UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLAUDIA CÂMARA FREIRE

Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos

Ribeirão Preto
2009

CLAUDIA CÂMARA FREIRE

Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Marques

Ribeirão Preto
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Freire, Claudia Câmara
Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos / Claudia Câmara Freire; orientador: Sueli Marques - Ribeirão Preto, 2009.
130 f.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

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

FOLHA DE APROVAÇÃO

FREIRE, Claudia Câmara

Adesão e Condições de uso de Medicamentos por Idosos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, **Valéria**, e meu pai, **Nicanor**, que sempre foram os maiores incentivadores nesta minha caminhada e me propiciaram a possibilidade de estudar até onde meus sonhos alcançavam.*

*Ao meu marido **Eduardo**, com amor e gratidão, pelo apoio e paciência desde o início da elaboração deste trabalho.*

*Aos meus irmãos **Ana Paula**, **Ricardo** e **Marco Túlio**, que sempre me fizeram acreditar em minhas capacidades.*

*Á minha sobrinha **Laura**, por ter iluminado a minha vida, com seu nascimento, durante este processo.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, sempre muito presente em todas as minhas trajetórias e momentos.*

*À minha orientadora **Profª Drª Sueli Marques** que me fez acreditar, até o último minuto, em minhas capacidades. Saiba que foi muito importante por este sonho realizado.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, responsável pela minha formação como Enfermeira, e agora propiciadora da realização do meu curso de Mestrado.*

*Aos **idosos**, sem os quais este estudo não seria possível. Àqueles que dispensaram um tempo para contribuir como sujeitos desta pesquisa, possibilitando este momento.*

*Ao **São Francisco** e, em especial à chefia, que demonstrou apoio, facilitando minhas buscas pelo conhecimento.*

*Aos meus **sogros** e **cunhadas**, em especial à minha **sogra,** pelo carinho e presteza.*

*À **Gislaine e Gláucia** pelo auxílio na coleta dos dados.*

*Às minhas amigas **Érica** e **Jaína**, por serem pessoas tão especiais.*

*À **Profª Drª Silvia Cassiani,** minha orientadora em pesquisas durante a Graduação, a qual tanto me ensinou.*

*Ao **Prof. Dr. Vanderlei José Haas** pela importante contribuição no processo de Qualificação e posterior análise estatística dos dados.*

*À **Profa. Dra. Rosalina Ap. Partezani Rodrigues** pela importante contribuição no processo de Qualificação.*

*Enfim, a todos os **familiares e amigos** que fazem parte da minha vida e que, de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta pesquisa.*

Muito obrigada.

RESUMO

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

Compreender melhor os problemas relacionados ao uso de medicamentos por idosos, entre eles, a adesão ao tratamento medicamentoso, se faz necessário, uma vez que ampliar o conhecimento desta temática pode favorecer o sucesso do tratamento, o controle/cura/prevenção de doenças e a promoção da saúde. Assim, este estudo objetivou caracterizar os idosos atendidos em um Ambulatório Privado de Especialidades Médicas e que atende a duas Operadoras de Planos de Saúde, no interior do estado de São Paulo, segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e uso de medicamentos; descrever a capacidade cognitiva e o desempenho para as atividades básicas e instrumentais da vida diária destes idosos; identificar a adesão do idoso ao tratamento medicamentoso e analisar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis sociodemográficas, as relacionadas ao uso de medicamentos e, o déficit cognitivo. Trata-se de um estudo seccional e correlacional, sendo utilizada amostra de conveniência. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2009, no próprio Ambulatório. Utilizou-se uma readaptação do *Older Americans Resources and Services (*OARS), um questionário de avaliação sobre o uso de medicamentos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e uma Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Foram estudados 97 idosos com média de idade de 71,6 anos; 72,2% eram mulheres; 45,4% casados e 36,1% viúvos; média de 3,1 filhos por idoso; 47,4% com escolaridade entre um e quatro anos; 56,7% eram aposentados. Com relação à saúde, 44,3% a auto-avaliaram como “Boa”; observou-se em média 3,4 doenças por idoso; 42,3% avaliaram sua visão como “Boa”, porém 43,3% indicaram dificuldade para leitura de bulas de medicamentos; 61,9% informam fazer uso somente de medicamentos prescritos. No que se refere ao uso de medicamentos, 44,3% tomam entre 1 e 2 medicamentos por dia, de forma contínua; 97,9% receberam orientação sobre o uso dos medicamentos; 56,7% obtinham os medicamentos por meio de recursos próprios; para 54,6% era indiferente tomar medicamentos diariamente; 54,6% negaram a presença de efeitos colaterais; 65,3% dos que referiram possuir dificuldade no seguimento à terapia medicamentosa citaram o fator financeiro como principal contribuinte e 70,1% não utilizam substitutos ao medicamento. Quanto ao desempenho para as AVDs, 65,6% realizam de 1 a 5 atividades com dificuldade. Na avaliação cognitiva pelo MEEM, 53,6% apresentaram déficit cognitivo e o escore médio foi de 24,1 pontos. O escore médio de adesão ao tratamento medicamentoso foi de 5,2 e 77% dos idosos apresentaram adesão ao tratamento. Não foram verificadas, neste estudo, associação da adesão com as variáveis sociodemográficas, de uso de medicamentos e déficit cognitivo. Dessa forma, o estudo revelou que a maioria dos idosos apresentou adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que, as diferenças na prevalência da adesão com as variáveis sociodemográficas, as de uso de medicamentos e, o déficit cognitivo não foram estatisticamente significativas, porém são relevantes para discussões entre os profissionais da área da saúde, uma vez que, a identificação correta dos fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento nesta faixa etária, pode tornar efetivas as práticas assistenciais voltadas ao uso de medicamentos pelo idoso.

Palavras-Chave: Idoso; Adesão ao Medicamento; Uso de Medicamentos

ABSTRACT

FREIRE, C. C. **Medication adherence and use conditions by elderly people.** 2009. 130.p. Thesis (Master's) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

A better understanding of the problems related to the medication use by elderly people is necessary, including the adherence to medication treatment, once broadening the knowledge of this theme can favor the success of the treatment, disease control/cure/prevention and health promotion. Thus, this cross-sectional and correlational study aimed to characterize the elderly people receiving care in a Private Outpatient Clinic of Medical Specialties which delivery care to patients of two Health Insurance Companies, in the interior of the state of São Paulo, according to sociodemographic variables, health conditions and medication use; to describe the cognitive capacity and the performance of the elderly in daily instrumental and basic activities; to identify the adherence of elderly people to medication treatment and to analyze the association between adherence to medication treatment and sociodemographic variables, variables related to medication use and cognitive deficit. Convenience sample was used. Data collection was carried out between February and September 2009, in the Outpatient Clinic. A readapted version of the Older Americans Resources and Services (OARS), a questionnaire to evaluate the use of medications, the Mini Exam of the Mental State (MMSE) and a Treatment Adherence Measurement (TAM) were used. In total, 97 elderly individuals were studied, with average age of 71.6 years; 72.2% were women; 45.4% married and 36.1% widower; with average of 3.1 children per elderly person; 47.4% with educational level between one and four years of study; 56.7% were retired. With regard to health, 44.3% self-evaluated it as "Good"; on average 3.4 diseases were observed per person; 42.3% evaluated their vision as "Good", however 43.3% indicated having difficulty to read medicine package inserts; 61.9% reported using only prescribed medications. Regarding the medication use, 44.3% take between 1 and 2 medications per day, continuously; 97.9% received orientation about the use of medications; 56.7% obtained the medications through their own resources; for 54.6% of the subjects, taking medications every day was indifferent; 54.6% denied the presence of collateral effects; 65.3% of the subjects who reported having difficulty in following the medication therapy mentioned the financial factor as the main reason for that and 70.1% did not use substitutes to medication. Concerning the performance of the daily life activities (AVDs), 65.6% performed from 1 to 5 activities with difficulty. In the cognitive evaluation by the MMSE, 53.6% presented cognitive deficit and the average score was 24.1 points. The average score of adherence to medication treatment was 5.2 and 77% of the elderly people presented adherence to treatment. In the study, association between adherence and sociodemographic variables, medication use and cognitive deficit, were not verified. Thus, the study revealed that most elderly people presented adherence to medication treatment, and the differences in the prevalence of adherence with the sociodemograpic variables, medication use variables and cognitive deficit were not statistically significant. However, they are relevant for discussions among health professionals, once the correct identification of the factors that can influence the treatment adherence in this age group can make effective the care practices targeting the medication use by elderly people.

Key words: Aged; Medication adherence; Drug utilization

RESUMEM

FREIRE, C. C. **Adhesión y condiciones de uso de medicamentos por ancianos.** 2009. 130 h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Es necesario mejor comprender los problemas relacionados al uso de medicamentos por ancianos, incluyendo la adhesión al tratamiento medicamentoso, una vez que ampliar el conocimiento de esa temática puede favorecer el suceso del tratamiento, el control/cura/prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Así, este estudio seccional y correlacional tuvo como objetivo caracterizar los ancianos que reciben atención en una Clínica Privada de Especialidades Médicas, que atiende a dos Operadoras de Planos de Salud, en el interior del estado de São Paulo, según las variables sociodemográficas, condiciones de salud y uso de medicamentos; describir la capacidad cognitiva y el desempeño para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de eses ancianos; identificar la adhesión del anciano al tratamiento medicamentoso y analizar la asociación entre la adhesión al tratamiento medicamentoso y las variables sociodemográficas, las relacionadas al uso de medicamentos y el déficit cognitivo. Fue utilizada muestra de conveniencia. La recolecta de datos fue realizada entre febrero y septiembre de 2009, en la propia Clínica. Se utilizó una readaptación del *Older Americans Resources and Services (*OARS), un cuestionario de evaluación sobre el uso de medicamentos, el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM) y una Medida de Adhesión al Tratamiento (MAT). Fueron estudiados 97 ancianos con media de edad de 71,6 años; el 72,2% eran mujeres; el 45,4% casados y el 36,1% viudos; promedio de 3,1 hijos por anciano; el 47,4% con escolaridad entre un y cuatro años; el 56,7% eran jubilados. Con relación a la salud, el 44,3% la auto evaluaron como “Buena”; se observó en media 3,4 enfermedades por anciano; el 42,3% evaluaron su visión como “Buena”, pero el 43,3% indicaron dificultad para lectura de prospectos de medicamentos; el 61,9% informaron hacer uso solamente de medicamentos prescritos. En lo que se refiere al uso de medicamentos, el 44,3% toma entre 1 y 2 medicamentos por día, continuamente; el 97,9% recibió orientación sobre el uso de los medicamentos; el 56,7% obtenía los medicamentos por medio de recursos propios; para el 54,6% era indiferente tomar medicamentos diariamente; el 54,6% negó la presencia de efectos colaterales; el 65,3% de los que refirieron tener dificultad para seguir la terapia medicamentosa citaron el factor financiero como principal contribuyente y el 70,1% no utiliza substitutos al medicamento. Cuanto al desempeño para las AVDs, el 65,6% realizó de 1 a 5 actividades con dificultad. En la evaluación cognitiva por el MEEM, el 53,6% presentó déficit cognitivo y el score medio fue de 24,1 puntos. El escore medio de adhesión al tratamiento medicamentoso fue de 5,2 y 77% de los ancianos presentaron adhesión al tratamiento. No fueron verificadas, en ese estudio, asociación de la adhesión con las variables sociodemográficas, de uso de medicamentos y déficit cognitivo. De esa forma, el estudio reveló que la mayoría de los ancianos presentó adhesión al tratamiento medicamentoso, siendo que, las diferencias en la prevalencia de la adhesión con las variables sociodemográficas, las variables uso de medicamentos y el déficit cognitivo no fueron estadísticamente significativas, pero son relevantes para discusiones entre los profesionales del área de la salud, una vez que la correcta identificación de los factores que pueden influenciar la adhesión al tratamiento en esa franja etária, puede tornar efectivas las prácticas de atención para el uso de medicamentos por el anciano.

Palabras Clave: Anciano; Adhesión al Tratamiento; Utilización de Medicamentos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo idade, sexo, estado conjugal e escolaridade, Ribeirão Preto, 2009..... 51

Tabela 2 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo fonte de renda, Ribeirão Preto, 2009..... 52

Tabela 3 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2009..... 53

Tabela 4 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo percepção da própria situação econômica e em comparação às pessoas da mesma idade, casa onde mora e com quem mora, Ribeirão Preto, 2009..... 54

Tabela 5 Distribuição dos idosos (n = 97) de acordo com a autoavaliação em relação às suas condições de saúde, Ribeirão Preto, 2009..... 55

Tabela 6 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo problemas de saúde autoreferidos, Ribeirão Preto, 2009..... 56

Tabela 7 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a autoavaliação da visão e questões relacionadas, Ribeirão Preto, 2009..... 57

Tabela 8 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a interferência da acuidade visual para realização de determinadas tarefas, Ribeirão Preto, 2009..... 58

Tabela 9 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a indicação dos medicamentos utilizados, Ribeirão Preto, 2009..... 59

Tabela 10 Distribuição dos idosos (n= 97) segundo tempo de utilização de medicamentos, de forma contínua, Ribeirão Preto, 2009.... 59

Tabela 11 Distribuição dos idosos (n= 97) segundo o número de medicamentos, de uso contínuo, Ribeirão Preto, 2009..... 60

Tabela 12 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a fonte de obtenção dos medicamentos de uso contínuo, Ribeirão Preto, 2009..... 61

Tabela 13 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo seu sentimento em relação à utilização contínua de medicamentos, a necessidade de mudança na rotina diária, a presença de efeitos colaterais e a utilização de chás, simpatias e/ou outros substitutos aos medicamentos, Ribeirão Preto, 2009..... 62
Tabela 14 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2009..... 63
Tabela 15 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo ajuda na realização das ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2009..... 65
Tabela 16 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo avaliação cognitiva por meio do MEEM, Ribeirão Preto, 2009..... 66
Tabela 17 Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a adesão à terapia medicamentosa, Ribeirão Preto, 2009..... 67
Tabela 18 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis, sexo, idade, estado conjugal escolaridade e renda mensal, Ribeirão Preto, 2009..... 69
Tabela 19 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso segundo as variáveis, número de medicamentos em uso, tempo de uso dos medicamentos, fonte de obtenção dos medicamentos, dificuldade para seguir a terapêutica medicamentosa e presença de efeitos colaterais, Ribeirão Preto, 2009..... 71
Tabela 20 Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o déficit cognitivo, Ribeirão Preto, 2009..... 72

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades da Vida Diária
AIDS	*Acquired Immune Deficiency Syndrome*
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	*Diabetes Mellitus*
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OARS	*Older Americans Resources and Services*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNAD	Programa Nacional de Amostra por Domicílios
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Pactage for the Social Science
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 15
1.1. O Processo de Envelhecimento..... 16
1.2 A Transição Demográfica..... 21
1.3 A Transição Epidemiológica..... 23
1.4 O Envelhecimento no Contexto da Saúde..... 24
1.5 O Envelhecimento e a Medicação..... 29
1.6 A adesão ao Tratamento Medicamentoso..... 32

2. OBJETIVOS..... 38

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 40
3.1 Tipos de Estudo..... 41
3.2 Local de Investigação..... 41
3.3 População e Amostra..... 43
3.3.1 População..... 43
3.3.2 Critérios de Inclusão..... 43
3.3.3 Amostra..... 43
3.4 Procedimentos para a Coleta de Dados..... 43
3.4.1 Pré-Teste..... 47
3.4.2 Entrevista..... 48
3.5 Processamento e Análise Estatística dos dados..... 48
3.6 Aspectos Éticos..... 49

4. RESULTADOS..... 50
4.1 Características Sociodemográficas dos Idosos..... 51
4.2 Características das Condições de Saúde dos Idosos..... 55
4.3 Características da Utilização de Medicamentos pelos Idosos..... 59
4.4 Desempenho para realizar as AVDs..... 62
4.5 Avaliação Cognitiva dos Idosos..... 66
4.6 Adesão dos Idosos à Terapia Medicamentosa..... 67
4.6.1 Associação entre Adesão ao Tratamento Medicamentoso e as variáveis sociodemograficas, relacionadas ao uso de medicamentos e, o déficit cognitivo..... 68

5. DISCUSSÃO..... 73
5.1 Características Sociodemográficas dos Idosos Participantes do Estudo 74
5.2 Características das condições de saúde dos idosos..... 78
5.3 Características da Utilização de medicamentos pelos Idosos..... 82
5.4 Desempenho para as AVDs..... 85
5.5 Avaliação Cognitiva dos Idosos..... 86
5.6 Adesão dos Idosos à Terapia Medicamentosa..... 87
5.6.1 Associação entre a Adesão ao Tratamento Medicamentoso e as variáveis sociodemográficas e as relacionadas ao uso de medicamentos..... 88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 92
REFERÊNCIAS..... 97
APÊNDICES..... 113
ANEXOS..... 125

1. INTRODUÇÃO

1.1 O Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento é natural e inevitável na vida de qualquer ser humano e tem recebido cada vez mais atenção dos diversos segmentos e setores da sociedade, considerando sua real e inegável importância. Assim, surgem necessidades cada vez maiores de aprofundar os conhecimentos que envolvem o tema, na medida em que novos questionamentos e descobertas são a ele relacionados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), população idosa é aquela com 60 ou mais anos de idade para países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil e, com 65 anos ou mais para os países desenvolvidos. No Brasil, a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996, também considera idoso o indivíduo com 60 anos e mais de idade (BRASIL, 1994, 1996).

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade (2000), envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Entretanto, paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento (IBGE, 2002).

Teorias biológicas, psicológicas e sociológicas procuram explicar o processo de envelhecimento e representam importante fonte de conhecimento para as questões do envelhecimento. Assim, não se deve olhar o “envelhecer” apenas em seu aspecto biológico, uma vez que outros fatores são a ele associados, principalmente no que se refere ao seu contexto e como é percebido e enfrentado pelos próprios idosos e pela sociedade.

Do ponto de vista sociológico, existem diversas teorias que buscam compreender, mais profundamente, o processo de envelhecimento, abrangendo seus aspectos individuais e estruturais, questões referentes à incorporação de condutas e valores, de acordo com o seu contexto social (SIQUEIRA, 2002).

As teorias psicológicas envolvidas no processo de envelhecimento, assim como as já mencionadas teorias sociológicas, dispõem de uma diversidade de explicações que buscam uma melhor compreensão acerca das mudanças que ocorrem ao longo da vida, ressaltando as alterações de comportamento e experiências vividas individualmente (NERI, 2002).

Smeltzer et al (2000) lembram que o envelhecimento psicológico bem-

sucedido reflete-se na capacidade que o idoso possui de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e atingir o contentamento, a serenidade e as satisfações na vida com enfrentamento, ao vivenciar estresses e mudanças. Dessa forma, acredita-se que o conhecimento aprofundado destas mudanças constitui-se em apoio para orientar as intervenções na área da geriatria e gerontologia, salientando, neste caso, as diferenças comportamentais existentes entre os indivíduos.

Na literatura também é possível encontrar várias teorias biológicas para explicar o processo de envelhecimento, tal como um declínio e degeneração da função e estrutura dos órgãos e células, baseadas na genética, em danos de origem química, no desequilíbrio gradual, na restrição calórica, entre outras (FARINATTI, 2002).

