in the seven days prior to the interview. Of these, approximately one third (28.7%) were considered to have low adherence to the treatment. The factors significantly associated to low adherence to treatment were: age (65 to 74 years old), not having health insurance, having to purchase (totally or partially) their own medicines, having three or more morbidities, having functional disabilities and using three or more medicines.

CONCLUSIONS: The increased use of medicines by older adults, because of the high prevalence of non-communicable diseases in this group, and the access to the treatment need to be considered by health care professionals regarding fostering adherence to treatment, which increases therapeutic solutions and quality of life among older people.

DESCRIPTORS: Aged. Patient Dropouts. Medication Adherence. Health Services Accessibility. Socioeconomic Factors. Primary Health Care. Family Health Program. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna. Em torno de 80,0% dos brasileiros > 60 anos toma no mínimo um medicamento diariamente, o que aponta a necessidade de avaliar os determinantes dessa utilização, especialmente a adesão ao tratamento medicamentoso.^{4,6,12}

A adesão ao tratamento é o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do médico ou de outro profissional de saúde.^{16,27} O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e trazer consequências pessoais, sociais e econômicas.¹⁴

Múltiplos fatores podem influenciar a adesão à terapêutica, dentre eles: fatores intrínsecos ao próprio paciente, referentes à doença e/ou características da terapêutica e relacionados à interação entre o paciente e os profissionais de saúde.²⁷ Algumas barreiras para a adesão são mais comuns em pacientes idosos e devem ser investigadas,

pois exigem atenção especial no manejo clínico desses pacientes. Fatores relacionados à condição da doença representam demandas particulares enfrentadas pelo paciente na adesão ao tratamento, especialmente a: gravidade dos sintomas, nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), taxa de progressão e severidade da doença e a disponibilidade de tratamento.²⁰

O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime complexo de medicação. A polimedicação,¹⁷ definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos medicamentos, além de apresentar riscos farmacológicos, predispõe os idosos à baixa adesão.^{13,27}

No Brasil, informações sobre a adesão ao tratamento farmacológico entre idosos a partir de estudos de base populacional são escassas.⁵ Este estudo teve por objetivo analisar fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, parte de uma pesquisa sobre assistência domiciliar a idosos, realizada de julho a novembro de 2008, cujos dados parciais foram publicados anteriormente.^{24,25} A amostra foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde da zona urbana do município de Bagé, RS. O município possuía 122.461 habitantes em 2006, 82,0% na zona urbana. Havia 15 Unidades de Saúde da Família, em 2008, totalizando 19 equipes, responsáveis por 51,0% da população urbana do município. Cinco unidades mantinham o modelo tradicional de atenção básica e atendiam o restante da população (49,0%).

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios.^{24,25} A coleta de dados incluiu a delimitação da área de abrangência de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Um de cada seis domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram convidados a participar do estudo. Entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas ou recusas, não admitidas substituições.

Foram localizados 1.713 idosos, dos quais 1.593 participaram da pesquisa, totalizando 76 perdas (4,0%) e 44 recusas não revertidas (3,0%). A partir dessa amostra, tem-se poder estatístico de pelo menos 80,0% para detectar razões de prevalência de 1,30 ou maiores, mantendo-se o nível de significância em 5% para a análise de associações.

Foi utilizado questionário estruturado com questões gerais e de autopercepção, aplicado preferencialmente ao idoso. No caso de incapacidade parcial do participante para responder o questionário, as questões gerais foram aplicadas ao cuidador principal e as de autopercepção não foram aplicadas nos casos de total incapacidade.

As variáveis demográficas e socioeconômicas analisadas foram: sexo (feminino; masculino), idade (60 a 64; 65 a 74; 75 anos ou mais), cor da pele autorreferida (branca; não branca), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; divorciado ou solteiro), escolaridade (0; 1 a 7; 8 a 20 anos completos de estudo), nível socioeconômico (classes A a E^a) e plano privado de saúde (sim; não). Foi avaliado o número de morbididades referidas por diagnóstico médico (hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo)

agrupados em 0; 1; 2; 3 ou mais morbididades e a autopercepção de saúde analisada em duas categorias (péssima, ruim ou regular; boa ou muito boa).

Foi aplicado o teste Mini-mental⁷ para rastreamento de sinais de déficit cognitivo, sendo o resultado dicotomizado (presença; ausência de déficit). A presença de sintomas de depressão foi avaliada utilizando a Escala de Depressão Geriátrica,¹⁹ e os resultados foram divididos em depressão presente (de 0 a 5) e ausente (≥ 6). A incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (sim; não) foi mensurada pela Escala de Lawton.¹¹ Foram avaliadas oito atividades instrumentais: (i) usar o telefone; (ii) ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte; (iii) fazer compras; (iv) arrumar a casa; (v) lavar roupa; (vi) preparar a própria refeição; (vii) tomar medicamentos; e (viii) manejar o dinheiro. Foram considerados com incapacidade os idosos que relataram precisar de ajuda para no mínimo uma das atividades.

Foi avaliado se o idoso consultou o médico nos últimos três meses (nenhuma/uma/duas ou mais vezes), o tipo de modelo de atenção primária do local do domicílio (tradicional/Estratégia Saúde da Família), de que forma obteve os medicamentos na maioria das vezes (retirou no posto de saúde/teve que comprar/parte retirou no posto e parte teve que comprar) e o número de medicamentos utilizados nos sete dias precedentes à entrevista (1, 2, 3 ou mais).

Utilizou-se o instrumento de adesão referida pelo paciente, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ),²¹ composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso. Foi utilizada a versão do BMQ traduzida para o português e submetida a estudo de validação¹ que classifica a adesão de acordo com o número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio. A adesão ao tratamento foi investigada apenas entre os que utilizaram pelo menos um medicamento nos sete dias precedentes à entrevista.

Utilizou-se o programa estatístico Stata versão 11.0 para a análise dos dados. Foram incluídos os 1.242 idosos que responderam às questões referentes ao BMQ, possibilitando a classificação do desfecho. Realizou-se análise descritiva exploratória das variáveis envolvidas no estudo, incluindo as principais questões do BMQ. O score do BMQ foi dicotomizado para análise univariada, considerando como não aderentes aqueles com pontuação ≥ 3 . A prevalência de baixa adesão ao tratamento foi calculada para as categorias das variáveis independentes na análise bruta, considerando o desfecho dicotômico.

^a Critério de Classificação Econômica Brasil – Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).

Utilizou-se modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC95%), considerando-se o efeito do delineamento amostral por meio dos comandos svy do Stata. Buscou-se controlar para possíveis fatores de confusão na análise multivariável, utilizando-se modelo de análise hierarquizado (Figura). Variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo e adotou-se nível de significância de 5% para permanência das variáveis no modelo, com seleção “para trás” das variáveis. A significância estatística das razões de prevalências obtidas nos modelos de regressão de Poisson foi avaliada pelo teste de Wald.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Processo nº 15/08, de 2008). Os princípios éticos foram assegurados e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As mulheres representaram cerca de dois terços da amostra. A maioria dos participantes tinha idade entre 65 e 74 anos e referiu ter cor da pele branca, ter até sete anos completos de estudo e ser casado ou viver com companheiro. Mais da metade da amostra pertencia aos níveis socioeconômicos C, D ou E, não tinha plano de saúde, vivia em área de cobertura da ESF, percebia a sua saúde como muito boa ou boa e relatou ter tido

pelo menos uma consulta médica nos últimos três meses (Tabela 1).

Metade dos idosos referiu ter duas ou mais morbidades. As mais frequentes foram: hipertensão arterial (55,3%), problema na coluna (37,4%), problema no coração (29,6%) e diabetes (15,1%) (dados não apresentados em tabela). Cerca de 1/3 apresentava incapacidades instrumentais para a vida diária, 14,9% apresentaram sinais de depressão e 13,4% de déficit cognitivo (Tabela 1).

Dentre os idosos que referiram tomar pelo menos um medicamento diariamente, mais da metade utilizava três ou mais medicamentos (média = 3 medicamentos; DP = 1,9; máximo = 14). Quando perguntados sobre como conseguiam os medicamentos na maioria das vezes, 37,4% relataram que conseguiam no posto de saúde, 45,0% compravam seus medicamentos e 17,5% conseguiam parte no posto de saúde e parte tinha que comprar (Tabela 1).

Foram classificados como aderentes ao tratamento 11,6% dos entrevistados (nenhuma resposta positiva nos domínios avaliados), 26,7% como provável aderente (uma resposta positiva), 32,9% como provável baixa adesão (duas respostas positivas) e cerca de 1/3 foi considerado com baixa adesão (três ou mais respostas positivas) (dados não apresentados em tabela).