Com isso, surgiram alguns termos usados para definir alterações biológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento. Segundo Jeckel-Neto e Cunha (2002), a senescência é o termo usado para descrever as mudanças que ocorrem no organismo, relacionadas à idade, afetando sua vitalidade e funções e a taxa de mortalidade em função do tempo. Para Bellamy (1991) representa, também, perda progressiva da capacidade de homeostasia.

Ainda segundo Jeckel-Neto e Cunha (2002), o termo senilidade seria o estágio final da senescência, o que, segundo Papaléo Neto (1996), são as alterações no envelhecimento normal, ocasionadas por doenças que acometem o idoso; esse termo também é mencionado como envelhecimento secundário.

Apesar das teorias existentes para explicar o envelhecimento do ponto de vista biológico, sabe-se que este é um processo natural de mudanças que se inicia com o nascimento e continua ao longo da vida. As alterações celulares provocam deterioração do aspecto físico e funcional. Entre as várias alterações decorrentes do processo de envelhecimento, salientam-se a diminuição da capacidade de adquirir novas habilidades e informações, principalmente após os 70 anos; alterações sensoriais, como diminuição da visão, decorrente de retinopatias, degeneração macular senil, diminuição da audição, tato, paladar e olfato; alterações musculoesqueléticas, distúrbios da saúde mental, entre outras. Ocorrem ainda alterações tegumentares, cardiovasculares, respiratórias, reprodutivas, genitourinárias, gastrointestinais e do sistema nervoso (SMELTZER; BARE, 2000).

Ao processo natural de envelhecimento podem associar-se as condições

crônicas de saúde ou as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), decorrentes do próprio período de vida mais prolongado, assim como pelos hábitos de vida, fatores genéticos, entre outros.

Estudo de Freitas e Mendes (2007) revelou diversidade de conceitos existentes na literatura sobre condições crônicas de saúde no adulto, relacionando seus atributos essenciais, antecedentes e consequências. Entretanto, de maneira geral, uma condição crônica diz respeito a uma situação de longa duração, com caráter permanente, incurável, degenerativa, irreversível, de caráter recorrente e com dependência contínua de medicamentos. Tal estudo também revelou importante associação do termo com o de doença crônica. A OMS (2003) considera condições crônicas os problemas de saúde persistentes que requerem algum tipo de gerenciamento, englobando as doenças não transmissíveis como o câncer, o diabetes mellitus, a asma; as doenças transmissíveis persistentes como o HIV/AIDS; distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas.

Lessa (1998) define as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como grupos de patologias que se caracterizam por história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos conhecidos ou desconhecidos, período longo de latência, curso assintomático longo, curso clínico geralmente lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

A maioria das DCNT que acomete os idosos é representada, entre outras, por doenças cardiovasculares, sequelas de doenças cerebrovasculares, doenças osteoarticulares, respiratórias, digestivas, neoplasias, *diabetes mellitus* e diversos tipos de demência (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996).

Os déficits nas capacidades cognitiva e física naturais do envelhecimento, associados às DCNT, podem levar à perda da autonomia e da independência, interferindo no desempenho para realizar as atividades da vida diária dos idosos. Porém, segundo Gordilho et al. (2001), o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para agir no seu cotidiano é considerado um idoso saudável, mesmo acometido por uma ou mais de uma DCNT.

Miguel, Pinto e Marcon (2007) definem dependência física como incapacidade funcional e individual que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária mais freqüentes entre idosos. Salientam, entretanto, que as incapacidades orgânicas resultantes das DCNT não determinam necessariamente a

dependência física ou a incompetência do idoso.

A capacidade funcional é descrita como a "capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma" (GORDILHO et al., 2001, p. 142). Pode ser avaliada por meio de instrumentos que consideram as atividades básicas da vida (ABVD) como: alimentar-se, tomar banho, vestir-se, entre outras; e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) tais como, cortar unhas do pé, fazer limpeza da casa, dirigir condução, uso de transporte, entre outras, englobando atividades funcionais consideradas mais complexas (LEVY, 2001).

Assim, as ABVD são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais para a manutenção da independência (KATZ et al., 1970). Já as AIVD são definidas por Lawton e Brody (1969) como aquelas atividades necessárias para uma vida independente e ativa na comunidade.

Paschoal (2007) descreve idosos autônomos e independentes, aqueles que possuem capacidade de realizar algo com seus próprios meios, de tomar decisões e ter o comando; abaixo desse limiar estariam aqueles incapazes e dependentes.

Vale ressaltar que, atualmente, vêm sendo realizadas discussões sobre a perspectiva de envelhecimento saudável e ativo que, segundo a OMS (2005, p.13), é o "processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas".

Segundo Gordilho (2001, p.138), envelhecimento saudável significa "preservar a sua capacidade funcional, a sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida".

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) mencionam que:

> [...] um dos aspectos relevantes a ser considerado no conceito de saúde dos idosos é o fato de poderem ter uma vida saudável, com autonomia, independência para se engajarem nas atividades sociais de seu cotidiano. O envelhecimento em condições de vida precária refletirá no estado de saúde individual da pessoa (p.17).

Dessa forma, acredita-se na necessidade constante de se obter melhor conhecimento quanto às necessidades individuais e coletivas dos idosos visando o envelhecimento ativo e com maior participação na sociedade, considerando que a

expectativa de vida da população tem aumentado a cada ano.

No Brasil, segundo Leme (2007), o interesse sistemático pela atenção ao idoso é mais recente que em outros países como os Estados Unidos da América, sendo que somente em 1961 foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria, a qual, posteriormente, foi chamada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. A partir daí, vários serviços universitários surgiram, abordando a geriatria e gerontologia, representando um avanço cada vez maior do interesse pelo tema.

Segundo Papaléo Netto (2007, p.31), “a geriatria possui sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde, em relação estreita com disciplinas da área médica, como neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, entre outras...”. Já a gerontologia, segundo o mesmo autor, pode ser dividida entre a gerontologia social que “compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde” e a biomédica, que “possui, como eixo principal, o estudo do fenômeno do envelhecimento dos pontos de vista molecular e celular, com estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas”.

O processo de envelhecimento visto de forma integral deve ser abordado também em seu aspectos éticos e legais visando a dignidade, cidadania e cumprimento dos direitos e deveres dos idosos.

É impreterível mencionar que, até há algum tempo, pouca importância se dispensava às questões legais que envolviam o processo de envelhecimento. Em 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1997) que possui, como uma de suas finalidades, assegurar os direitos do idoso, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em seu Capítulo II, Art. 3º, item III cita que: “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”.

Entretanto, políticas como esta têm sido do conhecimento da minoria e suas reais implementações ainda não ocorreram no país, fazendo persistir as falhas no exercício da cidadania e direitos dos idosos.

Além disso, é importante mencionar que o processo de envelhecimento apresenta, em seu contexto, o que chamamos de Transição Demográfica e Transição Epidemiológica, as quais serão descritas a seguir.

1.2 A Transição Demográfica

A transição demográfica é caracterizada pela transição de uma população jovem para uma envelhecida. Iniciou-se na Europa, com o declínio acentuado da fecundidade e diminuição dos índices de mortalidade, decorrentes do desenvolvimento social, gerado pela Revolução Industrial, no século XIX, fatores que ocasionaram o envelhecimento da população (RAMOS, 2002).

Paschoal et al. (2005) mencionam que:

> [...] o termo transição demográfica refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Quando há queda na taxa de mortalidade, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade, a população começa a envelhecer. (p.20).

Kalache, Veras e Ramos (1987) sistematizam a transição demográfica em quatro estágios:

1º – Alta fecundidade, alta mortalidade, baixa expectativa de vida e número acentuado de população jovem, ou seja, elevado número de nascimentos, entretanto, também com número expressivo de mortes, sendo que as pessoas não chegavam à idade muito avançada;

2º – Início da queda da mortalidade, principalmente infantil, mas com alta taxa de fecundidade, ocasionando elevada taxa de crescimento populacional, com maior índice de sobrevivência entre crianças, aumentando a população jovem do país;

3º – A fecundidade diminui e a mortalidade continua caindo, ocasionando aumento no número de adultos jovens e de idosos e diminuição no número de crianças devido à queda da fecundidade;

4º – baixo índice de fecundidade e de mortalidade em quase todos os grupos etários, gerando o aumento contínuo da população idosa e redução do percentual de jovens.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, esta transição ocorreu mais tardiamente, ou seja, a partir da segunda metade do século XX, com duração de cerca de 50 anos, de maneira acelerada, diferentemente da transição demográfica ocorrida nos países desenvolvidos, onde o processo ocorreu de forma

mais lenta (RAMOS, 2002).

> À semelhança de outros países latino-americanos, no Brasil o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano, consequência do movimento migratório resultante do processo de industrialização que, a partir da década de 1960, propiciou maior acesso da população aos serviços de saúde e saneamento, contribuindo para a queda da mortalidade precoce e para a redução da fecundidade, ao possibilitar contato com os programas de planejamento familiar e a métodos de contracepção (VERAS et al., 2002; CHAIMOWICZ, 1997; FONSECA; CARMO, 2000; RAMOS, 2002; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Assim, nas últimas décadas, tem-se observado um acréscimo no número e na porcentagem de idosos em relação à população em geral, como resultado da redução de nascimentos e da evolução econômica e médica que favorece a esperança de vida, na medida em que são maiores as possibilidades de acesso a tratamento e controle de doenças, antes vistas como altamente letais.

No período de 1960 a 1980, a expectativa de vida da população brasileira aumentou em oito anos, com uma queda de 33% na taxa de fecundidade (VERAS et al., 2002). As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). De acordo com os dados do IBGE (2004), a expectativa de vida ao nascer em 2000 era de 70,4 anos e em 2050 poderá chegar a 81,3 anos. O aumento da expectativa de vida no Brasil, assim como em outros países, decorreu de mudanças no setor de saúde, melhora tecnológica nos hospitais e campanhas de vacinação (GROU - VOLPE, 2007).

Considerando as tendências nas taxas de fecundidade e longevidade, as expectativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa, no mundo, poderá exceder a 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população do Brasil (IBGE, 2002). Lopes e Bottino (2002) e Camarano (2006) relatam que a perspectiva é de que, em 2025, o Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos.

Estas mudanças no perfil demográfico vieram acompanhadas de alterações nas características de morbidade do brasileiro, caracterizando a chamada transição epidemiológica.

1.3 A Transição Epidemiológica

Associadas às mudanças no perfil demográfico da população, percebe-se alterações também no perfil epidemiológico ocorridas nas últimas décadas, com um aumento na incidência das DCNT, em comparação às doenças infecto-parasitárias, predominantes anteriormente.

Omran (1996) descreve a transição epidemiológica como uma situação com altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras DCNT, em contraposição à prevalência anterior de óbitos decorrentes de doenças infecciosas. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças respondiam por apenas, aproximadamente, 5% dessas mortes (SILVA JUNIOR et al., 2003).

No Brasil, de forma geral, essas mudanças no perfil epidemiológico apresentam-se com algumas particularidades no que se refere às diversidades entre as regiões, fato este relatado por Malta et al. (2006); esses autores destacaram a heterogeneidade demográfica e socioeconômica acentuadas entre as macrorregiões – Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul – que se reflete em distintos padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT.

Segundo os mesmos autores, as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e *diabetes mellitus* (DM), no período de 1996 a 2003, sofreram algumas modificações. No caso do AVC, houve um declínio lento e gradual das taxas de mortalidade nas Regiões Sul (de 61,9, em 1996, para 49,5, em 2003, por 100.000 habitantes) e Sudeste (de 60,2, em 1996, para 45,5, em 2003). Já para a Região Nordeste, observou-se discreta tendência no aumento dessas taxas (de 34,0, em 1996, para 39,5, em 2003), No que se refere ao IAM, a taxa geral para o País manteve-se estável, com diminuição nas Regiões Sul (de 46,3, em 1996, para 42,8, em 2003) e Sudeste (de 44,5, em 1996, para 40,2, em 2003) e aumento nas Regiões Centro-Oeste (de 28,1, em 1996, para 34,3, em 2003) e Nordeste (de 18,5, em 1996, para 25,7, em 2003). Para o DM, as taxas de mortalidade encontraram-se em movimento ascendente, em todas as regiões (média no Brasil: de 16,7, em 1996, para 21,1, em 2003).

Grou-Volpe (2007) menciona que as regiões norte e nordeste, representadas por doenças características de situações de pobreza, como a

desnutrição e as parasitoses, já presenciam a ascensão das DCNT, com destaque para as cardiovasculares, ocasionando uma associação entre as doenças infecciosas e as crônicas.

Na cidade de Ribeirão Preto, SP, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (BRASIL, 2006), no ano de 2006, dos 3.095 óbitos hospitalares registrados, 631 (20%) correspondiam a doenças infecto-contagiosas, enquanto que 1.320 (43%) foram decorrentes de neoplasias ou doenças do aparelho circulatório, considerando-se todas as faixas etárias.

Desta forma, essa mudança no perfil epidemiológico faz com que um cenário anteriormente caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas (responsáveis por 40% do total de óbitos em 1950 e por 10%, em 1980), se transforme em um outro, no qual predominam os agravos crônicos (em 1950, 12% dos óbitos, elevando-se para 40% em 1980), característicos de uma população mais envelhecida, com consequente aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação (VERAS, 1994).

Percebe-se, assim, que esta mudança no perfil de morbi-mortalidade da população trouxe consigo necessidades cada vez maiores de se conhecer a realidade do contexto da saúde, pois indicam aumento na procura e nos gastos para o setor saúde e busca por melhores tecnologias, serviços especializados e mudanças de conceitos. É principalmente no contexto da saúde que esta mudança no perfil das doenças e no perfil demográfico é mais observado, dadas suas implicações no que se refere à disponibilização de recursos materiais e humanos, adequações nas estruturas dos serviços de saúde, entre outros.

1.4 O Envelhecimento no Contexto da Saúde

Segundo Veras (2007), 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a cada ano, sendo a maior parte deles com DCNT e alguns com limitações funcionais. Além disso, segundo o autor, embora esta população já apresente um perfil demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de infra-estrutura de serviços de saúde suficientes para as demandas decorrentes das transformações

demográficas e epidemiológicas.

É importante mencionar, também, questões de urbanismo relacionadas ao envelhecimento, que incluem fatores como inclusão social e cidadania do idoso. Deficiências na infra-estrutura física das vias públicas como a falta de calçamentos e rampas de acesso a prédios públicos, obstáculos nas calçadas, entre outros, dificultam o livre trânsito do idoso e aumentam o risco de quedas. Além disso, fatores como estes dificultam a acessibilidade do idoso aos diversos setores e atividades sociais e, por conseguinte, sua inserção social (FERNANDES, 2000).

Salienta-se, também, neste contexto, a questão da renda do idoso, utilizada, muitas vezes, como complementação da familiar. Esta, que em geral advém de uma aposentadoria irrisória que subsidia o suprimento das necessidades mais prioritárias, como alimentação, medicamentos, entre outras, acaba sendo utilizada para outros fins, de necessidade da família, gerando a falta dos recursos primeiramente mencionados. Muitas outras questões podem ser levantadas no âmbito social do envelhecimento, mas indiscutivelmente, elas devem representar pontos de reflexão e ação sobre os aspectos específicos desta fase da vida.

Nota-se que o aumento no número de idosos na população brasileira tem provocado mudanças na sociedade. Segundo Bós e Bós (2004) este impacto é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde, sendo que, na medida em que o país continua sua transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro.

Entretanto, é na área da saúde que este impacto é mais intensamente percebido, considerando a falta de recursos humanos qualificados, recursos materiais e assistenciais. Veras (2002) menciona que os serviços de saúde ainda não estão preparados para atender às necessidades dos idosos, pois o país possui um sistema de saúde desorganizado, com baixa resolubilidade e pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde dessa parcela da população.

Desta forma, percebe-se que o país está “envelhecendo”, sem estar preparado para esta situação. É um despreparo diante do emergente perfil demográfico (CHAIMOWICZ, 1997; GARRIDO; MENEZES, 2002).

Diante deste quadro e percebendo as conseqüências de um sistema de saúde que enfrenta desafios diários para suprir esta demanda de idosos, cabe a eles optarem pela utilização da rede pública ou privada. Entretanto, alguns fatores estão associados a esta escolha, tais como: a renda familiar, a influência do idoso na

participação da renda mensal, a influência da idade do idoso, do seu estado de saúde, do nível educacional, do tamanho da família, entre outros (BÓS; BÓS, 2004).

É nesse contexto que algumas ações dos serviços públicos e privados de saúde têm ocorrido como forma de mudança do modelo assistencial da população, incluindo-se a idosa. Nota-se como modelo ainda predominante no Brasil aquele com enfoque biologicista, voltado prioritariamente para ações curativas, com medicina de alto custo, verticalizada, excludente, que não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais do processo de adoecer (TRAD; BASTOS, 1998). Pode-se exemplificar, neste caso, os modelos hospitalares e asilares de assistência, os quais correspondem a algumas características mencionadas. Entretanto, recebe cada vez mais atenção o modelo pautado em ações preventivas e de promoção à saúde, no qual destacam-se os programas de medicina preventiva e os de saúde da família.

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, possui como princípios gerais: a universalidade, a equidade, a integralidade, a resolubilidade, a participação dos cidadãos, a descentralização, a regionalização e hierarquização. Em síntese, visam garantia de acesso de qualquer pessoa a qualquer serviço de saúde público, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, integralmente, com resolubilidade (SANTINI; GOULART; REIS 1992).

Diante destes propósitos, o SUS assumiu , em 1994, a estratégia de Saúde da Família visando reorganizar o modelo tradicional, reesquematizando a atenção básica à saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Ainda segundo os mesmos autores, nesse contexto a atenção ao idoso passou a ter, como foco, a abordagem das mudanças físicas normais e identificação precoce de alterações patológicas.

A criação de políticas de saúde mais específicas reflete também as mudanças que vêm ocorrendo no setor saúde. Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), com o objetivo de permitir um envelhecimento saudável, ou seja, preservar sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida (GORDILHO et al., 2001). Este é um instrumento que também estabelece diretrizes para embasar os programas e projetos do setor saúde no que tange à atenção ao idoso, como meio de proporcionar consideração específica para esta população. Isso, por conseguinte, tenta evitar altos custos para

o Sistema de Saúde, considerando que também objetiva ações de promoção à saúde e reabilitação, diminuindo as demandas por serviços de saúde mais complexos e de maior custo.

Outro instrumento criado foi o Estatuto do Idoso, o qual foi sancionado em 2003, entrando em vigor em janeiro de 2004, visando, entre outros fatores, reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso (PNI), propondo, principalmente, ações baseadas na prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, com destaque para as que afetam a idade avançada (BRASIL, 2003).

Entretanto, o que se nota é a falta de implementação das políticas já criadas, ainda que elas tenham sido bem formuladas e descritas. Os idosos continuam consumindo cada vez mais os serviços de saúde, representando proporção significativa nas estatísticas dos estudos sobre internações hospitalares, com longos períodos de ocupação dos leitos, elevando os gastos e exigindo maior número de vagas, principalmente na rede pública, quase sempre carente de recursos.

Para Mendes (2001), a crescente demanda de assistência à saúde da faixa etária que mais irá crescer nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, com um desprezo pela realidade do idoso no Brasil.