Entre os principais aspectos abordados nos domínios do BMQ, destacaram-se o relato de alguma falha

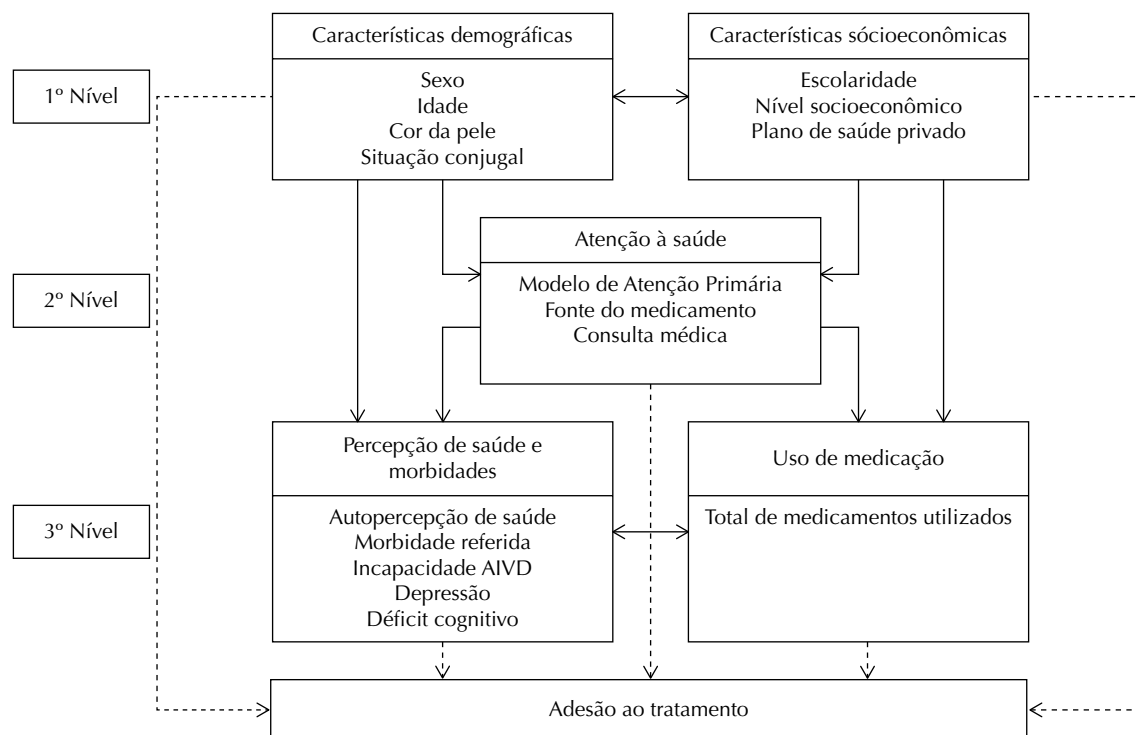


Figura. Modelo hierarquizado para análise dos fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. Bagé, RS, 2008.

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos estudada de acordo com as variáveis em estudo. Bagé, RS, 2008. (N = 1.242)

Variável	n	%
Sexo (N = 1.242)		
Masculino	468	37,7
Feminino	774	62,3
Idade (anos) (N = 1.242)		
60 a 64	307	24,7
65 a 74	562	45,3
75 ou mais	373	30,0
Cor da pele (N = 1.242)		
Branca	981	79,0
Não branca	261	21,0
Escolaridade (anos completos de estudo) (N = 1.241)		
0	293	23,6
1 a 7	686	55,3
8 a 20	262	21,1
Nível socioeconômico (N = 1.232) ^a		
A/B	408	33,1
C	487	39,5
D/E	337	27,4
Situação conjugal (N = 1.242)		
Solteiro/Divorciado	195	15,7
Casado ou com companheiro	629	50,6
Viúvo	418	33,7
Plano privado de saúde (N = 1.236)		
Não	792	64,1
Sim	444	35,9
Modelo de Atenção Primária à Saúde (N = 1.242)		
Tradicional	568	45,7
Estratégia de Saúde da Família	674	54,3
Como consegue medicamento (N = 1.241)		
Posto de saúde	465	37,5
Tem que comprar	558	45,0
Parte no posto e parte compra	218	17,5
Consulta médica nos últimos 3 meses (N = 1.240)		
Não	551	44,4
Sim	689	55,6
Autopercepção de saúde (N = 1.206)		
Muito boa/Boa	716	59,4
Regular/Ruim/Péssima	490	40,6
Número de morbidades referidas (N = 1.242) ^b		
0	226	18,2
1	305	24,6
2	333	26,8
3 ou +	378	30,4

Continua

Continuação

Incapacidade AIVD (N = 1.238) ^c	
Não	810 65,4
Sim	428 34,6
Depressão (N = 1.184)	
Não	1.007 85,1
Sim	177 14,9
Déficit Cognitivo (N = 1.184)	
Não	1.025 86,6
Sim	159 13,4
Total de medicamentos utilizados (N = 1.241)	
1	300 24,2
2	291 23,4
3 ou +	650 52,4

^a Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil" – Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).^b Hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo.^c Atividades instrumentais para a vida diária.

de dias (59,8%) e de doses no tratamento (37,6%), aspectos relacionados ao regime do tratamento prescrito avaliados pelo domínio regime do BMQ (Tabela 2). No domínio que avaliou a crença dos pacientes na eficácia do tratamento e sobre efeitos colaterais indesejados, 5,2% relataram que o medicamento "não funcionava bem". No domínio recordação, que identifica problemas em relação à recordação em tomar os medicamentos, 16,0% relataram dificuldade de se lembrar de tomar os medicamentos (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das principais questões abordadas nos domínios do *Brief Medical Questionnaire*. Bagé, RS, 2008. (N = 1.242)

Questões aplicadas	%
Domínio Regime	
Relatou alguma falha de dias do tratamento	59,8
Relatou alguma falha de doses do tratamento	37,6
Domínio Crenças	
Relatou que algum dos medicamentos "não funciona bem"	5,2
Domínio Recordação	
Recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos	65,3
Relatou ter dificuldade de ler o que está escrito na embalagem	20,8
Relatou ter dificuldades em lembrar-se de tomar os medicamentos	16,0
Relatou ter dificuldades de conseguir os seus medicamentos	12,0
Relatou ter dificuldades de tomar vários medicamentos ao mesmo tempo	13,5

Tabela 3. Prevalência de idosos classificados com baixa adesão^a ao tratamento segundo *Brief Medical Questionnaire* e razões de prevalência bruta^b com os fatores em estudo. Bagé, RS, 2008. (N = 1.242)

Variável	n	Baixa adesão %	RP Bruta	IC95%	p ^c
Nível 1 ^b					
Sexo (N = 1.242)					0,273
Masculino	468	26,9	1	1	
Feminino	774	29,8	1,11	0,92;1,33	
Idade (N = 1.242)					0,048
60 a 64	307	26,4	1	1	
65 a 74	562	32,2	1,22	0,98;1,52	
75 ou mais	373	25,5	0,97	0,75;1,25	
Cor da pele (N = 1.242)					0,537
Branca	981	28,3	1	1	
Não branca	261	30,3	1,07	0,87;1,32	
Escolaridade (anos de estudo) (N = 1.241)					0,306
0	293	31,1	1	1	
1 a 7	686	29,2	0,94	0,76;1,15	
8 a 20	262	25,2	0,81	0,62;1,06	
Nível socioeconômico (N = 1.232) ^d					0,807
Classes A/B	408	29,9	1	1	
Classe C	487	27,9	0,93	0,76;1,15	
Classes D/E	337	29,1	0,97	0,78;1,22	
Situação conjugal (N = 1.242)					0,877
Solteiro/Divorciado	195	28,2	1	1	
Casado	629	28,3	1,00	0,78;1,30	
Viúvo	418	29,7	1,05	0,80;1,38	
Plano privado de saúde (N = 1.236)					0,027
Não	792	31,1	1	1	
Sim	444	25,0	0,80	0,66;0,97	
Nível 2 ^b					
Modelo de Atenção Primária à Saúde (N = 1.242)					0,973
Tradicional	568	28,7	1	1	
ESF	674	28,8	1,00	0,84;1,20	
Como consegue medicamento (N = 1.241)					< 0,001
Posto de saúde	465	24,1	1	1	
Tem que comprar	558	25,3	1,05	0,85;1,30	
Parte no posto e parte compra	218	47,7	1,98	1,60;2,45	
Consulta médica nos últimos 3 meses (N = 1.240)					0,782
Não	551	28,3	1	1	
Sim	689	29,0	1,03	0,86;1,22	
Nível 3 ^b					
Autopercepção de saúde (N = 1.206)					0,079
Muito boa/Boa	716	26,4	1	1	
Regular/Ruim/Péssima	490	31,0	1,18	0,98;1,41	
Número de morbidades referidas (N = 1.242) ^e					0,004
0	226	23,5	1	1	
1	305	27,2	1,16	0,86;1,56	
2	333	26,1	1,11	0,83;1,50	
3 ou +	378	35,4	1,51	1,15;1,98	