Busca-se, dessa forma, enfocar a necessidade cada vez maior da assistência domiciliária, não com o único objetivo de baratear os custos da assistência ou transferir as responsabilidades do cuidado a quem o presta, mas também como fator importante na busca de qualidade de vida para os idosos.

Entretanto, percebe-se que na maioria das vezes os idosos não são atendidos na integralidade de suas necessidades de saúde, em decorrência da falta de estruturação, organização e recursos dos serviços, principalmente públicos de assistência, entre outros fatores.

Por outro lado, Veras et al. (2006) lembram que essa inadequação do sistema de saúde em atender o idoso não é uma exclusividade do setor público, pois, segundo esses autores, o setor privado também não se encontra preparado para o envelhecimento da população.

O segmento privado de saúde vem crescendo nas últimas décadas e, com

ele, também o volume de beneficiários que o utilizam, sendo os idosos um grupo numericamente significativo neste contexto. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (ANS, 2007) e do IBGE (2000), em 2000 existiam cerca de 14.536.029 idosos no Brasil, de acordo com o censo demográfico, sendo, aproximadamente, 3.214.862 usuários de planos de saúde (22% do total da população brasileira nesta faixa etária). Já dados de setembro de 2007 mostraram cerca de 4.259.457 idosos usuários de plano de saúde, o que corresponde a, aproximadamente, 29% da população idosa brasileira.

Na cidade de Ribeirão Preto – SP, por exemplo, os idosos eram cerca de 51.194, em 2000 (IBGE, 2000), sendo que, destes, aproximadamente 27.124 eram beneficiários de planos de saúde (ANS, 2007), o que representa 53% da população nesta faixa etária, no município citado.

Tal aumento na utilização dos planos de saúde foi mais observado após a regulamentação do setor privado, em 1999, que apresenta, entre outros objetivos, garantia de cobertura assistencial integral da população e das condições de acesso (PINTO; SORANZ, 2004).

Ainda como ação tomada para regular as operadoras de planos privados de assistência médica, em 2000 foi criada a ANS, órgão do Ministério da Saúde, que regula o setor privado de saúde e padroniza os serviços ofertados, por meio da Lei 9.961/00.

Segundo Tamez, Bodeck e Eibenschutz (1995), desde a década de 1980, a maioria dos países da América Latina vem experimentando mudanças políticas, sociais e econômicas, que favoreceram transformações no campo de serviços de saúde, em particular o aumento da participação do setor privado.

Entretanto, o acesso aos recursos privados de saúde apresenta disparidades regionais e sociais. Estudo feito por Pinto e Soranz (2004) mostrou que 70% da população coberta por planos de saúde concentram-se na região sudeste e os grupos etários que mais acessam os serviços de saúde são: crianças menores de cinco anos, mulheres em idade fértil e idosos.

Desta forma, a população, incluindo-se a idosa, cada vez mais tem procurado pelos serviços privados de saúde como forma de receber melhor atendimento, pois as mudanças no perfil epidemiológico ocasionaram aumento no número de atendimentos médicos e internações, principalmente entre a população idosa.

Esta situação é muitas vezes consequência da falta de implementação de políticas de promoção à saúde, que sejam efetivas, com resolubilidade e melhora nas condições de saúde, principalmente voltadas para esta parcela da população.

Outro fator associado à mudança no perfil de morbi-mortalidade e alterações no setor saúde é o aumento progressivo do uso de medicamentos por idosos, principalmente nos tratamentos das DCNT. Segundo Papaléo Netto, Carvalho Filho e Pasini (2000), a idade é fator predisponente ao uso de medicamentos, sendo que nos idosos a chance é maior devido aos processos patológicos crônicos e eventuais afecções agudas.

1.5 O Envelhecimento e a Medicação

Conforme o exposto até então, o processo de envelhecimento é caracterizado como natural, ao qual, cada vez mais, tem sido atribuída importância diante de suas especificidades e necessidades. Ligado a ele advém a busca pela qualidade de vida, intimamente ligada ao controle de doenças, muitas vezes, conseguido pelo uso regular de medicamentos.

Estudo realizado na Finlândia evidenciou que o uso de medicamentos entre idosos tem aumentado, como consequência de múltiplas doenças crônicas, as quais requerem tratamentos longos e utilização de uma diversidade de medicamentos (LINJAKUMPU et al., 2002). Salienta-se, assim, o uso cada vez maior da “polifarmácia” (polifarmacoterapia, polimedicação) pela população idosa, situação caracterizada de diferentes maneiras na literatura como: uso de dois ou mais medicamentos (CEDENO et al., 2000), uso de quatro ou mais medicamentos (ROLLASON; VOGT, 2003; WYLES; REHMAN, 2005), entre outras. Porém, excetuando-se a conceituação do termo, é inegável salientar que pode gerar efeitos adversos, interações medicamentosas (MANNESSE; DERKX; RIDDER, 2000), além de erros de medicação, aumento do risco de hospitalização e dos custos com a saúde (GROU-VOLPE, 2007).

Entretanto, segundo estudo de Linjakumpu et al. (2002), o número de medicamentos usados por idosos tem crescido rapidamente entre os mais velhos, ou seja, aqueles com idade superior a 79 anos, e especialmente, entre mulheres; vários fatores podem estar associados a este fenômeno, como aumento da expectativa de

vida, aumento da utilização de serviços de saúde e a descoberta de novos medicamentos.

Acredita-se que, com relação às mulheres, além da expectativa de vida entre as mesmas ser maior, quando comparada à dos homens, elas costumam procurar mais frequentemente os serviços de saúde, como fator preventivo ou curativo, ocasionando maior volume de prescrição médica de medicamentos entre esta população.

Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos (TEIXEIRA; LEFEVRE, 2001). Elevada quantidade da utilização de medicamentos por idosos foi, também, relatada em estudo de Flores e Mengue (2005), os quais apontaram que os grupos de medicamentos cardiovasculares e analgésicos são os mais utilizados pelos idosos.

Segundo Beyth e Shorr (1999) e Monane et al. (1998), mais de 80% dos idosos consomem, no mínimo, um medicamento diariamente; esse é o processo mais poderoso de intervenção para melhorar seu estado de saúde. Nos Estados Unidos da América, os idosos representam, aproximadamente, 13% da população, consumindo cerca de 30% de toda a prescrição medicamentosa no país (PAPALÉO NETTO, FILHO e PASINI, 2000).

Dessa forma, como citado acima, diante da gravidade e complexidade do quadro clínico dos pacientes idosos, torna-se fundamental a administração de vários e diferentes tipos de medicamentos, geralmente representados por antihipertensivos, cardiotônicos, analgésicos, entre outros, como mostrou o estudo de Almeida et al. (1999).

Loyola Filho, Marcopito e Castelo (2004) demonstraram, em estudo realizado no Nordeste do Brasil, proporções significativas de idosos usando medicamentos prescritos (média de 70% dos idosos estudados nas áreas central, intermediária e periférica do estado), não prescritos (média de 28%) e inadequados (média de 16%), havendo desigualdades particularmente entre aqueles de diferentes níveis socioeconômicos. Os não prescritos aqui relatados referiam-se àqueles utilizados por iniciativa própria ou recomendação de não profissionais médicos; os inadequados, àqueles que deveriam ser evitados por não serem efetivos ou representarem risco (que excedia o benefício) aos idosos.

Segundo Simonson e Feinberg (2005), a população idosa apresenta maior

risco de problemas referentes às medicações como resultado de mudanças psicológicas relacionadas à idade, presença de múltiplas doenças crônicas e administração de número elevado de medicações.

A administração de medicamentos no idoso pode ocorrer na instituição hospitalar, quando este se encontra internado, ou no domicílio, após a alta hospitalar, onde dará continuidade ao tratamento, bem como após atendimento em consultório médico.

Na instituição hospitalar, a administração de medicamentos é uma tarefa que envolve enfermeiros, médicos, farmacêuticos, auxiliares e técnicos de enfermagem e é complexa na medida em que exige atributos dos profissionais envolvidos, como habilidades técnicas, conhecimento científico, comunicação e ética. Inicia-se com a prescrição médica e encerra-se com a administração propriamente dita.

No domicílio, pode ser realizada pelo próprio idoso ou por um cuidador, o qual pode ser um familiar, amigo, vizinho ou um profissional.

Associados ao aumento no número de medicamentos utilizados pelos idosos, surgem os erros relacionados à sua administração, à não adesão ao tratamento e ao uso inadequado das medicações, como a utilização de medicamentos não prescritos.

O erro de medicação é definido por Rosa e Perini (2003, p. 337) como "qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento. Este conceito implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, não importando se o medicamento encontra-se sob controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor".

Vários são os fatores que podem estar relacionados aos erros; entretanto, aqueles relacionados à idade mais avançada como problemas de memória, visão, entre outros, apresentam-se relevantes neste contexto. Segundo Gurwitz et al. (2003), a complexidade do regime medicamentoso ao qual é submetido o idoso e sua família aumenta a confusão durante a administração desses medicamentos.

Fator também preocupante entre a população brasileira, salientando-se a idosa, é a automedicação, que traz, como conseqüência, possíveis efeitos colaterais, iatrogênicos e o mascaramento de patologias. Paulo e Zanine (1988, p.71) descrevem a automedicação como: "procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar

um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas".

Arrais et al. (1997), em estudo realizado no Brasil, sugerem que a automedicação expressa as carências e os hábitos da população e é fortemente influenciada pelas prescrições médicas anteriores.

Entretanto, faz-se necessário salientar a questão da automedicação também quanto ao uso crescente de medicamentos, podendo ser fator propiciador das chamadas reações adversas aos medicamentos. Segundo Pfaffenbach, Carvalho e Bergsten-Mendes (2002), o impacto do uso de medicamentos em uma sociedade gera aumento da expectativa de vida, erradicação de certas doenças, benefícios sociais e econômicos, mas também pode aumentar os custos da atenção à saúde, quando utilizados inadequadamente, ou levar a ocorrências de reações adversas aos medicamentos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1972) define reação adversa a medicamento como qualquer evento nocivo e não intencional que ocorreu na vigência do uso de um medicamento, utilizado com finalidade terapêutica, profilática ou diagnóstica, em doses recomendadas. Este evento, caracterizado como reação adversa a medicamento, mostra-se frequente entre a população idosa, decorrente da interação entre os vários medicamentos utilizados, muitas vezes para diferentes patologias, envolvendo dosagens inapropriadas e pelas alterações do organismo que ocorrem com a idade.

Rissato (2005) enfatiza que a existência de mais de uma doença predispõe os idosos a interações medicamentosas de vários fármacos que agem concomitantemente em um organismo no qual os processos farmacocinéticos de absorção, distribuição, metabolização e excreção estão alterados.

Diante do exposto, observa-se que o aumento no número de medicamentos utilizados, principalmente entre os idosos, associado a fatores como custos com o setor saúde e necessidade de implementação de políticas eficazes de saúde, traz à tona questões relativas à adesão à terapia medicamentosa.

1.6 A adesão ao Tratamento Medicamentoso

O termo "adesão", ato ou efeito de aderir é usado para definir o

cumprimento das prescrições médicas, segundo a World Health Organization (WHO, 2003). Seu descritor em inglês é *adherence* e, apesar de outras terminologias como "aderência" e "complacência" serem usadas em sua substituição, o termo "adesão" é o mais utilizado na literatura e o mais apropriado, de acordo com a própria definição nos dicionários de língua portuguesa. Ferreira (1993) define adesão com: "ato ou efeito de aderir - abraçar partido, causa, etc" (p. 11); aderência como: "ligação, união" (p. 11) e complacência como: "benevolência, condescendência" (p. 133).

O conceito "adesão à terapêutica", de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos, em pelo menos 80% de seu total, observando horários e dose, tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Para a WHO (2003, p.4), adesão a tratamentos crônicos corresponde à "extensão com a qual o comportamento do indivíduo - uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações dos profissionais de saúde".

O crescimento vertiginoso das DCNT como resultado da mudança no perfil epidemiológico no país, considerando-se as modificações nos padrões de morbidade, mortalidade e natalidade, fez aumentar o uso de medicamentos e, consequentemente, da falta de adesão aos tratamentos. Estima-se que, no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento serão oriundas de problemas crônicos, sendo que, nesses países, a adesão ao tratamento chega a ser apenas de 20%, levando as estatísticas negativas na saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares (OMS, 2003).

Rollason e Vogt (2003) lembram que o tratamento de DCNT pode ocasionar a não adesão em 15% dos casos, quando o paciente toma um medicamento, 25%, quando são até três medicamentos e, 35%, quando são mais de quatro medicamentos.

Estudo realizado em Barcelona, Espanha, por Valls et al. (2000), mostrou que 29% dos pacientes foram internados em decorrência de problemas relacionados a medicamentos, sendo 7,5% deles internados devido à falta de cumprimento do tratamento médico proposto.

A adesão aos tratamentos prescritos é uma questão de considerável relevância no contexto da saúde, visto que seu não cumprimento pode levar à demora na finalização do tratamento, agravo à saúde e maior risco de

hospitalizações decorrentes de doenças não controladas.

Segundo Silva, Schenkel e Mengue (2000), a não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser uma das razões pelas quais medicamentos, reconhecidamente eficazes sob condições controladas, são ineficazes quando utilizados na prática clínica. Assim, também é descrito por Raehl et al. (2006) que a não adesão ao tratamento farmacológico está cada vez mais reconhecida como causa de hospitalizações e pequena efetividade da terapia prescrita.

Apesar da aquisição de medicações ser cada vez mais elevada, há uma estimativa de 50% de não adesão às medicações prescritas para doenças crônicas, resultando em complicações da doença e hospitalizações (LAZAROU; POMERANZ; COREY, 1998). Assim, pode-se inferir que o aumento no número de hospitalizações, nesta faixa etária, pode resultar, de forma representativa, da não adesão do idoso ao tratamento medicamentoso no domicílio.

Autores como Milstein-Moscati, Persano e Castro (2000), Dowell e Hudson (1997) entendem que o paciente que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento é compreendido como sujeito ativo. Já Kidd e Altman (2000) acrescentam a influência social e cultural sobre o fato, enfatizando que o seguimento do tratamento depende, também, de sua aprendizagem social vivida, de seu entendimento sobre sua doença, entre outros fatores relacionados ao contexto no qual está inserido.

Assim, observa-se na literatura referência à não adesão aos medicamentos relacionada a diversos fatores próprios do indivíduo e/ou de fatores externos, os quais serão discutidos a seguir.

Regimes complexos, terapias dolorosas, necessidade de modificação do comportamento, demora na melhora clínica, problemas psicológicos, entre outros, podem ser considerados determinantes que aumentam a falta de adesão à terapia medicamentosa (WILLIAMS, 1991).

Cipolle, Strand e Morley (1998) observaram a não adesão relacionada à falta de informações sobre como obter a medicação necessária, dosagem não tolerada, esquecimento, efeitos adversos decorrentes do medicamento e falta de entendimento sobre as instruções, importância e necessidade do medicamento.

Os efeitos colaterais ocasionados pelos medicamentos também são contribuintes para a não adesão ao tratamento. Milstein-Moscati, Persano e Castro (2000) mostraram 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, caracterizando a não adesão inteligente à terapêutica.

Outro fator citado na literatura refere-se à forma pela qual o paciente compreende sua doença. A percepção de maior gravidade da patologia está associada à maior adesão, mesmo em tratamentos mais longos (SILVESTRE-BUSTO et al., 2001).

Um estudo realizado por Bakirtziefe (1996), no Brasil, envolvendo pacientes de hanseníase, mostrou que a satisfação com o atendimento do profissional médico também estava associada à maior adesão ao tratamento. Vermerie et al. (2001) apontam ainda as preocupações e crenças sobre a medicação e o não entendimento sobre o porque e como a medicação deve ser usada, como fatores que levam à não adesão do idoso ao tratamento.

Estudo de Ownby et al. (2006), realizado na Inglaterra, demonstrou que pacientes que conheciam o efeito desejado da medicação que estavam tomando e seus efeitos colaterais, referiram maior adesão ao tratamento. Outro estudo, de Wilson et al. (2007), mostrou que, muitas vezes, há uma “falha/lacuna” na comunicação entre os idosos e seus médicos sobre os medicamentos prescritos, sua importância e riscos relacionados, o que pode ocasionar a não adesão ao tratamento.

Fator preponderante relatado por Leite e Vasconcellos (2003) diz respeito à falta de acesso ao medicamento, ressaltando que, apesar da despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde publica, em países como o Brasil, a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, mesmo com alguns avanços nesse sentido.

O elevado custo dos tratamentos plurimedicamentosos também é citado como fator predisponente da não adesão por autores como Cedeno, Vazques e Leon (2000) e Hughes (2004).

Segundo estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), baseado no Programa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizado em 1998, no Brasil, o gasto médio com medicamentos referido pelos idosos foi igual a 23% do salário mínimo. Muitas vezes, este gasto expressivo apresenta-se inviável para idosos que sobrevivem de baixa renda e necessitam satisfazer, assim como qualquer pessoa, suas outras necessidades, podendo levar à não adesão ao tratamento médico prescrito. Além disso, a administração de medicamentos é um processo complexo e

demanda aspectos cognitivos e físicos por parte do idoso (BECKMAN; PARKER; THORSLUND, 2005).

O número absoluto de medicações consumidas pelos idosos, associado ao declínio das funções cognitivas, sugere que essas variações constituem-se em fatores importantes na sua adesão ao tratamento medicamentoso (KUTZIK; SCHECTER; SPIERS, 1991). Alterações nos aspectos físicos devem ser consideradas. A baixa acuidade visual, por exemplo, representa fator de risco para a habilidade prejudicada de administrar medicamentos (WINDHAM et al., 2005).

Devido aos problemas cognitivos, como dificuldades de memória, o paciente pode deixar de tomar as medicações por esquecimento ou tomar mais vezes que o prescrito, podendo ocasionar, entre outros fatores, reações adversas, além da ineficácia do tratamento (CARVALHO; LUPPI; REIS, 2007).

Blanski e Lenardt (2005) detectaram o uso concomitante de várias medicações e a falta de entendimento da prescrição médica como fatores que interferem na adesão ao tratamento no idoso.

Pierin (2001) resume os fatores influentes na adesão ao tratamento como: relacionados ao paciente - idade, sexo, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico; relacionados à doença - sintomas e cronicidade; relacionados aos hábitos de vida e culturais - desconhecimento, auto-estima, percepção da gravidade da doença; crenças da saúde; relacionados à instituição - política de saúde, acesso aos serviços de saúde, tempo de espera e de atendimento; relacionados ao tratamento - custos, efeitos adversos, complexidade do esquema terapêutico e relacionamento com os profissionais de saúde.

Assim, a falta de adesão do idoso à terapêutica medicamentosa no domicílio constitui-se em sério problema que pode prejudicar sua recuperação e até mesmo levar a consequências piores, como a morte. Outros efeitos são situações de recaída, alargamento do período de tratamento, além de elevar os custos (NILSSON, 2001). Falhas na adesão à terapia medicamentosa têm significado econômico e social, na medida em que aumentam os índices de morbidade e mortalidade (SPIERS; KUTZIK; MAMAR, 2004).

Hughes (2004) enfatiza que a não adesão ao tratamento medicamentoso representa enorme risco para a população idosa, resultando em controle deficitário das doenças, agravado pelas múltiplas morbidades.

A não adesão tem relação com o trabalho do profissional enfermeiro, na

medida em que é de sua competência a educação para o uso correto dos medicamentos em sua prática profissional. Além disso, ele representa um veículo importante de comunicação com o paciente, por participar de atividades diretas com essas pessoas, possibilitando também o compartilhamento de dúvidas e sentimentos por parte dos idosos.

Os aspectos citados anteriormente ressaltam a importância do tema e a necessidade de que estudos sejam aprofundados com o objetivo de melhor compreender os problemas relacionados ao uso de medicamentos por idosos, em uma população que tem recorrido aos serviços privados de assistência médica.

É indiscutível a relevância de pesquisas relativas à adesão da terapia medicamentosa, visando ampliar o conhecimento desta temática, uma vez que dela depende o sucesso do tratamento, o controle/cura/prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir para direcionar práticas assistenciais aos idosos na busca por utilização racional, segura e eficaz para o uso de medicações, proporcionando, por conseguinte, tratamentos farmacológicos eficientes e melhora em sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

- Caracterizar os idosos atendidos em um Ambulatório de Especialidades Médicas, vinculado a um Hospital privado e que atende a duas Operadoras de Planos de Saúde, no interior do estado de São Paulo, segundo as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e uso de medicamentos;
- Descrever a capacidade cognitiva e o desempenho para as atividades básicas e instrumentais da vida diária destes idosos;
- Identificar a adesão do idoso ao tratamento medicamentoso;
- Analisar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis sociodemográficas, as relacionadas ao uso de medicamentos e, o déficit cognitivo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo realizado com a utilização do método quantitativo de pesquisa que, segundo CHIZZOTTI (2000), prevê a mensuração das variáveis preestabelecidas, possibilitando verificar e explicar sua influência sobre outras, mediante análise da freqüência de incidência e correlações estatísticas.

Para tanto, foi realizado um estudo de caráter seccional e correlacional. Este tipo de estudo tem a finalidade de observar e descrever os aspectos da situação investigada, envolvendo a predominância, a prevalência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno, de forma a descrever os relacionamentos entre as variáveis, sem estabelecer entre elas uma conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2. Local de Investigação

O estudo foi realizado com idosos (≥ 60 anos), em atendimento em um Ambulatório Privado de Especialidades Médicas, vinculado a um Hospital Privado e que atende a duas Operadoras de Planos de Saúde, de uma cidade do interior do estado de São Paulo, independente do diagnóstico médico, e que fazem uso de medicação contínua por ordem médica.

O Ambulatório pertence a um hospital privado da cidade de Ribeirão Preto – SP, porém não localizado no mesmo espaço físico.

As atividades nesse Ambulatório iniciaram-se no ano de 2007, com o atendimento para as especialidades de clínica geral, ginecologia e obstetrícia, dermatologia, angiologia e cirurgia vascular, hematologia, psiquiatria, endocrinologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, otorrinolaringologia, urologia, gastro-cirurgia, nefrologia, oftalmologia e pneumologia. Foram excluídas, entretanto, as especialidades ortopedia e oftalmologia e, incluídas, pediatria, geriatria e nutrologia.

Inicialmente, esse ambulatório atendia usuários de diversos planos de saúde, os quais possuíam contrato de prestação de serviços com o Hospital em questão. Atualmente, atende somente aos clientes das duas operadoras de saúde, sendo esses de Ribeirão Preto e cidades da região, como Cravinhos, Jardinópolis, São Joaquim da Barra, Serrana, Dumont, Sertãozinho, entre outras.

São realizadas apenas consultas médicas agendadas nas especialidades citadas, sendo esse agendamento realizado via telefone.

A estrutura organizacional dispõe de um Gerente Operacional, um Gerente Médico, uma Coordenadora, uma Enfermeira Gestora e uma Enfermeira. Possui também, entre seus colaboradores, Médicos, Auxiliares e Técnicos de enfermagem, Recepcionistas, Auxiliares de Limpeza e Auxiliares Administrativos.

O ambulatório atende, em média, 5.000 clientes por mês, entre crianças, adultos e idosos, no período das 07:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira e das 07:00 às 13:00 horas, aos sábados. Entretanto, para este estudo foram selecionados somente idosos. Possui 15 consultórios, sendo que há uma escala de atendimento médico adequando os horários às disponibilidades de salas/consultórios.

O prontuário médico é eletrônico e as informações nele contidas podem ser visualizadas apenas pelos profissionais médicos e enfermeiros que possuam senha para o acesso. Os outros profissionais visualizam apenas os dados preenchidos pela enfermagem como sinais vitais e observações relatadas.

Somente o médico que realizou as anotações no prontuário pode alterá-las, por um período de até 15 minutos após a gravação das informações. Os enfermeiros só utilizam o Prontuário Eletrônico quando necessitam registrar observações no caso de clientes crônicos ou em estados mais graves, quando é realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Os clientes têm direito ao atendimento médico por meio do Plano de Saúde, o qual pode ser Individual (contrato feito diretamente com a Operadora de Planos de Saúde) ou Empresa (contrato feito com a Operadora de Planos de Saúde e a empresa onde trabalha).

O cliente é atendido de acordo com o horário de agendamento. Inicialmente é realizada a pré-consulta de enfermagem pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Um acompanhante pode entrar no consultório, com o cliente, durante a consulta.

3.3 População e Amostra

3.3.1 População

Idosos atendidos em um ambulatório privado de especialidades médicas, vinculado a um hospital privado e que atende a duas operadoras de planos de saúde, no período de fevereiro a setembro de 2009, e que atenderam aos critérios de inclusão.

3.3.2 Critérios de Inclusão

- Possuir 60 anos ou mais de idade;
- Gênero masculino e feminino;
- Fazer uso contínuo, auto-referido, de medicações por ordem médica;
- Ser responsável por administrar suas medicações;
- Ser capaz de compreender e responder às questões da entrevista.

3.3.3 Amostra

Para seleção da amostra foi utilizada amostragem de conveniência, que consiste em um tipo de amostragem não-probabilística, na qual a probabilidade de um indivíduo ser incluído não é conhecida (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

Assim, a amostra contou com os idosos abordados após a consulta médica no referido ambulatório, no período citado, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Desta forma, participaram deste estudo 97 idosos, sendo 64 da especialidade de geriatria, 07 da clínica médica, 05 da ortopedia, 05 da dermatologia, 04 da gestroenteroloia/cirurgia geral, 03 da otorrinolaringologia, 03 da cardiologia, 02 da hematologia, 01 da endocrinologia, 01 da pneumologia, 01 da nefrologia e 01 da urologia.

3.4. Procedimentos para a Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a setembro de

2009, por meio de entrevista estruturada, dirigida pela pesquisadora, uma mestranda e uma graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, as quais receberam treinamento prévio, pela pesquisadora, para a aplicação do instrumento proposto.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados contendo quatro partes:

Parte 1 – baseou-se no instrumento *Older Americans Resources and Services (OARS)*, elaborado pela Duke University em 1978, e validado para cultura brasileira por Ramos (1987). Para este estudo, re-adaptações foram realizadas com a finalidade de adequá-lo aos objetivos propostos. As adaptações consistiram, principalmente, na não consideração de algumas questões referentes às variáveis: identificação (cor da pele, filhos adotivos e falecidos); perfil social (compartilha seu espaço de dormir); estilo de vida (fumo, prática de atividades físicas); condição de saúde (dentição, dificuldade para mastigar, uso de prótese dentária, dificuldade para falar, quedas, fraturas); uso e acesso a serviços de saúde; rede de apoio familiar.

Assim sendo, a re-adaptação constou dos seguintes itens (APÊNDICE A):

Dados de identificação - sexo, idade, local de nascimento e residência, estado conjugal e número de filhos;

Perfil social do idoso - escolaridade, fonte de renda e benefícios, atividade profissional exercida, tempo de benefício, auto-percepção da situação econômica e moradia;

Estilo de vida - ingestão de bebidas alcoólicas;

Avaliação funcional - avaliação do desempenho para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária;

Condições de Saúde - percepção a respeito da própria saúde, doenças referidas, uso de medicações, limitações físicas, uso de acessórios para locomoção, alterações visuais e auditivas.

Parte 2 - **Questões referentes à terapia medicamentosa** - tempo de uso de medicamentos contínuos, número de medicações em uso, se recebeu orientações sobre o uso dos medicamentos, se ficou com dúvida após as orientações, se recebeu orientações sobre onde comprá-los, onde obtém medicamentos, dificuldades encontradas para seguir a terapêutica medicamentosa, qual a maior dificuldade, como é tomar medicamentos diariamente, necessidade de

mudar rotina devido ao uso de remédios, presença de efeitos colaterais, uso de chás e/ou simpatias em substituição a algum medicamento (APÊNDICE B).

Esta parte do instrumento foi construída pela pesquisadora com base na literatura e submetida à validação de rosto. Este tipo de validação necessita da colaboração de profissionais especialistas na área ou sujeitos da pesquisa que, ao realizarem uma leitura do instrumento, avaliam seu conteúdo (WOOD; HABER, 2001). Desta forma, foi encaminhado para análise de três pesquisadores das áreas clínica e gerontologia e as sugestões indicadas foram acatadas e organizadas na formatação atual.

Parte 3 - **Avaliação do estado mental do idoso - Miniexame do estado mental (MEEM) -** (ANEXO A), instrumento que pode ser utilizado para detecção de perdas cognitivas, avaliação da evolução de doenças e de resposta ao tratamento (BERTOLUCCI et al., 1994).

O instrumento é dividido em duas partes: uma, que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e outra, que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN; FOSTEIN; MCHUGH, 1975). Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo.

Dessa forma, aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional. Foi criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e, no Brasil, foi validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003), sendo amplamente utilizado como instrumento clínico e de pesquisa.

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, já detectada em trabalhos como o de Almeida (1998), autores como Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000), Brucki et al. (2003) adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Como não há consenso em relação a esta temática, para este estudo optou-se por empregar a nota de corte de acordo com os níveis de escolaridade descritos por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando-se a recomendação de utilização dos

escores de cortes mais elevados (NITRINI et al., 2005).

Parte 4 - **Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)** - (ANEXO B). Trata-se de uma escala utilizada para identificar a adesão ao tratamento medicamentoso. Foi adaptada por Delgado e Lima (2001), compreendendo sete itens, sendo que, destes, os de números 1, 2, 3 e 4 foram adaptados da escala de Morisky, Green e Levine (1986), o de número 7 adaptado de Shea et al. (1992) e o de número 6 de Ramalhinho (1994). Morisky, Green e Levine (1986), inicialmente, utilizaram uma escala com 4 itens para avaliar a adesão ao tratamento; esses itens eram respondidos de forma dicotômica ("sim/não"), sendo que o "não" significa a adesão, realizando-se, na época, uma validação concorrente dos itens, tomando como critério o controle da pressão arterial.

Delgado e Lima (2001) validaram o instrumento em Portugal, verificando as respostas na escala de Likert, em comparação à dicotômica de Morisky, Green e Levine (1986), de forma a melhorar a qualidade psicométrica do instrumento em sensibilidade, especificidade e consistência interna. A escala de Likert apresenta uma série de itens favoráveis ou desfavoráveis a um fenômeno e as respostas indicam a concordância ou discordância com cada afirmação, sendo o escore total da pessoa determinado pela soma dos escores dos itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim, realizaram um estudo com 167 sujeitos, entre 23 e 87 anos de idade, com variadas doenças crônicas. Metade dos sujeitos respondeu às questões em escala dicotômica (sim = 0 e não = 1) e os demais responderam em escala de Likert (sempre = 1 a nunca = 6). As respostas, no caso daqueles que responderam de forma dicotômica, foram somadas para verificação do nível de adesão. Para os que responderam sob a forma de Likert, a adesão foi verificada pela somatória dos valores respondidos e dividida pelo número de itens. Nos dois casos, a adesão foi considerada quando os valores eram mais elevados.

Realizaram ainda uma validação concorrente da escala, utilizando a contagem de medicamentos como critério. Verificaram, então, consistência interna adequada ($p < 0,001$) na utilização da escala com sete itens e respostas na forma de escala de Likert, que também revelou maior sensibilidade (0,77) e especificidade (0,73) para captar os diversos componentes de adesão ao tratamento.

Desta forma, a MAT, proposta por Delgado e Lima (2001), composta por 07 questões, referentes ao tratamento medicamentoso, determina que, para cada

questão, as respostas sob a forma de likert e pontuações são sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). As respostas de cada uma das questões são somadas e divididas pelo número total de questões e o valor obtido é convertido em uma escala dicotômica construída para indicar os sujeitos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Considera-se como não adesão ao tratamento os valores obtidos de 1 a 4 (respostas: sempre, quase sempre, com frequência e às vezes) e como adesão valores 5 e 6 (respostas: raramente e nunca).

No Brasil, este instrumento foi utilizado no estudo de Faria (2008) com o objetivo de avaliar os fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa em diabéticos tipo 1, maiores de 18 anos, cadastrados em um Grupo de Educação em Diabetes de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista.

3.4.1 Pré-Teste

Foi realizado um pré-teste, no período de 20 a 30 de janeiro de 2009, com 05 idosos atendidos no ambulatório, local de estudo, utilizando-se os instrumentos de coleta de dados, com a finalidade de determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é eficaz na geração das informações às quais se destina (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste sentido, os objetivos do pré-teste foram verificar a clareza das perguntas, entendimento e compreensão dos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, considerando a sequência das perguntas, existência de interferência da sequência nas respostas dadas e o espaço deixado para as mesmas, além de verificar a aplicabilidade de todos os instrumentos de coleta de dados a população a ser estudada.

Após este procedimento verificou-se a necessidade de alterar a estrutura. Algumas questões foram modificadas para facilitar o entendimento dos idosos e das entrevistadoras, além de observar que a entrevista deveria ser realizada somente após as consultas médicas, devido ao tempo necessário para conclusão das mesmas, considerando que a aplicação anterior às consultas poderia causar atrasos aos atendimentos médicos e consequente prejuízo aos clientes.

3.4.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas em determinados dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos entrevistadores. Foram aplicadas entre segunda e sexta-feira, no período entre 07h00 e 20h00, e, aos sábados, entre 07h00 e 13h00. Assim, nos dias determinados para a realização das mesmas era verificada, no programa computacional do Ambulatório, a agenda que continha nome e idade dos clientes que seriam atendidos naquele dia, bem como os horários das consultas, especialidades e médicos responsáveis pelo atendimento; em seguida era realizada a impressão da mesma.

De posse da agenda impressa, a entrevistadora destacava os nomes dos idosos com a finalidade de identificar os horários de atendimento e as salas nas quais seriam atendidos.

Dessa forma, o idoso era abordado após a consulta médica, quando o entrevistador se identificava, questionava sobre o uso contínuo de medicamentos por prescrição médica e se eles próprios eram os responsáveis pela administração dos mesmos. Neste momento, eram realizados os devidos esclarecimentos sobre o estudo, apresentado e discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, era solicitada a assinatura e entregue uma cópia do termo.

Assim, as entrevistas eram realizadas no próprio ambulatório, em um consultório disponível naquele momento, no intuito de garantir a privacidade e evitar possíveis interrupções e ruídos. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos.

3.5 Processamento e Análise Estatística dos Dados

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

A análise dos dados foi realizada no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 15.0. Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o referido *software* para a realização da distribuição das frequências

relativas de todas as variáveis do instrumento.

Para a comparação das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão e, para as variáveis qualitativas, medidas de associação (*qui-quadrado)* em tabelas de contingência e razão de prevalência.

A análise inferencial considerou um nível de significância $\alpha = 0,05$ em todos os testes estatísticos realizados e um intervalo de confiança (IC) = 95%. No entanto, como o processo de recrutamento não envolveu amostragem probabilística, os valores de *p* deveriam ser interpretados considerando a hipótese de que esta casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

3.6 Aspectos Éticos

Foi encaminhado ofício à Gerência do Ambulatório, solicitando autorização para a realização da pesquisa, a qual foi concedida (APÊNDICE D).

Conforme as resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde em Pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 248/2008, aprovado em 27 de novembro de 2008 (ANEXO C).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), conciso, em linguagem clara, contento informações relevantes referentes ao estudo, seus objetivos, além de mencionar que a participação aconteceria por livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência em qualquer momento e assegurando o anonimato. Antes da entrevista, o termo foi apresentado e discutido com cada um dos participantes da pesquisa.

A utilização do Instrumento MAT foi autorizada pelas autoras, via e-mail, em 31 de agosto de 2006 (ANEXO D).

4. RESULTADOS

Os dados obtidos no presente estudo estão apresentados a seguir:

4.1 Características Sociodemográficas dos Idosos participantes do Estudo

Participaram do estudo 97 idosos, com 60 anos ou mais de idade, atendidos em um Ambulatório de Especialidades Médicas vinculado a um Hospital privado e a duas Operadoras de Planos de Saúde do mesmo grupo, na cidade de Ribeirão Preto.

Na Tabela 1 observa-se a distribuição dos idosos segundo idade, sexo, estado conjugal e escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo idade, sexo, estado conjugal e escolaridade, Ribeirão Preto, 2009

Variável	n	%
Idade		
60 - 69	44	45,4
70 - 79	38	39,2
80 +	15	15,5
Sexo		
Masculino	27	27,8
Feminino	70	72,2
Estado Conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro (a)	10	10,3
Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	44	45,4
Separado (a), desquitado (a) ou divorsiado(a)	8	8,2
Viúvo (a)	35	36,1
Escolaridade		
Analfabeto	19	19,6
1 - 4 anos	46	47,4
5 - 8 anos	9	9,3
9 - 11 anos	14	14,4
12 +	9	9,3

A idade dos idosos variou entre 60 e 88 anos, com média de 71,6 anos, sendo a faixa etária com maior distribuição a de 60 – 69 anos, com 44 (45,4%) participantes; 70 (72,2%) eram mulheres. Quanto ao local de nascimento, 47 (48,6%) referiram a área urbana, outros 47 (48,6%), a área rural e 3 (3,1%) não souberam responder; 50 (51,6%) eram procedentes de Ribeirão Preto e 47 (48,5%) de cidades da região.

Com relação ao estado conjugal, 44 (45,4%) referiram morar com esposo (a) e 35 (36,1%) eram viúvos. Salienta-se que 29 (82,9%) dos viúvos eram mulheres. O número de filhos por idoso variou entre 0 e 8, com média de 3,1 filhos por idoso, mediana de 3 e desvio padrão de 1,9.