Continua

Continuação

Incapacidade AIVD (N = 1.238) ^f					0,009
Não	810	26,2	1	1	
Sim	428	33,2	1,27	1,06;1,51	
Depressão (N = 1.184)					0,491
Não	1.007	28,0	1	1	
Sim	177	30,5	1,09	0,85;1,39	
Déficit cognitivo (N = 1.184)					0,673
Não	1.025	28,7	1	1	
Sim	159	27,0	0,94	0,72;1,24	
Total de medicamentos utilizados (N = 1.241)					< 0,001
1	300	3,7	1	1	
2	291	24,7	6,75	3,65;12,47	
3 ou +	650	42,0	11,45	6,37;20,61	

^a Não aderentes = Baixa adesão segundo o BMQ (3 ou + respostas positivas).

^b Variáveis estão agrupadas em níveis de acordo com a sua entrada no modelo de análise ajustada.

^c Referente ao teste de Wald.

^d Conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil" – Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).

^e Hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo.

^f Atividades instrumentais para a vida diária.

Foram estatisticamente associados à baixa adesão ao tratamento na análise bruta: idade (65 a 74 anos), não ter plano de saúde, ter que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos (Tabela 3). Essas associações mantiveram-se significativas na análise ajustada (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional de indivíduos com 60 anos ou mais no sul do Brasil. Identificou-se elevada prevalência de uso de medicamentos nessa faixa etária. Cerca de 1/3 dos idosos que utilizavam medicamentos apresentaram baixa adesão ao tratamento. Essa prevalência é consistente com as estimativas encontradas na literatura, de que cerca de 20,0% a 50,0% dos pacientes em geral não aderem ao tratamento.^{8,16,27} No entanto, essa estimativa é menor que a prevalência encontrada em outro estudo nacional com 466 idosos (62,9%),¹⁸ e maior que a identificada em estudo internacional com uma coorte de 2.149 pacientes idosos hipertensos (14,1%).¹⁰ Ambos os estudos utilizaram diferentes instrumentos para medir a adesão referida, o que pode justificar as diferenças encontradas.

As características socioeconômicas e o nível educacional não estiveram associados à baixa adesão ao tratamento. Os participantes < 75 anos apresentaram maior prevalência de baixa adesão, também descrito em estudo realizado nos Estados Unidos.¹⁰ Uma hipótese

para justificar a maior adesão ao tratamento por indivíduos com mais idade é que o medo de agravo à saúde, a vontade de viver e a necessidade do cumprimento do tratamento aumentam o grau de motivação para cumprir a terapêutica medicamentosa.³

Fatores relacionados à saúde e à assistência aos pacientes idosos que podem afetar a adesão ao tratamento incluem: tipo, gravidade e duração da doença, número de morbidades, frequência de uso de serviços médicos, satisfação do paciente com os profissionais de saúde e a qualidade do atendimento.¹³ O presente estudo não identificou diferenças significativas entre os níveis de adesão ao tratamento e o tipo de modelo de atenção primária à saúde da área do domicílio, e ter se consultado nos últimos três meses. No entanto, ter plano privado de saúde mostrou-se associado ao menor risco de baixa adesão ao tratamento.