No que se refere à escolaridade, 46 (47,4%) estudaram de 1 a 4 anos, 19 (19,6%) eram analfabetos, 14 (14,4%) estudaram de 9 a 11 anos e somente 9 (9,3%) estudaram mais de 12 anos.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos segundo fonte de renda.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo fonte de renda, Ribeirão Preto, 2009

Fonte de Renda	Não tem	Tem
	n (%)	n (%)
Aposentadoria	42 (43,3%)	55 (56,7%)
Pensão	73 (75,3%)	24 (24,7%)
Doações (família, amigos)	76 (78,4%)	21 (21,6%)
Aluguel	82 (84,5%)	15 (15,5%)
Trabalho Próprio	80 (82,5%)	17 (17,5%)
Outras	94 (96,9%)	3 (3,1%)

A maioria dos idosos, ou seja, 55 (56,7%) referiu possuir aposentadoria e 24 (24,7%) eram pensionistas; 21 (21,6%) recebiam doações provenientes da família e amigos, 17 (17,5%) mencionaram o trabalho próprio como fonte de renda. Vale ressaltar que foi permitido aos participantes indicar mais de uma fonte de renda. A renda mensal variou entre R$ 400,00 e R$ 5.400,00 reais, com média de R$ 1.284,02 e mediana de R$ 1.000,00. O tempo de aposentadoria variou entre 1 e 55 anos, com média de 12,7 anos e desvio padrão de 10,5.

A Tabela 3 evidencia as principais atividades profissionais exercidas anteriormente pelos idosos.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2009

Atividade Profissional/Ocupação	n	%
Do lar	40	41,2
Comerciante/Vendedor/Lojista	12	12,4
Costureira/Tecelã/Decoradora	7	7,2
Doméstica/Faxineira/Passadeira/Cozinheira	6	6,2
Administrador/Coordenador Adm/Economista/Empresário/Dono de Mecânica	6	6,2
Professor/Diretor Escola	6	6,2
Pedreiro/Aplicador ladrilho/Aux. Serviços gerais/Operário	5	5,2
Agricultor/Sitiante	3	3,1
Engenheiro/Agrônomo	3	3,1
Tec Enf/Aux Enf/Aux Tec Laboratório	3	3,1
Outras (Jornalista/Func Público/Atendente)	3	3,1
Bancário/Aux. Escritório	2	2,1
Motorista	1	1,0

As principais atividades profissionais/ocupações exercidas pelos participantes do estudo foram: “Do Lar”, 40 (41,2%), comerciante/vendedor/lojista,12 (12,4%), costureira/tecelã/decoradora, 7 (7,2%).

Na Tabela 4 foi destacada a distribuição dos idosos de acordo com a percepção da própria situação econômica para suprimento das necessidades básicas e em comparação às pessoas da mesma idade. Além disso, evidencia também a situação de moradia dos idosos e com quem moram.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo percepção da própria situação econômica e em comparação às pessoas da mesma idade, casa onde mora e com quem mora, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Total	
	n	%
Situação Econômica		
Muito boa	9	9,3
Boa	38	39,2
Regular	30	30,9
Ruim	18	18,6
Péssima	2	2,1
Situação Econômica comparada a pessoas da mesma idade		
Melhor	27	27,8
Igual	52	53,6
Pior	15	15,5
NS	3	3,1
Casa onde mora		
Própria quitada	72	74,2
Própria (paga prestração)	8	8,2
Paga aluguel	8	8,2
Cedida (sem alguel)	9	9,3
Com quem mora		
Sozinho	21	21,6
Esposo	35	36,1
Família	35	36,1
Acompanhante particular	4	4,1
Outra pessoa	2	2,1

No que se refere à percepção da própria situação econômica atual, 38 (39,2%) dos idosos a avaliaram como “Boa” e 30 (30,9%) “Regular”. Ao comparar a sua própria situação econômica à de outras pessoas da mesma idade, 52 (53,6%) a identificaram como “Igual” e 27 (27,8%) como “Melhor”.

Dos idosos estudados, 72 (74,2%) possuíam casa própria já quitada e 16 (16,4%) pagavam prestação do imóvel ou aluguel. Quanto aos arranjos domiciliares, 35 (36,1%) relataram residir com o cônjuge, outros 35 (36,1%) com a família e 21 (21,6%) viviam sozinhos.

Quando indagados sobre a frequência com que ingeriam determinados tipos de bebidas alcoólicas, 51 (52,6%) referiram tal prática na frequência de “eventualmente/raramente” a “diariamente”; destes, 26 (51,0%) ingeriam vinho eventualmente/raramente, 11 (21,6%) cerveja até três vezes por semana; 25

(25,8%) informaram não ingerir bebida alcoólica atualmente, mas verbalizaram já ter bebido alguma vez na vida e 21 (21,6%) nunca beberam. Para os idosos que referiram ingerir bebida alcoólica, o tempo médio de ingestão foi de 43,6 anos.

4.2 Características das Condições de Saúde dos Idosos

A Tabela 5 destaca os resultados da autoavaliação dos idosos quanto às suas condições de saúde.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos (n = 97) de acordo com a autoavaliação em relação às suas condições de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Total	
	n	%
Saúde em geral		
Péssima	2	2,1
Má	9	9,3
Regular	31	32,0
Boa	43	44,3
Ótima	12	12,4
Saúde comparada a 12 meses atrás		
Pior	38	39,2
Igual	46	47,4
Melhor	12	12,4
NS	1	1,0
Saúde comparada a pessoas da mesma idade		
Pior	13	13,4
Igual	46	47,4
Melhor	36	37,1
NS	2	2,1

De acordo com a autoavaliação das suas condições de saúde, 43 (44,3%) dos entrevistados mencionaram que, em geral, sua saúde é “Boa” e 31 (32%) “Regular”, seguidos de 12 (12,4%), a consideraram “Ótima”. Quando indagados sobre como comparavam sua saúde atual com a de 12 meses atrás, 46 (47,4%) relataram estar “Igual”, 38 (39,2%) “Pior” e 12 (12,4%) “Melhor”. Quanto à comparação de sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, 46 (47,4%) referiram considerar a sua “Igual” e 36 (37,1%) “Melhor”.

Os problemas de saúde referidos pelos entrevistados e sua interferência no desempenho das AVDs podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo problemas de saúde autoreferidos, Ribeirão Preto, 2009

Problemas de Saúde	Não tem		Tem, não interfere		Tem, interfere		NS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reumatismo	90	92,8	5	5,2	2	2,1	-	-
Artrite/Artrose	74	76,3	15	15,5	8	8,2	-	-
Osteoporose	73	75,3	16	16,5	7	7,2	1	1,0
Asma/Bronquite	86	88,7	7	7,2	4	4,1	-	-
Tuberculose	96	99,0	1	1,0	-	-	-	-
Anemia	89	91,8	6	6,2	1	1,0	1	1,0
Pressão Alta	50	51,5	33	34,0	14	14,4	-	-
Má Cirulação (varizes)	78	80,4	16	16,5	3	3,1	-	-
Problema Cardíaco	76	78,4	12	12,4	7	7,2	2	2,1
Diabetes	71	73,2	11	11,3	15	15,5	-	-
Obesidade	92	94,8	2	2,1	3	3,1	-	-
Derrame	93	95,9	1	1,0	3	3,1	-	-
Parkinson	93	95,9	2	2,1	2	2,1	-	-
Incont. Urinária	93	95,9	2	2,1	2	2,1	-	-
Incont. Fecal	97	100,0	-	-	-	-	-	-
Glaucoma	86	88,7	6	6,2	5	5,2	-	-
Probl. p/ Dormir	77	79,4	13	13,4	7	7,2	-	-
Catarata	81	83,5	12	12,4	4	4,1	-	-
Prisão de Ventre	93	95,9	3	3,1	1	1,0	-	-
Probl. De Coluna	76	78,4	8	8,2	12	12,4	1	1,0
Probl. Renal	90	92,8	5	5,2	2	2,1	-	-
Sequela Acidente/Trauma	95	97,9	1	1,0	1	1,0	-	-
Tumor Maligno	94	96,9	2	2,1	1	1,0	-	-
Tumor Benigno	95	97,9	2	2,1	-	-	-	-
Outras	56	57,7	27	27,8	14	14,4	-	-

Pode-se observar que os problemas de saúde mais referidos pelos entrevistados foram: Pressão Alta, com 47 (48,4%), *Diabetes Mellitus,* com 26 (26,8%), Artrite/Artrose e Osteoporose, com 23 (23,7%) cada, Dificuldades para dormir e Problemas na coluna, com 20 (20,6%) cada. Além destes, foi possível identificar outros problemas de saúde relatados pelos idosos, tais como: Depressão/Ansiedade/Déficit de Memória, com 10 (10,3%), Hipercolesterolemia/Gota, com 8 (8,2%) e Hipo/Hipertireoidismo e Gastrite/Ulcera/Colecistite/Diarréia/Pólipo intestinal, com 7 (7,2%) cada. O número

de doenças referidas variou de 1 a 10, com média de 3,4 e desvio padrão de 2,0.

Com relação à interferência dos problemas de saúde no desempenho das atividades da vida diária, 15 (15,5%) dos idosos indicaram o *Diabetes Mellitus*, 14 (14,4%) a Pressão Alta e 12 (12,4%) o Problema de Coluna.

No que se refere à mobilidade e/ou movimentação de braços e mãos para o desempenho das AVDs, 71 (73,2%) referiram não possuir problema/dificuldade dessa ordem, 22 (22,7%) disseram sentir poucas dificuldades e 4 (4,1%) muitas.

Quanto a problemas referentes à locomoção, 37 (38,1%) mencionaram possuir dificuldade de movimentação das pernas; destes, 14 (37,8%) realizavam tratamento; 96 (99,0%) negaram o uso ou necessidade de muletas, 80 (82,5%) uso de bengalas, sendo que 8 (8,2%) mencionaram possuir bengala e, às vezes, utilizá-la.

A Tabela 7 indica o resultado quanto à autoavaliação no que se refere à visão e questões relacionadas.

Tabela 7 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a autoavaliação da visão e questões relacionadas, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Total	
	n	%
Autoavaliação da Visão		
Péssima	5	5,2
Ruim	9	9,3
Regular	31	32,0
Boa	41	42,3
Ótima	11	11,3
Precisa usar óculos		
Sempre	44	45,4
Somente para ler/TV	32	33,0
Somente para longe	7	7,2
Não	14	14,4
Usa óculos		
Não	3	3,1
Sim, às vezes	27	27,8
Usa sempre	56	57,7
NSA	11	11,3
Porque não usa, se precisa		
NSA	83	85,6
O óculos não está de acordo	6	6,2
Esquece de usar	6	6,2
NS	2	2,1

Observa-se que 41 (42,3%) dos entrevistados avaliaram sua visão como "Boa" e 31 (32,0%) como "Regular"; 83 (85,6%) referiram necessidade de usar óculos; destes, 44 (53,0%) precisavam usá-lo sempre, 32 (38,6%) somente para ler/TV e 7 (8,4%) apenas para longe, sendo que 56 (67,5%) o usavam sempre e 27 (32,5%) às vezes.

A frequência com que os problemas de visão dificultam a execução de determinadas tarefas/situações está apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a interferência da acuidade visual para realização de determinadas tarefas, Ribeirão Preto, 2009

Dificuldade de ver	Nunca		Raramente		Sempre		NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Letreiros de Ônibus	71	73,2%	13	13,4%	12	12,4%	1	1,0%
Semáforo	87	89,7%	7	7,2%	2	2,1%	0	0,0%
Placa de Sinalização	70	72,2%	13	13,4%	13	13,4%	1	1,0%
Embalagens	48	49,5%	25	25,8%	23	23,7%	1	1,0%
Nota Fiscal de Compras	38	39,2%	25	25,8%	33	34,0%	1	1,0%
Bula de Remédio	21	32,0%	23	23,7%	42	43,3%	1	1,0%
Etiqueta de Preço em Supermercado	39	40,2%	30	30,9%	27	27,8%	1	1,0%
Arrumar a casa	57	58,8%	1	1,0%	2	2,1%	37	38,1%
Assistir TV	73	75,3%	19	19,6%	5	5,2%	0	0,0%
Cozinhar	62	63,9%	1	1,0%	3	3,1%	31	32,0%

De acordo com a tabela acima, considerando tarefas que "Sempre" são dificultadas pelos problemas de visão, dos idosos participantes do estudo, 42 (43,3%) indicaram as leituras de bula de remédio, 33 (34,0%) as de nota fiscal de compra, 27 (27,8%) as de etiqueta de preço em supermercados e 23 (23,7%) as de embalagens.

No que tange à autoavaliação da acuidade auditiva, 78 (80,4%) dos idosos entrevistados negaram a necessidade do uso de aparelho auditivo; entretanto, 11 (11,3%) mencionaram esta necessidade, apesar de não possuírem o aparelho; 6 (6,1%) o possuíam, mas estava quebrado ou não usavam ou usavam apenas às vezes; 2 (2,1%) possuíam aparelho auditivo e o usavam sempre. Quando solicitados a responder se apresentavam dificuldade para conversar com uma só pessoa quando havia algum ruído no ambiente, 56 (57,7%) relataram não sentir esta dificuldade, 17 (17,5) "Sempre" apresentavam e 24 ((24,7%) "Às Vezes".

A situação da indicação dos medicamentos utilizados pelos idosos, segundo a referência dos mesmos, pode ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a indicação dos medicamentos utilizados, Ribeirão Preto, 2009

Medicamentos que usa	n	%
Todos são receitados pelo médico	60	61,9
Alguns são por conta própria/sugestões de vizinhos/amigos	37	38,1

Quanto à indicação dos medicamentos utilizados pelos idosos, 60 (61,9%) relataram tomar somente medicamentos prescritos pelo médico e 37 (38,1%), além dos formalmente receitados, mencionaram utilizar alguns por conta própria e/ou sugestões de vizinhos/amigos.

4.3 Características da Utilização de Medicamentos pelos Idosos

A distribuição dos idosos segundo tempo de utilização de medicamentos de forma contínua, em meses, pode ser observada na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos (n= 97) segundo tempo de utilização de medicamentos, de forma contínua, Ribeirão Preto, 2009

Tempo uso de medicamentos continuamente	n	%
1 - 50 meses	33	34,0
51 - 100 meses	23	23,8
101 - 150 meses	15	15,4
151 - 200 meses	10	10,3
200 +	16	16,3

Observa-se o predomínio de idosos, em uso de medicamentos, no intervalo de 1 a 50 meses, totalizando 33 (34,0%) dos participantes, seguidos de 23 (23,8%) no intervalo de 51 a 100.

A Tabela 11 revela a distribuição dos idosos segundo o número de

medicamentos, de uso contínuo.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos (n= 97) segundo o número de medicamentos, de uso contínuo, Ribeirão Preto, 2009

Número de medicamentos de uso contínuo	n	%
1	21	21,6
2	22	22,7
3	19	19,6
4	12	12,4
5	11	11,3
6	7	7,2
7	2	2,1
8	2	2,1
10	1	1,0

Nota-se que a maioria dos idosos faz uso de 1 a 5 medicamentos de forma contínua, ou seja, 43 (44,3%) mencionaram tomar de 1 a 2 medicamentos, 31 (32,9%), de 3 a 4 e 11 (11,3%), 5.

Quando indagados se haviam “recebido orientação sobre o uso dos medicamentos”, 95 (97,9%) responderam afirmativamente, sendo que destes, 84 (88,4%), mencionaram tratar-se de orientação médica e 10 (10,5%) seguiam orientações do médico e enfermeiro. Sobre o tipo de orientação recebida, 77 (81,1%) referiram a ter recebido de forma verbal e escrita e 14 (14,7%) de forma escrita; 78 (82,1%) negaram ter ficado com dúvidas sobre o uso da medicação, após a orientação.

Dos pesquisados, 87 (89,7%) relataram não haver recebido orientação sobre onde comprar os medicamentos prescritos.

A Tabela 12 especifica a fonte de obtenção dos medicamentos utilizados pelos idosos.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a fonte de obtenção dos medicamentos de uso contínuo, Ribeirão Preto, 2009

Fonte de obtenção dos medicamentos	n	%
Recursos Próprios	55	56,7
Rede Pública	4	4,1
Doações	4	4,1
Mais de uma fonte	34	35,1

Evidencia-se que 55 (56,7%) dos entrevistados relataram obter os medicamentos por meio de recursos próprios e, 34 (35,1%), por meio de mais de uma das fontes citadas.

Quando solicitados a responder se “encontraram alguma dificuldade em seguir a terapêutica medicamentosa prescrita”, 49 (50,5%) responderam afirmativamente e, destes, 32 (65,3%) mencionaram o fator financeiro como o maior dificultador do seguimento à terapia medicamentosa.

A Tabela 13 apresenta as respostas dos entrevistados em relação ao uso de medicamentos, de forma contínua, seu sentimento em relação a isto, a necessidade de mudança na rotina diária, a presença de efeitos colaterais e a utilização de substitutos aos medicamentos.

Tabela 13 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo seu sentimento em relação à utilização contínua de medicamentos, a necessidade de mudança na rotina diária, a presença de efeitos colaterais e a utilização de chás, simpatias e/ou outros substitutos aos medicamentos, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Total	
	n	%
Como é tomar medicamentos diariamente		
Bom	14	14,4
Indiferente	53	54,6
Ruim	27	27,8
Péssimo	3	3,1
Necessidade de mudança de rotina		
Sim	33	34,0
Não	64	66,0
Sentiu algum efeito colateral		
Sim	44	45,4
Não	53	54,6
Utilizou algo em substituição a medicamentos		
Sim	29	29,9
Não	68	70,1

Observa-se que para 53 (54,6%) dos idosos investigados, o fato de tomar medicamentos todos os dias foi considerado como “Indiferente” e, para 27 (27,8%), “Ruim”; para 64 (66,0%) não houve necessidade de alteração na rotina diária; 53 (54,6%) negaram a presença de efeitos colaterais relacionados ao medicamento; 68 (70,1%) relataram não fazer uso de chás, simpatias ou outros recursos em substituição a algum dos medicamentos.

4.4 Desempenho para realizar as AVDs

Abaixo, na Tabela 14, está descrita a distribuição dos idosos, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs. A Tabela 15 mostra quem o ajuda na realização destas atividades.

Tabela 14 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2009

	Sem dificuldade		Pouca dificuldade		Muita dificulade		Só com ajuda		Não consegue		NS/NSA	
Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)	**n**	%	**n**	%	**n**	%	**n**	%	**n**	%	**n**	%
Comer	95	97,9	2	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomar banho	90	92,8	7	7,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Vestir-se	93	95,9	4	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Pentear cabelo	96	99,0	1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	72	74,2	16	16,5	7	7,2	-	-	2	2,1	-	-
Ir ao banheiro em tempo	88	90,7	7	7,2	2	2,1	-	-	-	-	-	-
Controle urinário	88	90,7	7	7,2	2	2,1	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	95	97,9	1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no Plano	79	81,4	13	13,4	4	4,1	-	-	1	1,0	-	-
Subir e descer escadas	62	63,9	18	18,6	13	13,4	2	2,1	2	2,1	-	-
Transporte cadeira para cama	80	82,5	16	16,5	1	1,0	-	-	-	-	-	-
Andar perto de casa	75	77,3	13	13,4	6	6,2	1	1,0	2	2,1	-	-
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)												
Medicar-se na hora	84	86,6	11	11,3	1	1,0	-	-	1	1,0	-	-
Fazer compras	69	71,1	9	9,3	4	4,1	2	2,1	2	2,1	11	11,3
Preparar refeições	51	52,6	9	9,3	3	3,1	3	3,1	1	1,0	30	30,9
Cortar unhas dos pés	69	71,1	12	12,4	6	6,2	6	6,2	2	2,1	2	2,1
Dirigir condução	33	34,0	4	4,1	1	1,0	1	1,0	5	5,2	53	54,6
Uso de transporte	64	66,0	7	7,2	5	5,2	12	12,4	4	4,1	5	5,2
Fazer limpeza de casa	42	43,3	5	5,2	5	5,2	2	2,1	3	3,1	40	41,2
Administrar finanças	79	81,4	6	6,2	2	2,1	1	1,0	1	1,0	8	8,2
Sair de casa	78	80,4	10	10,3	3	3,1	6	6,2	-	-	-	-
Uso do telefone	96	99,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0
Tarefas domésticas	42	43,3	6	6,2	6	6,2	1	1,0	2	2,1	40	41,2

Em relação ao comprometimento da capacidade para o desempenho das AVDs, 10 (10,3%) idosos desempenhavam todas as atividades sem dificuldades. Dos 87 (89,7%) que possuíam algum grau de dificuldade, 57 (65, 5%) executavam de 1 a 5 atividades com dificuldade, 14 (16,1%) de 6 a 11 e 16 (18,4%) de 12 a 20.