É necessário rever as práticas e ações prestadas na atenção básica sobre o uso de medicamentos pela população idosa. A equipe de saúde pode contribuir para promover a adesão dos pacientes ao prescrever regimes menos complexos, ao fornecer informações sobre os benefícios e efeitos colaterais do tratamento, e ao considerar as dificuldades cognitivas e o acesso aos tratamentos prescritos para esses pacientes.¹⁶

A ocorrência simultânea de múltiplas patologias associadas ao envelhecimento tem grande repercussão sobre a adesão ao tratamento. Isso leva à adoção de tratamentos com alto consumo de fármacos, aumento dos custos em saúde e mudanças de comportamento e de hábitos de vida.²⁶ O maior número de morbidades

Tabela 4. Razões de prevalência ajustadas^a entre os idosos classificados com baixa adesão^b ao tratamento segundo *Brief Medical Questionnaire* com os fatores em estudo. Bagé, RS, 2008. (N = 1.242)

Variável	n	Baixa adesão %	RP ajustada	IC95%	p ^c
Idade (anos) (N = 1.242)					0,052
60 a 64	307	26,4	1	1	
65 a 74	562	32,2	1,25	1,00;1,56	
75 ou mais	373	25,5	1,01	0,78;1,31	
Plano privado de saúde (N = 1.236)					0,028
Não	792	31,1	1,00	1	
Sim	444	25,0	0,81	0,67;0,98	
Como consegue medicamento (N = 1.241)					< 0,001
Posto de saúde	465	24,1	1	1	
Tem que comprar	558	25,3	1,07	0,86;1,33	
Parte no posto e parte compra	218	47,7	1,97	1,59;2,44	
Número de morbidades referidas (N = 1.242) ^d					0,012
0	226	23,5	1	1	
1	305	27,2	1,04	0,78;1,40	
2	333	26,1	1,09	0,81;1,46	
3 ou +	378	35,4	1,39	1,06;1,82	
Incapacidade AIVD (N = 1.238) ^e					0,011
Não	810	26,2	1	1	
Sim	428	33,2	1,25	1,05;1,49	
Número de medicamentos utilizados (N = 1.241)					< 0,001
1	300	3,7	1	1	
2	291	24,7	6,50	3,52;12,01	
3 ou +	650	42,0	10,18	5,65;18,33	

^a Estão apresentadas as variáveis significativas ao nível de 5% após a análise ajustada por Regressão de Poisson.

^b Não aderentes = Baixa adesão segundo o BMQ (3 ou + respostas positivas).

^c Referente ao teste de Wald.

^d Hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, problema pulmonar, câncer, problema de coluna, problema nos rins, reumatismo.

^e Atividades instrumentais para a vida diária.

referidas associou-se positivamente à baixa adesão ao tratamento. Isso reforça que o tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde, a falta de compartilhamento na gestão de suas morbidades crônicas e do seu regime medicamentoso podem predispor os idosos à baixa adesão.^{13,15,27}

O comprometimento cognitivo é um dos fatores de risco mais importantes para baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos,²³ sobretudo a incapacidade de definir prioridade, planejar e organizar, além da incapacidade de recordar informações.^{9,20} A dificuldade em se lembrar de tomar os seus medicamentos e usar vários medicamentos ao mesmo tempo foram barreiras referidas pelos idosos para o cumprimento da sua terapia. No entanto, não foi encontrada evidência de associação entre a baixa adesão ao tratamento e presença de sinais de depressão e déficit cognitivo, em oposição a resultados de outros estudos com pacientes nessa faixa etária.¹⁰

Achados apontam a associação da incapacidade funcional em atividades instrumentais para a vida diária com o aumento da idade e a necessidade de recebimento de assistência domiciliar.²⁴ A prevalência de baixa adesão foi maior entre os idosos com incapacidade funcional em atividades instrumentais para a vida diária no presente estudo. Isso reforça a importância de ações que visem prevenir ou postergar a incapacidade funcional, melhorando a autonomia do idoso na gestão do cuidado com a sua saúde e tratamento medicamentoso.

Outro fator importante na adesão ao tratamento por idosos é o acesso aos medicamentos. A maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda; logo, a obtenção gratuita é, frequentemente, a única alternativa de acesso ao medicamento. Os idosos que necessitaram comprar parte ou todos os seus medicamentos tiveram adesão mais baixa em relação aos que não precisaram pagar pelos medicamentos. O custo do

tratamento, portanto, mostra-se fator importante na adesão ao tratamento medicamentoso nessa faixa da população.⁵

Em estudo de base ambulatorial realizado em Campinas, SP,³ a falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde e os gastos com medicamentos foram apontados como as principais dificuldades para aquisição de medicamentos pelos idosos entrevistados. Esse achado enfatiza a importância da gestão adequada da assistência farmacêutica na atenção básica à saúde como facilitador do acesso aos medicamentos nesse nível de cuidado, que pode impactar na adesão ao tratamento.