Quanto às ABVDs, evidencia-se que pentear os cabelos, controle intestinal, comer, vestir-se e tomar banho foram atividades indicadas, respectivamente, por 99,0%, 97,9%, 97,9%, 95,9% e 92,8% dos idosos, como sendo realizadas sem dificuldade. Já aquelas como subir e descer escadas, deitar/levantar da cama, andar perto de casa, andar no plano e transporte da cadeira para cama foram mencionadas por 36,2%, 25,8%, 22,7%, 18,5% e 17,5%, respectivamente, como sendo realizadas com algum grau de dificuldade.

No que se refere às AIVDs, observa-se que 28 (28,9%) dos idosos apresentavam alguma dificuldade para utilizar transporte, 26 (26,9%) para cortar as unhas dos pés, 19 (19,6%) para sair de casa, 17 (17,6%) para fazer compras 16 (16,5%) para preparar refeições e 15 (15,6%) para fazer limpeza de casa.

Tabela 15 – Distribuição dos idosos (n = 97) segundo ajuda na realização das ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2009

	Sem ajuda		Pai/Mãe/ Tio		Cônjuge		Irmão/Primo/ Cunhado		Filho/Enteado/ Genro/Nora		Neto/ Bisneto		Amigo/ Vizinho		Acompanhante		Outro	
Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Comer	96	99,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0	-	-
Tomar banho	95	97,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,1	-	-
Vestir-se	94	96,9	-	-	-	-	-	-	1	1,0	-	-	-	-	2	2,1	-	-
Pentear cabelo	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	89	91,8	-	-	1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6,2	1	1,0
Ir ao banheiro em tempo	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle urinário	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no Plano	92	94,8	-	-	1	1,0	-	-	2	2,1	-	-	-	-	2	2,1	-	-
Subir e descer escadas	84	86,6	-	-	2	2,1	-	-	3	3,1	-	-	-	-	7	7,2	1	1,0
Transporte cadeira para cama	91	93,8	-	-	2	2,1	-	-	1	1,0	1	1,0	-	-	2	2,1	-	-
Andar perto de casa	81	83,5	-	-	2	2,1	-	-	5	5,2	2	2,1	-	-	6	6,2	1	1,0
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)																		
Medicar-se na hora	93	95,9	-	-	1	1,0	-	-	1	1,0	-	-	-	-	2	2,1	-	-
Fazer compras	73	75,3	-	-	1	1,0	1	1,0	10	10,3	1	1,0	-	-	5	5,2	6	6,2
Preparar refeições	58	59,8	-	-	9	9,3	1	1,0	7	7,2	1	1,0	-	-	6	6,2	15	15,5
Cortar unhas dos pés	74	76,3	-	-	2	2,1	-	-	8	8,2	1	1,0	1	1,0	5	5,2	6	6,2
Dirigir condução	51	52,6	-	-	7	7,2	-	-	28	28,9	2	2,1	2	2,1	2	2,1	5	5,2
Uso de transporte	76	78,4	-	-	2	2,1	1	1,0	3	3,1	1	1,0	-	-	5	5,2	9	9,3
Fazer limpeza de casa	50	51,5	-	-	4	4,1	1	1,0	3	3,1	1	1,0	-	-	7	7,2	31	32,0
Administrar finanças	81	83,5	-	-	4	4,1	-	-	12	12,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Sair de casa	80	82,5	-	-	2	2,1	1	1,0	6	6,2	2	2,1	-	-	5	5,2	1	1,0
Uso do telefone	97	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tarefas domésticas	48	49,5	-	-	4	4,1	1	1,0	4	4,1	1	1,0	-	-	8	8,2	31	32,0

Foi possível identificar que os idosos recebiam mais ajuda para o desempenho das AIVDs quando comparadas às ABVDs e a categoria com maior participação foi filho/enteado/genro/nora.

4.5 Avaliação Cognitiva dos Idosos

Na Tabela 16 será destacado o desempenho dos idosos na avaliação cognitiva por meio do MEEM.

Tabela 16 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo avaliação cognitiva por meio do MEEM, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Total	
	n	%
Escore Bruto		
11 -- 20	16	16,5
21 -- 30	81	83,5
Autoavalia memória atual		
Muito boa	12	12,4
Boa	41	42,3
Regular	31	32,0
Ruim	6	6,2
Péssima	7	7,2
Autoavalia memória comparada há um ano		
Melhor	8	8,2
Igual	55	56,7
Pior	30	30,9
NS	4	4,1
Possui déficit cognitivo		
Sim	52	53,6
Não	45	46,4

O escore bruto do MEEM variou entre 15 e 30 pontos, perfazendo média de 24,1 e desvio padrão de 3,7.

Os resultados referentes à autoavaliação da memória atual evidenciaram que 41 (42,3%) dos idosos a consideraram como “Boa” e 31 (32,0%) como “Regular”. Quando solicitados a comparar sua memória atual com a de um ano atrás, 55 (56,7%) relataram estar “Igual” e 30 (30,9%) “Pior”.

Considerando-se os escores medianos por escolaridade propostos por Brucki et al. (2003), que consideram escore 20 para analfabetos; 25 para

escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 de 5 a 8 anos; 28 de 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, neste estudo, dos idosos pesquisados, 52 (53,6%) possuíam déficit cognitivo.

4.6 Adesão dos Idosos à Terapia Medicamentosa

A distribuição dos idosos, de acordo com a adesão à terapia medicamentosa, está representada na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos (n = 97) segundo a adesão à terapia medicamentosa, Ribeirão Preto, 2009

Adesão à Terapia Medicamentosa	n	%
Sim	75	77,3
Não	22	22,7

O escore bruto para a adesão ao tratamento medicamentoso variou entre 4 e 6, perfazendo média de 5,2. De acordo com a Tabela acima, 75 (77,3%) dos idosos apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso.

Para definir se os idosos aderiram ou não ao tratamento medicamentoso, após a obtenção dos dados, as respostas de cada questão foram somadas e divididas pelo número total de perguntas. O valor obtido foi convertido em escala dicotômica, construída para identificar idosos com adesão ou não. Assim, para os valores obtidos de 1 a 4, relacionados às respostas “Sempre”, “Quase sempre”, “Com frequência” e “Às vezes”, foram considerados como não adesão; já para os valores obtidos de 5 a 6, relacionados às respostas “Raramente” e “Nunca”, considerou-se como adesão ao tratamento.

Dessa forma, um idoso que tenha respondido ao questionário MAT da seguinte forma: Questão 1 = 5 (raramente); Questão 2 = 6 (nunca); Questão 3 = 6 (nunca); Questão 4 = 6 (nunca); Questão 5 = 6 (nunca); Questão 6 = 6 (nunca); Questão 7 = 5 (raramente), a soma das respostas 5+6+6+6+6+6+5 = 40. Dividindo-se o resultado pelo número total de questões (40÷7 = 5,71), obtém-se valor entre 5 e

6, indicando adesão à terapêutica medicamentosa.

4.6.1 Associação entre Adesão ao Tratamento Medicamentoso e as variáveis sociodemográficas, as relacionadas ao uso de medicamentos e, o déficit cognitivo

A associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis socioeconômicas pode ser visualizada na tabela 18.

Tabela 18 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso, segundo as variáveis, sexo, idade, estado conjugal escolaridade e renda mensal, Ribeirão Preto, 2009

Variáveis Socio-demográficas		Adesão		Total	RP	RCP	*p*
		Sim n (%)	Não n (%)	n (%)			
Sexo	Masculino	18 (66,7%)	9 (33,3%)	27 (27,8%)	0,82 (0,61 - 1,09)	0,46 (0,17 - 1,24)	0,120
	Feminino	57 (81,4%)	13 (18,6%)	70 (72,2%)			
Idade	60 - 74	53 (80,3%)	13 (19,7%)	66 (68,0%)	1,13 (0,88 - 1,46)	1,67 (0,62 - 4,46)	0,306
	75 +	22 (71,0%)	9 (29,0%)	31 (32,0%)			
Estado Conjugal	Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	38 (86,4%)	6 (13,6%)	44 (45,4%)	1,24 (1,00 - 1,53)	2,74 (0,97 - 7,76)	0,053
	Nunca casou/ Separado, divorciado/ Viúvo	37 (69,8%)	16 (30,2%)	53 (54,6%)			
Escolaridade*	Analfabeto	14 (70,0%)	6 (30,0%)	20 (20,6%)	1,13 (0,83 - 1,54)	1,63 (0,54 - 4,93)	0,382
	Algum grau de escolaridade	61 (79,2%)	16 (20,8%)	77 (79,4%)			
Renda Mensal	400,00 - 1.000,00	42 (82,4%)	9 (17,6%)	51 (52,6%)	1,15 (0,92 - 1,43)	1,84 (0,70 - 4,82)	0,213
	1.001,00 +	33 (71,7%)	13 (28,3%)	46 (47,4%)			

* As variáveis foram ditocomizadas para a realização do Teste Exato de Fisher.

Evidencia-se que houve maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso para as mulheres (81,4%), para idosos com idade entre 60 e 74 anos (80,3%), para os que moravam com esposo(a) ou companheiro(a) (86,4%), para os com algum grau de escolaridade (79,2%) e para os que possuíam renda mensal entre R$ 400,00 e R$ 1.000,00 (82,4%). A análise revelou, ainda, que a diferença foi marginalmente significativa apenas para a variável estado conjugal (p = 0,053). Percebe-se, também, que a maior razão de prevalência ocorreu para a variável escolaridade.

Na tabela 19 está descrita a associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e algumas das variáveis relacionadas ao uso de medicamento.

Tabela 19 - Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso segundo as variáveis, número de medicamentos em uso, tempo de uso dos medicamentos, fonte de obtenção dos medicamentos, dificuldade para seguir a terapêutica medicamentosa e presença de efeitos colaterais, Ribeirão Preto, 2009

Variáveis relacionadas ao uso de medicamentos		Adesão Sim n (%)	Adesão Não n (%)	Total n (%)	RP	RCP	*p*
Número de medicamentos usa	1 a 4	58 (78,4%)	16 (21,6%)	74 (73,6%)	1,06 (0,80 - 1,39)	1,28 (0,43 - 3,78)	0,655
	5+	17 (73,9%)	6 (26,1%)	23 (23,7%)			
Tempo de uso de medicamentos	1 - 100 meses	41 (73,2%)	15 (26,8%)	56 (57,7%)	0,88 (0,71 - 1,09)	0,56 (0,20 - 1,54)	0,259
	101 mese+	34 (82,9%)	7 (17,1%)	41 (42,3%)			
Fonte obtenção dos medicamentos	Recursos Próprios	40 (72,7%)	15 (27,3%)	55 (56,7%)	0,87 (0,70 - 1,08)	0,53 (0,20 - 1,56)	0,216
	Mais de uma fonte/Rede Pública/Doações	35 (83,3%)	7 (16,7%)	42 (43,3%)			
Dificuldades seguir terapêutica medicamentosa	Sim	38 (77,6%)	11 (22,4%)	49 (50,5%)	1,01 (0,81 - 1,25)	1,03 (0,40 - 2,66)	0,956
	Não	37 (77,1%)	11 (22,9%)	48 (49,5%)			
Efeitos colateriais	Sim	34 (77,3%)	10 (22,7%)	44 (45,4%)	1,00 (0,80 - 1,24)	1,00 (0,38 - 2,59)	0,992
	Não	41 (77,4%)	12 (22,6%)	53 (54,6%)			

Nesta análise destaca-se maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso para os idosos que tomavam entre 1 e 4 medicamentos por dia (78,4%), para os que utilizavam medicação há mais de 100 meses (82,9%), para os que obtinham os medicamentos por meio de mais de uma fonte (83,3%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas.

A associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a variável déficit cognitivo esta representada na Tabela 20.

Tabela 20 – Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o déficit cognitivo, Ribeirão Preto, 2009

Variável	Adesão		Total	RP	RCP	*p*
	Sim n (%)	Não n (%)	n (%)			
Déficit Cognitivo						
Sim	42 (80,2%)	10 (19,2%)	53 (53,6%)	1,10 (0,88 - 1,37)	1,53 (0,59 - 3,97)	0,383
Não	33 (73,3%)	12 (26,7%)	45 (46,4%)			

A prevalência de adesão foi de 80,2% para os idosos que apresentavam déficit cognitivo e de 73,3% para aqueles que não o apresentavam, não havendo diferença estatisticamente significativa (p = 0,383; RP = 1,10).

5. DISCUSSÃO

A seguir, os achados deste estudo referentes aos aspectos sociodemográficos, à condição de saúde, à utilização de medicamentos, ao desempenho para realizar as AVDs, ao estado cognitivo, bem como a adesão ao tratamento medicamentoso, serão discutidos com base na literatura existente sobre a temática.

5.1 Características Sociodemográficas dos Idosos Participantes do Estudo

No presente estudo, evidenciou-se que houve predomínio de idosos no intervalo de 60 a 69 anos de idade (45,4%), dados que corroboram com os estudos de Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004), Barros e Sá, Barros e Sá (2007), Marin et al. (2008). Ressalta-se, ainda, que 15,5% dos idosos possuíam idade igual ou superior a 80 anos, refletindo baixa participação desta faixa etária, no estudo. Situação semelhante, à dos estudos de Coelho-Filho, Marcopito e Castelo (2004) e Marin et al. (2008) quando, também, foi encontrada menor participação desta faixa etária em relação às outras.

Sabe-se que, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a camada de idosos com mais de 80 anos, também, vem aumentando. Segundo Saad (2006) os idosos que constituem esta faixa etária, apresentam-se e continuará se apresentando em rápido crescimento, sendo que, atualmente, uma em cada dez pessoas idosas pertence a este grupo. Então, acredita-se que a baixa participação de idosos mais velhos, neste estudo, pode ter sido influenciada pelas restrições dos critérios de inclusão do estudo, que determinava a necessidade do idoso ser o responsável por administrar suas medicações e ser capaz de compreender e responder às questões da entrevista, pois estas habilidades podem sofrer alterações com o avanço da idade.

O predomínio de mulheres (72,2%) foi demonstrado, também, nos estudos de Lyra Junior et al. (2004), Grou-Volpe (2007), Barros e Sá, Barros e Sá (2007) e Baccan (2009). Este predomínio na composição demográfica do país, para esta faixa etária, se deve a fatores, tais como, maior sobrevivência entre as mulheres, diferenças de exposição de riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e tabaco e maior procura pelos serviços de saúde entre as mulheres

(FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Assim, a população feminina se destaca, em número, na população idosa geral, pautada por fatores sociais, estilo de vida e fatores externos. Segundo Camarano (2003), 55% do contingente populacional acima dos 60 anos de idade, é composto por mulheres, sendo que, esta feminilização da velhice, quando associada à viuvez, implica em riscos para autonomia financeira e independência, além da possibilidade da mulher assumir novos papéis como chefiar a família. Loyola Filho et al. (2005) mencionam que as mulheres podem ser mais suscetíveis à mudanças no estado de saúde em decorrência de quedas, múltiplas doenças, obesidade, pobreza, dependências diversas e, por conseguinte, ao uso de medicamentos.

A maior procura por serviços de saúde, pelas mulheres, aponta também, para a necessidade de se estabelecer políticas públicas de saúde direcionadas à população masculina, uma vez que, fatores como, a responsabilidade de execução de trabalho remunerado para o sustento da família, pode gerar restrição de horários disponíveis para o comparecimento aos serviços de saúde. Outro fator preponderante se refere à falta de unidades específicas de atendimento a saúde do homem, o que também pode dificultar a busca destes pelos serviços mencionados.

Com relação ao estado conjugal dos entrevistados observou-se que 45,4% dos idosos moravam com esposo(a) ou companheiro(a), seguidos de 36,1% de viúvos, sendo que destes, a maioria era mulheres. A presença maior de viuvez entre as mulheres foi descrita também por Farinasso (2005), Grou-Volpe (2007) e Talmelli (2009). Camarano (2006) menciona que este fato ocorre pela maior longevidade entre as mulheres e por menores chances de novos casamentos entre as mais idosas, já que os homens, geralmente, tendem a se casar com mulheres mais jovens. Atitude esta valorizada pelas normas sociais e culturais da sociedade que incentivam os homens a se casarem novamente, após a viuvez. No estudo de Flores e Mengue (2005) foi evidenciado que houve um aumento no número médio de medicamentos utilizados pelos idosos que viviam sozinhos, assim os autores apontam para a relevância da presença de um companheiro(a).

No que se refere ao número de filhos, a média foi de três por idoso. Estudo como o de Camargos, Machado e Rodrigues (2007) mostraram redução no número de filhos entre a população idosa. Barreto et al. (2003) mencionam que as possibilidades de apoio/ajuda são mais elevadas a medida que é também maior o número de filhos. Segundo Andrade e De Vos (2002) maior número de filhos

aumenta a chance de uma mulher idosa tê-los residindo em sua casa.

Quanto à escolaridade o grupo de idosos que estudou entre um e quatro anos, prevaleceu. Teixeira e Lefévre (2001) observaram em seu estudo que 3% dos idosos haviam concluído o ensino fundamental e 37% não o completaram.

Mastroeni et al. (2007), mencionam que 72,9% dos idosos entrevistados na cidade de Joinville, não haviam completado o ensino fundamental. Segundo eles:

> Nas décadas de 10 a 40 do século XX, havia menor freqüência à escola, priorizando-se o trabalho em detrimento da educação. Nessa época, grande parte da população estudava até a quarta série do primário, visto que não havia exigência de maior escolaridade para se conseguir melhores cargos e, consequentemente, melhor renda. [...] Acredita-se que esta característica será substancialmente modificada para as próximas gerações, devido à maior possibilidade de freqüência à escola e, também, à grande competitividade do mercado de trabalho atual (p.198).

Rosa et al. (2003) mencionam que o nível mais baixo de escolaridade entre os idosos aumenta as chances destes apresentarem problemas de saúde e como consequência o comprometimento da capacidade funcional. O baixo nível de escolaridade, também foi citado por Perlini (2000), como contribuinte para o surgimento de doença, uma vez que, associado a fatores socioeconômicos e culturais pode dificultar a conscientização das pessoas para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável.

No que se refere à fonte de renda foi permitido ao idoso referir mais que uma. Houve predomínio nas indicações de aposentadoria e pensão, citadas por 56,7% e 24,7% dos idosos, respectivamente. Estudos como os de Baccan (2009) e Talmelli (2009) apresentam dados semelhantes. Assim, os dados mostram a possibilidade de que a maioria dos idosos entrevistados possuía trabalhos formais, anteriormente. Já, a porcentagem de pensionistas pode ser decorrente dos índices de viuvez, já mencionados anteriormente.

O índice de idosos que informaram possuir trabalho próprio como fonte de renda, foi de 17,5%. Farinasso (2005) relata a necessidade de se discutir tanto sobre as ofertas de emprego e a capacidade funcional para o trabalho entre esta faixa etária, quanto sobre a discriminação do idoso no mercado de trabalho, devido ao pensamento capitalista da sociedade.

A renda média dos idosos foi de R$ 1.000,00 por mês. Estudo de Camargos, Machado e Rodrigues (2007) mostrou a tendência cada vez maior da

participação da renda do idoso na renda familiar e, como isto pode afetar a estrutura familiar e a independência social e financeira do idoso. Lebrão e Laurenti (2005) também observaram que a participação da renda do idoso na receita doméstica pode chegar a 45% do orçamento total.

A principal atividade relatada como desenvolvida anteriormente pelos idosos deste estudo foi “Do Lar”. No estudo de Baccan (2009) também evidenciou-se esta atividade como a de maior citação entre idosos. Isto pode ser justificado pela maior presença de mulheres entre os pesquisados. Entretanto, contrariamente a tendência do século passado, quando a mulher dedicava-se quase que exclusivamente aos cuidados com os filhos, marido e casa, atualmente, observa-se uma tendência cada vez maior da participação delas no mercado formal de trabalho.

Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004) mencionam que existe um crescimento real na proporção de idosos entre a população economicamente ativa, apesar deste fator ainda estar ligado ao gênero, nível social, tipo de atividade e papel desempenhado na família. No entanto, Camargos, Machado e Rodrigues (2007) chamam a atenção para o importante engajamento da mulher, principalmente, a idosa no mercado de trabalho, o que vem contribuindo para a alteração nos arranjos familiares, bem como nas características sociais e financeiras destas.

Os idosos apresentaram-se otimistas quanto a percepção da própria situação econômica, sendo que, 79,4% das respostas corresponderam aos itens “Muito boa”, “Boa” e “Regular”. Oitenta e um por cento compararam sua situação econômica com a de outra pessoa da mesma idade como “Igual” ou “Melhor”. Farinasso (2005) e Baccan (2009) também obtiveram esta tendência em seus estudos. Autores como Lima-Costa, Barreto e Giatti (2002) demonstraram a influência da situação econômica na saúde dos idosos, ou seja, menor renda domiciliar está associada a piores condições de saúde, menor acesso a serviços de saúde e maiores prejuízos na função física.

No que se refere a situação de moradia, a maioria (74,2%) referiu possuir “Casa própria quitada” e apenas 8,2% referiram pagar aluguel. Estudo de Santos et al. (2002), realizado com 128 idosos no Município de João Pessoa - PB demonstra que 82% deles possuíam casa própria, como resultado de patrimônio acumulado durante os anos. Além disso, algumas ações do governo vem possibilitando a aquisição da casa própria entre a população idosa.

A maioria dos idosos referiu morar com esposo(a)/companheiro(a) ou com familiares, porém 21,6% referiram viver sozinhos. O crescimento dos domicílios unipessoais já foi demonstrado nos dados do Censo Demográfico de 2000 de acordo com o IBGE (2002). Além disso, Camargos, Machado e Rodrigues (2007) referem que:

> Seja por opção ou por necessidade, idosos vivendo sozinhos podem se tornar cada vez mais comuns na sociedade brasileira e cabe a essa, juntamente com o Estado e a família, dar o suporte necessário para que este tipo de arranjo domiciliar não se torne um risco para a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas[...] (p. 49)

No que se refere à solidariedade, apoio, proteção, e relações de afeto, entre outros, a família tem fundamental importância, para as pessoas idosas. Conflitos familiares intergeracionais podem surgir devido às responsabilidades dos gastos com a saúde, bem como com as atividades relacionadas ao cuidado devido ao comprometimento da independência, da autonomia, decorrentes de mudanças e declínio do estado de saúde do idoso (Marques, 2004).

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, 52,6% exerciam esta prática na freqüência de “eventualmente/raramente” a “diariamente”, com predomínio de vinho e cerveja. Dados similares foram encontrados por Feliciano, Moraes e Freitas (2004) em estudo realizado com 523 idosos de baixa renda, no Município de São Carlos, São Paulo, em que 59,7% dos entrevistados informaram beber atualmente ou já ter bebido alguma vez na vida e este hábito foi relatado com maior freqüência, entre os homens.

O hábito de ingerir bebida alcoólica pelos idosos remete à necessidade de implementação de políticas de incentivo aos hábitos saudáveis de vida para a população em geral, visando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o envelhecimento saudável.

5.2 Características das Condições de Saúde dos Idosos

Observou-se que a maioria (56,7%) dos idosos autopercebeu sua saúde como “Boa” ou “Ótima”. Variáveis como idade, sexo e nível de escolaridade são citados por Marcelini et al. (2002), Lebrão e Laurenti (2005), Alves e Rodrigues

(2005) como fatores que podem influenciar nesta autopecepção.

Marcelini et al. (2002), Alves e Rodrigues (2005) encontraram porcentagem maior de mulheres que perceberam sua saúde como boa, além de constatarem que quanto menor a renda e maior a dependência para as atividades da vida diária, tanto pior foi considerada a saúde na percepção individual dos idosos. Lebrão e Laurenti (2005) constataram que as mulheres e, principalmente, o grupo das mais velhas, bem como os idosos com níveis mais baixos de escolaridade auto-avaliaram sua saúde entre regular e má.

Outros autores fazem referência a autopercepção da saúde, como poderoso indicador de mortalidade, ou seja, pessoas que consideram sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde muito boa (IDLER; BENYAMINI, 1997; MARCELINI et al. 2002).

Quando solicitados a comparar sua saúde atual com a de 12 meses atrás, observou-se que a maioria a mencionou com sendo “Igual” e 12,4% referiram estar “Melhor”, dado que difere do apontado no estudo realizado por Baccan (2009), que encontrou 52,8% de idosos participantes de um Programa de Integração Comunitária no Município de Ribeirão Preto, que consideraram a melhora de sua saúde no referido período. No entanto, fatores de ordem biopsicossociais, como já mencionados, devem ser considerados em uma análise de autoavaliação do idoso em relação à sua saúde, sendo assim, vale ressaltar a diferença entre a população investigada nos dois estudos.

No que se refere a presença de problemas de saúde auto-referidos pelos idosos, neste estudo, a Pressão Arterial foi mencionada por 48,5% dos idosos, seguida por *Diabetes Mellitus*, Artrite/Artrose, Osteoporose, Problemas para dormir e Problemas de coluna. A média de doenças referidas foi de 3,4 doenças por idoso.

Zaitune et al. (2006), em estudo realizado com 426 idosos do Município de Campinas, encontraram prevalência de 51,8% de hipertensão arterial, destacam que variáveis como a desigualdade social pode prejudicar o acesso das pessoas ao conhecimento e a utilização de outras práticas de controle da pressão arterial, como dieta adequada e atividade física, além do tratamento medicamentoso, o que contribui para o aumento da prevalência da doença.

Dados do DATASUS (BRASIL, 2007) mostraram a liderança das doenças do aparelho circulatório como causas de internações pelo Sistema Único de Saúde,

representadas por 28,9% delas, seguidas pelas doenças respiratórias e digestivas. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) encontraram a hipertensão arterial como principal doença relatada pelos idosos, anteriormente a artrite, patologias cardíacas, *Diabetes Mellitus*, asma/bronquite, doença renal crônica, câncer e cirrose.

Para Barros e Sá, Barros e Sá (2007) a hipertensão arterial e a diabetes, tidas como de caráter crônico, demonstram maior uso de medicamentos com prescrição médica e menor uso por meio da automedicação.

Quanto ao número de doenças associadas e presentes nos idosos, Rosa et al. (2003) mencionam que este fato está relacionado às incapacidades funcionais, as quais constituem-se em um dos principais agravos decorrentes do processo de envelhecimento. Acrescenta que se o idoso, mesmo com uma ou mais doenças crônicas, utilizar corretamente os medicamentos e mantiver seus problemas de saúde controlados, poderá viver independente na comunidade.

Na análise sobre a interferência dos problemas de saúde para o desempenho das AVDs, houve maior referência ao *Diabetes Mellitus*, seguido da pressão alta e dos problemas de coluna. Estes resultados divergem dos encontrados em estudo de Alves et. al. (2007) que não detectaram relação do *Diabetes Mellitus* com a dependência para as AVDs.

A relevância do fortalecimento de programas para detecção precoce de doenças, que de uma forma ou outra, podem interferir no desempenho funcional dos idosos é indiscutível, uma vez que, a busca pelo envelhecimento com independência física e psicossocial deve ser parte fundamental das ações de saúde, principalmente na atenção primária.

A maioria (73,2%) dos idosos informou não possuir problemas/dificuldade de mobilidade de braços e mãos para manuseio das AVDs. Quanto aos problemas para locomoção, houve predomínio de idosos que não necessitavam de equipamentos para auxílio à locomoção. Entretanto, problemas relacionados à mobilidade do idoso são frequentes, principalmente, em idade mais avançada. Assim, medidas preventivas para manutenção da saúde física e adequada funcionalidade são fundamentais e podem ser conseguidas, por exemplo, por meio do incentivo a práticas de atividades físicas regulares.

Quanto à acuidade visual, 42,3% a consideraram como “Boa” e 32,0% como “Regular”. Além disso, quando questionados sobre a necessidade de utilizar óculos 85,6% indicaram precisar deles e 34,0% referiram usar às vezes ou

esquecer-se de usar. Foi apresentada aos idosos uma lista de tarefas que poderiam ser prejudicadas pela acuidade visual alterada e, dentre elas, ler a bula de remédio foi indicada por 43,3% como tarefa que sempre é dificultada pelos problemas de visão.

Vale ressaltar, neste sentido, que déficits na acuidade visual ou a não utilização de lentes corretivas quando indicadas, podem promover os problemas relacionados aos erros de medicação, restrição à participação em atividades sociais e de lazer, além dos riscos de quedas (FARINASSO, 2005).

Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) em estudo realizado com 148 idosos, encontraram 20,9% com déficit visual, e destes, 70,0% foram considerados com autonomia. Entretanto, os autores salientaram que a visão adequada é fator importante na qualidade de vida dos idosos, já que influencia no desempenho dos mesmos para a realização das tarefas do dia a dia, e consequentemente para a sua independência e autonomia.

Mais uma vez, vale ressaltar que, déficits na acuidade visual podem ocasionar problemas relacionados ao uso de medicamentos, quanto à possibilidade de erros no regime terapêutico prescrito devido a falhas na visualização do rótulo, cor do medicamento, dosagem, entre outros. Loyola-Filho et al. (2005) consideram que as deficiências cognitivas e visuais, comuns entre os idosos, podem dificultar o reconhecimento do medicamento e cumprimento das prescrições médicas.

Dos entrevistados, 61,9% informaram utilizar somente medicamentos prescritos pelo médico. Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) relatam que o uso de medicamentos prescritos para os idosos, por eles estudados, foi maior entre as idosas, com idade mais avançada, bom nível socioeconômico, com doenças crônicas e seguimento regular em serviços de saúde.

Entretanto, vale ressaltar a importância da atenção a automedicação entre os idosos. Estudo de Loyola Filho et al. (2005) mostrou indícios sugestivos de que a automedicação pode estar substituindo a atenção formal à saúde dos idosos.

A prevalência da automedicação entre idosos no estudo realizado por Barros e Sá, Barros e Sá (2007) foi de 77%; os medicamentos mais consumidos foram analgésicos e antipiréticos; a prática da automedicação foi mais freqüente entre as mulheres.

A prática da automedicação pode constituir fator de risco para problemas relacionados a medicamentos, na medida em que a utilização destes sem a

prescrição de um profissional habilitado favorece o aumento do número de substâncias usadas pelos idosos, levando a interações medicamentosas inadequadas, presença de efeitos adversos, além de mascarar os sintomas (BORTOLON et al., 2008).

A automedicação é uma realidade, e entre os idosos ela acontece com a finalidade de aliviar a dor. Cabe aos profissionais da saúde, incluindo-se o enfermeiro, realizarem orientações referentes à modificação no estilo de vida das pessoas, visando à adoção de hábitos saudáveis de vida e a manutenção da saúde sem precisar recorrer ao uso desnecessário de medicamentos (BARROS e SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

5.3 Características da Utilização de Medicamentos pelos Idosos

Trinta e quatro por cento dos idosos responderam fazer uso de medicamentos no período de um a 50 meses, o que equivale de um mês até 4,2 anos em tratamento medicamentoso, seguidos de 23,8% que tomam medicamentos entre 51 e 100 meses.

Quanto ao número de medicamentos utilizados pelos idosos, 63,9% informaram ingestão de um a três por dia, seguidos de 30,9% que utilizavam de quatro a seis. Estudos como os de GROU-VOLPE (2007) revelou que 64,0% dos entrevistados utilizavam de cinco a nove medicamentos por dia e de Vasconcelos et al. (2005) apontou 76,9% de idosos fazendo uso de um a quatro medicamentos/dia.

CARVALHO (2007) realizou um estudo com base no Projeto SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, obtendo que 18,0% dos idosos utilizavam dois medicamentos por dia, seguidos de 16,6% que faziam uso de três. A autora informa ainda que a polifarmácia é um fenômeno natural, observado inclusive em países desenvolvidos, entretanto, existe a preocupação com a possibilidade do uso desnecessário de medicamentos em alguns casos e com fatores de risco para polifarmácia em idosos.

O aumento da prevalência das DCNT, o surgimento de novas doenças, o desenvolvimento e o progresso de tecnologias para diagnósticos permitindo a detecção precisa e precoce de processos de doenças, tendo como pano de fundo o envelhecimento populacional, vem contribuindo para a demanda ampliada pelos

medicamentos (BARROS e SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

A maioria (97,9%) informou ter recebido orientações sobre o uso dos medicamentos. Marin et al. (2008) encontraram 74,7% de idosas que receberam orientação sobre o uso de seus medicamentos. Com relação a esta temática, Astier Peña et al. (1995) mencionam que, algumas pessoas por não compreenderem a linguagem técnica utilizada no momento da orientação médica sobre a terapêutica medicamentosa, recorrem à bula dos medicamentos para buscar informações, atitude esta que pode levá-lo a interpretar a terapêutica a sua maneira ou a interromper o tratamento sem consultar o médico.

Neste sentido, quando questionado sobre qual a pessoa responsável pela orientação, 86,6% referiram ter sido orientados pelo médico e, destes, 80,4% não apresentaram dúvidas. Entretanto, Blanski e Lenart (2005) concluíram que o idoso consome diversos medicamentos e apresenta dificuldade de entendimento com relação ao esquema medicamentoso, gerando discordância com o tratamento prescrito podendo acarretar danos à saúde.

O acompanhamento de idosos em uso de medicação contínua deve privilegiar orientação e informação periódica do conjunto de medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos. A literatura recomenda a preferência por monodoses em detrimento das associações em doses fixas, eleição de medicamentos de eficácia comprovada pelas evidências científicas, verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas, além da simplificação dos esquemas de administração, bem como atenção para os custos dos fármacos (ROSENFELD, 2003).

No que se refere à orientação sobre onde comprar os medicamentos, 89,7% relataram não ter recebido. A orientação quanto ao local para adquirir os medicamentos, se faz necessária para facilitar a aquisição dos mesmos, visto que, muitos clientes, de níveis culturais e sociais mais baixos, podem deixar de seguir a terapêutica pela falta da informação.

A fonte de obtenção dos medicamentos, para 56,7% dos idosos foi os recursos próprios. Este estudo foi desenvolvido em um Ambulatório privado de especialidades médicas e, portanto, os idosos recebem receituários médicos personalizados, o que possivelmente impossibilita a aquisição dos medicamentos por meio da rede pública de saúde.

Marin et al. (2008) mencionam em seu estudo que 62,0% dos idosos

utilizavam a unidade de saúde da família e 17,3% além deste serviço eram atendidos, também, pelo convenio de saúde. Os autores ressaltam para a necessidade de se ampliar o papel da equipe de saúde, no que se refere à necessidade de se responsabilizar pela adequada prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos pelos idosos.

Sabe-se que o gasto com medicamentos pode ser elevado e representa parte importante da renda salarial total do idoso. Estudo, realizado no Brasil, mostrou que 50% dos idosos têm renda pessoal inferior a um salário mínimo e o gasto médio mensal com medicamentos compromete, aproximadamente, um quarto da sua renda (LIMA-COSTA et al., 2003).

A maior dificuldade para o seguimento da terapia medicamentosa, relatada por 50,5% dos entrevistados, foi o fator financeiro. O custo elevado de alguns medicamentos pode representar um risco ao seguimento adequado da terapia medicamentosa, uma vez que, deixar de comprar os medicamentos, pode significar a garantia do suprimento de outras necessidades básicas do idoso, como alimentação, moradia, entre outros.

Teixeira e Lefevre (2001) evidenciaram o fator financeiro como principal obstáculo ao seguimento adequado do tratamento farmacológico e chamam a atenção para o fato de que algumas pessoas buscam por medicamentos similares, e de menor custo, na tentativa de dar seguimento ao tratamento.

Ressalta-se que para 54,6% dos idosos, o fato de ter que tomar medicamento diariamente foi considerado como “Indiferente” e, ainda, 66% não necessitaram realizar mudanças em sua rotina. A percepção dos idosos sobre seu tratamento e como ele interfere em sua rotina, podem influenciar o seguimento da terapia medicamentosa, na medida em que, demonstram ou não obstáculos.

Quanto à presença de efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, 54,6% negaram este evento. Leite e Vasconcelos (2003) citam que o número de doses ou os efeitos adversos poderão ser obstáculos para a adesão ao tratamento, dependendo da percepção que o cliente possui acerca disso.

Nota-se que 70,1% dos idosos negaram realizar a substituição dos medicamentos prescritos por chás, simpatias ou outros tratamentos alternativos. Andrade et al. (2002) ao estudar sujeitos hipertensos, com variadas idades, do estado da Bahia, encontrou o uso de tratamentos alternativos, dentre outros fatores, como predisponentes a não adesão ao tratamento.

Cabe ressaltar que falta definição de estratégias de intervenções para incentivar que o idoso não interrompa o tratamento medicamentoso prescrito e esclarecimentos sobre os prejuízos para a sua saúde, caso isso venha a ocorrer.

5.4 Desempenho para as AVDs

Os idosos deste estudo foram investigados quanto ao seu desempenho para as AVDs com ênfase nos cuidados pessoais, controle urinário e fecal, desenvolvimento de tarefas domésticas, mobilidade, uso de transporte e cuidados com finanças. Assim, procurou-se identificar, por meio das referências dos idosos, quais atividades eram realizadas por eles, qual o grau de dificuldade apresentado para o desempenho das mesmas, a necessidade de ajuda e quem oferecia este auxílio. A relevância desta avaliação está no fato de que a determinação do grau de dependência norteia o tipo de assistência a ser proporcionada ao idoso.