O número de medicamentos utilizados pelos idosos mostrou-se forte preditor da baixa adesão ao tratamento, resultado também encontrado em outros estudos.^{10,18} A polimedicação, aliada aos problemas relacionados às propriedades cognitivas e falta de conhecimento sobre os medicamentos prescritos, dificultam a adesão ao tratamento pelos idosos.^{2,3,22}

Como limitação do estudo encontra-se a utilização de autorrelato para medir a adesão ao tratamento medicamentoso, que está sujeito a erro de recordatório e pode implicar em certo grau de imprecisão das estimativas obtidas. Além disso, a ausência de um consenso sobre o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento e a variedade de métodos empregados na literatura

dificultam a comparação com outros estudos. Apesar dessas limitações, foi possível estimar a adesão ao tratamento farmacológico em uma amostra de base populacional em idosos do sul do Brasil, contribuindo para gerar um corpo de evidência que dê suporte ao direcionamento de intervenções voltadas a esse grupo de pacientes.¹⁰

Os achados apontam a necessidade de estratégias para garantir o acesso a tratamentos que possibilitem diminuir o número de medicamentos prescritos e o número de administrações diárias. Uma estratégia importante seria a oferta pelo SUS de medicamentos em associações de doses fixas e de liberação prolongada para tratamento de doenças crônicas mais prevalentes, contribuindo para a adesão aos tratamentos prescritos.

O acompanhamento farmacoterapêutico dos idosos por parte dos serviços de saúde é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento entre profissionais e pacientes, possibilitando a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas. A frequência de doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos e a predisposição à incapacidade funcional também são relevantes. Esses fatores devem ser considerados pelos profissionais de saúde para promoção da adesão ao tratamento e aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):279-89. DOI:10.1590/S0034-89102012005000013
2. Chan FW, Wong FY, So WY, Kung K, Wong CK. How much do elders with chronic conditions know about their medications? *BMC Geriatr*. 2013;13:59. DOI:10.1186/1471-2318-13-59
3. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(Suppl 3):3507-15. DOI:10.1590/S1413-81232010000900025
4. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
5. Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wagner C, Fialova D, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(12):1067-76.
6. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):924-9. DOI:10.1590/S0034-89102005000600009
7. Folstein MF, Folstein ES, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6
8. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(2):CD000011.
9. Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(2):P102-7. DOI:10.1093/geronb/61.2.P102
10. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med Clin North Am*. 2009;93(3):753-69. DOI:10.1016/j.mcna.2009.02.007
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. DOI:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
12. Loyola Filho AI, Firmo JO, Uchoa E, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008).

- Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl 3):435-43.
DOI: 10.1590/S0102-311X2011001500014
13. 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. DOI:10.2165/00002512-200522030-00005
 14. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ*. 2003;326(7385):348-9. DOI:10.1136/bmj.326.7385.348
 15. Mishra SI, Gioia D, Childress S, Barnett B, Webster RL. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health Soc Work*. 2011;36(4):249-58. DOI:10.1093/hsr/36.4.249
 16. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. DOI:10.1056/NEJMra050100
 17. Patel RB. Polypharmacy and the elderly. *J Infus Nurs*. 2003;26(3):166-9. DOI:10.1097/00129804-200305000-00008
 18. Rocha CH, Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC, et al. Adesão a prescrição medica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Suppl 0):703-10. DOI:10.1590/S1413-81232008000700020
 19. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. New York: Hayworth; 1986.
 20. Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CC, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(5):255-63. DOI:10.1016/j.amjopharm.2008.11.001
 21. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24. DOI:10.1016/S0738-3991(98)00107-4
 22. Teixeira JJ, Lefevre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saude Publica*. 2001;35(2):207-13. DOI:10.1590/S0034-89102001000200016
 23. Thiruchselvam T, Naglie G, Moineddin R, Charles J, Orlando L, Jaglal S, et al. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(12):1275-82. DOI:10.1002/gps.3778
 24. Thume E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LA. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1102-11. DOI:10.1590/S0034-89102010005000038
 25. Thume E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):868-74. DOI:10.2105/AJPH.2009.184648
 26. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76. DOI:10.1001/archinte.162.20.2269
 27. World Health Organization: Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

Artigo baseado em tese de doutorado de Tavares N.U.L., intitulada: "Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos e hipertensos", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2012.
Os autores declaram não haver conflito de interesses.