Dessa forma evidenciou-se que 10,3% dos idosos desempenhavam todas as atividades sem dificuldades e 89,7% possuíam algum grau de dificuldade para desempenhá-las e, ainda, 65,5% executavam de 1 a 5 atividades com dificuldade.

Dentre as ABVDs, pentear os cabelos, controle intestinal, comer, vestir-se e tomar banho foram atividades indicadas, pela maioria dos idosos como realizadas sem dificuldade. Já as atividades como subir e descer escadas, deitar/levantar da cama, andar perto de casa, andar no plano e transporte da cadeira para cama, eram realizadas com algum grau de dificuldade, conforme menção dos entrevistados.

Quanto as AIVDs observou-se que utilizar transporte, cortar as unhas dos pés, sair de casa, fazer compras, preparar refeições e fazer limpeza de casa, foram as atividades com maior percentual de indicação com dificuldade para realização.

Estudo de Costa Nakatani e Bachion (2006) demonstraram que 57,9% dos idosos eram independentes para as ABVDs e 72,6% eram parcial ou totalmente dependentes para as AIVDs. Estes autores citam ainda que:

> [...] Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos dessa região, principalmente em relação a programas que proporcionem: promoção e melhoria da força muscular e de articulação; promoção, tratamento e reabilitação da capacidade funcional dos esfíncteres urinário e intestinal; integração social dentro e fora do contexto

> familiar; construção de um sistema adequado de suporte ao idoso; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual e populacional (p. 47).

Veras et al. (2002) mencionam que a avaliação da capacidade funcional, do ponto de vista da saúde coletiva, deve envolver ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, com o objetivo de promover a melhora ou manutenção do estado funcional da pessoa. Se estas atividades forem desenvolvidas com habilidade, os resultados tenderão a valorizar a autonomia ou a autodeterminação e a conservação da independência física e mental do idoso.

Neste estudo, foi possível identificar que os idosos recebiam mais ajuda para o desempenho das AIVDs quando comparadas com as ABVDs, e a categoria com maior participação na ajuda, foi a filho/enteado/genro/nora, estes achados corroboram com os do estudo de Farinasso (2005).

Marin et al. (2008) encontrou em seu estudo que 33,9% dos idosos tinham algum grau de dependência, podendo comprometer o desempenho para as atividades diárias, a sua autonomia, bem como o uso correto de medicamentos.

5.5 Avaliação Cognitiva dos Idosos

Com relação a autoavaliação da memória, 42,3% dos idosos a consideraram como “Boa” e 32,0% como “Regular”. Na comparação de sua memória atual com a de um ano atrás, 56,7% relataram estar “Igual” e 30,9% “Pior”. Dados do estudo de Lebrão e Laurenti (2005) revelam que 53% dos idosos classificaram sua memória como regular ou má.

Neste estudo o MEEM foi utilizado para avaliar o desempenho cognitivo dos idosos. Conforme a classificação de Bruck et al. (2003), o escore bruto do MEEM variou entre 15 e 30 pontos, perfazendo média de 24,1, escore médio compatível com o nível de escolaridade de um a quatro anos, proposto pelos autores, e observado no estudo. Os resultados encontrados mostraram que 53,6% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, entretanto, vale destacar o fato de que foi utilizado notas de corte mais exigentes, considerando-se a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (NITRINI et al., 2005).

Este dado diverge do encontrado no estudo de Marin et al. (2008) em que

25,6% dos idosos apresentaram estado cognitivo comprometido. As autoras mencionam que 40% dos idosos referiram se esquecer de tomar medicamento às vezes ou sempre, indicando a necessidade de apoio e supervisão para a adequada utilização dos medicamentos.

Destaca-se que a prevalência de adesão foi de 80,2% para os idosos que apresentaram déficit cognitivo em relação aos que não apresentaram (73,3%), não havendo diferença estatisticamente significativa (p = 0,383).

Acurcio et al. (2009), estimaram que 40% a 75% dos idosos com regimes terapêuticos rotineiros não os cumprem adequadamente e o relacionam com fatores, tais como déficit cognitivo e diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, e limitações físicas e a complexidade do regime terapêutico. Diante disso, torna-se de grande relevância a avaliação da complexidade do regime terapêutico em prescrições destinadas para os idosos

5.6 Adesão dos Idosos à Terapia Medicamentosa

Neste estudo, 77,3% dos idosos apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados corroboram com os resultados do estudo de Faria (2008) que detectou 78,3% pessoas com diabetes consideradas aderentes ao tratamento medicamentoso.

Entretanto, os dados divergem do estudo de Rocha et al. (2008), realizado com 466 idosos no Município de Porto Alegre que encontraram 37,1% de idosos da comunidade com adesão ao tratamento.

Em uma revisão sistemática da literatura realizada por Henriques (2006) sobre o tema, foi evidenciado média de 50% de adesão entre idosos, variando de acordo com o método de avaliação e definição de adesão.

A adesão ao tratamento é um processo multifatorial e, por isso, se compõe com base em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, considera o respeito, a frequência, a constância e a perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Neste sentido vínculo entre o profissional e o paciente é fator de estrutura e de consolidação do processo (SILVEIRA ; RIBEIRO, 2005).

Ressalta-se que o presente estudo foi realizado em um Ambulatório de Especialidades médicas que atende a demanda espontânea da comunidade, sendo

assim, infere-se que os idosos pesquisados tenham maior chance de seguirem o tratamento, uma vez, que a procura pelo serviço de saúde indica atenção quanto à própria saúde.

Além disso, a análise de adesão por meio de entrevista, sem a verificação direta pela identificação de metabólitos do medicamento ou marcadores químicos específicos permanentes no organismo como método de validação das respostas pode incorrer em viés, uma vez que, baseia-se nas informações auto-referidas do idoso (MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000).

De acordo com Leite e Vasconcellos (2003) não existe um método de verificação da adesão que seja considerado totalmente fidedigno, principalmente os métodos de verificação indireta, ou seja, a de medicamentos e/ou, como no caso deste estudo, que verificou a adesão por meio da entrevista. Apesar disto, sabe-se que falhas na adesão ao tratamento representam uma realidade no Brasil e no mundo, e pode ocasionar, principalmente entre a população idosa, problemas graves de saúde gerados pelo controle inadequado de doenças diagnosticadas.

5.6.1 Associação entre a Adesão ao Tratamento Medicamentoso e as Variáveis Sociodemográficas e as relacionadas ao uso de medicamentos.

Embora não tenha havido diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis sociodemográficas e a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso, faz-se necessário sua discussão, da identificação de fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento nesta faixa etária.

Houve prevalência de adesão ao tratamento para 81,4% das mulheres e 66,7% dos homens. Dados similares foram encontrados em estudos de Loyola-Filho et al. (2005) e Loyola-Filho, Uchoa e Lima-Costa (2006) e com a porcentagem de idosos aderentes ao tratamento maior entre as mulheres.

Como já discutido, anteriormente, a procura por serviços de saúde costuma ser mais frequente entre as mulheres, como mostrou o estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003). Este fator demonstra maior preocupação com o autocuidado entre a população feminina e, por conseguinte, também com o tratamento medicamentoso.

Rocha et al. (2008) apontam os mesmos motivos citados acima, além de considerar a maior expectativa de vida para as mulheres em relação aos homens, a

proteção cardiovascular dada pelos os hormônios femininos e o menor consumo de tabaco e álcool. Silveira e Ribeiro (2000), também verificaram que as mulheres (12,0%) abandonam menos o tratamento farmacológico que os homens (26%).

Barros e Sá, Barros e Sá (2007) comentam que a prática de automedicação é mais comum entre as mulheres o que pode ser justificado pelo fato das mulheres serem mais submetidas à medicalização

Houve maior prevalência de adesão entre os idosos da faixa etária de 60 a 74anos em relação àqueles com 75 anos ou mais, o que pode estar relacionado à fatores como maiores índice de déficit de memória, grau de dependência para realizar as atividades rotineiras, entre outros fatores.

Os idosos que referiram ser casados ou morar com companheiro(a), apresentaram maior adesão ao tratamento em detrimento dos solteiros/separados/viúvos. Marin et al. (2008) revelam que o fato dos idosos possuírem baixo grau de escolaridade e, ainda, quando estes vivem sozinhos, implica em sério risco para a inadequação da terapia medicamentosa, considerando a complexidade dos esquemas terapêuticos farmacológicos impostos para esta parcela populacional. Assim, enfatizam que tal situação deve ser alvo de atenção dos profissionais da área da saúde, no planejamento da assistência ao idoso.

Dessa forma, é valido ressaltar a importância da utilização de métodos alternativos de aprendizado e comunicação, quando existe a detecção de falhas no entendimento dos idosos quanto ao uso dos medicamentos prescritos. Faz-se necessário, neste momento, a atuação de equipe multidisciplinar, que inclui o enfermeiro como componente indispensável, no sentido de minimizar possíveis empecilhos ao tratamento.

Evidenciou-se, também, maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso para os idosos que possuíam algum grau de escolaridade em relação aos que eram analfabetos. Blaski e Lenardt (2005) salientam que o grau de escolaridade pode influenciar diretamente na adesão ao tratamento, na medida em que, pode interferir no entendimento do regime terapêutico. Como já comentado, anteriormente, a baixa escolaridade confere um sério risco ao fracasso da adesão ao tratamento farmacológico, na medida em que deparam com esquemas terapêuticos muito complexos.

No Brasil, segundo Diaz (2002) o índice de analfabetismo entre a população se mostra, ainda, muito elevado. Fato este, que se reflete em idosos que

tiveram menores oportunidades de acesso a educação, o que pode gerar dificuldade na compreensão das prescrições e, por conseguinte, na adesão ao tratamento (Almeida et al., 2007).

A prevalência de adesão foi maior entre os idosos que possuíam renda mensal entre R$ 400,00 a R$ 1.000,00 do que para os que referiram valor de renda superior a este e quanto à variável fonte de obtenção dos medicamentos em uso, a análise revelou prevalência de adesão para os que obtinham os fármacos por meio de mais de uma fonte de obtenção (83,3%).

Estudos como os de Luz, Loyola-Filho e Lima-Costa (2009) que pesquisaram a subutilização de medicamentos, que é uma forma de não adesão na qual o indivíduo demora a iniciar o tratamento ou faz uso parcial dos medicamentos, identificaram subutilização menor em idosos com renda mensal mais alta, mas salientam que, no Brasil, ainda são necessários estudos para explorar o tema, porém indicam evidências da relevância da condição financeira para o consumo de medicamentos entre os idosos.

Acrescentam que, indivíduos que possuem cobertura de grupos de medicina suplementar, apresentam menor prevalência de subutilização, sugerindo que estes idosos são detentores de melhor situação econômica e, portanto capazes de custear o tratamento medicamentoso.

Ao analisar a variável número de medicamentos observou-se que no presente estudo, houve maior adesão (78,4%) para os idosos que tomavam entre um e quatro medicamentos diferentes por dia em relação aos que utilizavam cinco ou mais. Dados semelhantes aos de Rocha et al. (2008) que evidenciaram maior adesão (52,0%) entre os idosos que utilizavam de um a três fármacos em relação aos que utilizavam quatro ou mais (48,0%).

Sabe-se que regimes complexos de medicamentos que envolvem, também, um número elevado de medicamentos são freqüentes entre a população idosa, em decorrência das doenças que são mais freqüentes com o envelhecimento. Coelho-Filho, Marcopito e Castelo (2004) encontraram média de utilização de 2,3 medicamentos prescritos em uso, por idoso, na região central de seu local de estudo, 1,5 na intermediária e 1,3 na periferia.

Blanski e Lenardt (2005) obtiveram que 33,3% dos idosos, que participaram do seu estudo, mencionaram o uso concomitante de várias medicações como sendo o fator que mais interferia no não cumprimento da prescrição

medicamentosa.

Os efeitos colaterais podem ser fator dificultador para o seguimento às terapias medicamentosas, uma vez que, as alterações no metabolismo relacionado à idade, bem como a utilização de terapia plurimedicamentosa em alguns momentos, podem aumentar as chances de ocorrência de efeitos adversos nesta faixa etária. Teixeira e Lefévre (2001) apontaram o principal fator que prejudica a continuidade dos tratamentos medicamentosos é o receio quanto aos efeitos secundários.

Fatores como cronicidade das doenças, utilização de múltiplos fármacos, presença de efeitos colaterais e prescrições inadequadas podem colaborar para o surgimento de condições desfavoráveis na saúde da população, tudo isso agravado pela não-adesão ao uso de medicamentos (MARIN et al., 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou identificar a adesão ao tratamento medicamentoso, de idosos atendidos em um Ambulatório de Especialidades Médicas, vinculado a um Hospital privado e que atende a duas Operadoras de Planos de Saúde, no interior do estado de São Paulo, bem como caracterizar estes idosos do ponto de vista sociodemográfico, condições de saúde, uso de medicamentos, além de descrever a capacidade cognitiva e desempenho para as atividades da vida diária, analisando também o índice de adesão encontrado a algumas variáveis. Assim, diante dos resultados encontrados algumas considerações são necessárias.

O perfil sociodemográfico e econômico, as características do estado de saúde, o uso de medicamentos, além da avaliação cognitiva e desempenho para as atividades da vida diária, são peculiares para a amostra estudada, sendo que, generalizações devem ser evitadas para que conclusões precipitadas não ocorram.

Os resultados permitiram verificar que:

- A maioria eram mulheres idosas jovens, quase metade era casada ou morava com companheiro e possuíam em média aproximadamente três filhos.
- Quase metade estudou de um a quatro anos, os aposentados e pensionistas representaram a maior parte dos entrevistados. As atividades ocupacionais mais exercidas anteriormente foram “Do Lar”, “Comerciante/Vendedor/Lojista”.
- A maioria considerou “Boa” sua situação econômica atual e “Igual” a de outras pessoas da mesma idade. A maioria possuía “Casa própria já quitada”, e residiam “Esposo(a)” e “Família”.
- Houve predomínio de considerações à situação de saúde como “Boa”, além de a considerarem “Igual” há de um ano atrás e a das pessoas da mesma idade. A Pressão Alta e o *Diabetes Mellitus* foram os problemas de saúde mais referidos, sendo este último o que mais interfere na rotina diária. Foi evidenciada, aproximadamente, três doenças por idoso.
- Problemas de mobilidade e/ou movimentação foram referidos por, aproximadamente, um terço dos idosos. A maioria considera sua visão como “Boa” apesar da maior parte sempre precisar utilizar óculos e possuir dificuldade para leitura de bulas de medicamentos. O uso

exclusivo de medicamentos prescritos também foi relatado pela maioria.

- Quanto ao uso de medicamentos, a maioria utiliza até cinco, recebeu orientações sobre o uso, sendo o médico o principal responsável por esta ação. As orientações na grande maioria foram fornecidas de forma verbal e escrita e a maioria dos idosos não foi orientada sobre onde adquirir os medicamentos. A maioria obtém os medicamentos de uso contínuo por meio de recursos próprios, sendo que, a utilização de mais de uma fonte de obtenção também foi relatada. O fator financeiro foi o principal dificultador do seguimento à terapia medicamentosa. Mais da metade considera "Indiferente" tomar medicamentos diariamente, não referem efeitos colaterais e não necessitaram realizar mudanças em sua rotina.
- No que se refere ao desempenho para as AVDs, a grande maioria possuía dificuldade para pelo menos uma tarefa, sendo que a necessidade de ajuda foi mais mencionada para as AIVDs do que para as ABVIs.
- Avaliaram sua memória como "Boa" e "Igual" se comparada há um ano, sendo que, pouco mais que a metade apresentou algum tipo de déficit cognitivo.
- A adesão ao tratamento medicamentoso foi identificada em mais de dois terços dos idosos.
- Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre a prevalência de adesão e as variáveis estudadas, exceto uma diferença marginalmente significativa para a variável estado conjugal, sendo a maior parte dos idosos com adesão os que moravam com esposo(a) ou companheiro(a), em detrimento aos solteiros, divorciados ou viúvos.

Apesar da prevalência de adesão ter sido elevada neste estudo, a relevância do mesmo é pautada no fato de que é sabido que a população idosa vem crescendo de forma vertiginosa, inclusive no Brasil. Além disso, existe a necessidade constante de se desenvolver estratégias de atendimento à saúde, que sejam mais específicas, criteriosas e embasadas no conhecimento científico.

Diversos fatores podem influencia a adesão à terapia medicamentosa e, segundo Faria (2008) estes fatores englobam aspectos referentes aos serviços de saúde, ao próprio cliente, à relação profissional-cliente e o acesso ao medicamento,

esquema terapêutico, ou seja, vão além do simples seguimento à prescrição. Isto reforça a necessidade de novos estudos que abordem a questão dos fatores que possam influenciar a adesão ao tratamento, para que as direcionadas sejam tomadas.

Os serviços de saúde, muitas vezes, não se encontram preparados para detectar e atuar nos problemas de adesão ao tratamento medicamentoso, ocasionando a perpetuação de um problema de tão alta gravidade. Mesmo setores privados de saúde, como é o caso do local de realização deste estudo, em muitos momentos, os profissionais não demonstram possuir ações voltadas a este foco, concentrando-se em atividades de menor prioridade. Falhas na adesão ao tratamento entre idosos são relatadas no mundo todo e servem de alerta para o desenvolvimento de medidas preventivas e de mensuração de seus riscos, de forma, a minimizar o problema gradualmente.

Marin et al. (2008) citam a importância do uso racional dos medicamentos, devendo os gestores dos serviços de saúde se preocuparem com questões relacionadas a esta temática. Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) reforçam a relevância desta medida, entre outros fatores, por meio de esclarecimento aos idosos e familiares sobre as conseqüências da utilização de medicamentos de forma não criteriosa e treinamento dos profissionais quanto às especificidades da utilização de medicamentos pelos idosos.

Estas ações corroboram para o sucesso do tratamento, para a indiscutível necessidade de um correto e adequando seguimento à terapia medicamentosa, principalmente, entre os idosos, pessoa que geralmente utilizam mais que um medicamento de forma contínua, decorrente do aumento da prevalência de doenças, relacionadas ao envelhecimento populacional.

Portanto, faz-se necessária a participação da equipe multidisciplinar no que tange ao reconhecimento da relevância da discussão e da abordagem de assuntos relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso, bem como a capacitação da equipe sobre métodos de mensuração e ação sobre a adesão ao tratamento, além da implementação de ações educativas voltadas aos idosos.

Os resultados desta pesquisa podem subsidiar práticas de saúde, que envolvam o enfermeiro e que visem maior atenção, nos serviços públicos e privados, às questões relacionadas ao uso de medicamentos. Ações nesta área podem refletir em redução no número de internações e/ou consultas que possam estar

relacionadas a um controle deficitário no tratamento medicamentoso, podendo gerar, por conseguinte, melhoria operacional e retorno financeiro às instituições, além do objetivo principal de benefício à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; SILVA, A. L.; RIBEIRO, A. Q.; ROCHA, N. P.; SILVEIRA, M. R.; KLEIN, C. H.; ROSENFELD, S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnostico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3-B, p. 605-612, 1998.

ALMEIDA, H. O.; VERSIANI, E. R.; DIAS, A. R.; NOVAES, M. R. C. G.; TRINDADE, E. M. V. Adesão a tratamento entre idosos. **Com. Ciências Saúde,** v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.

ALMEIDA, O. P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Fatores predisponentes e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatria,** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 152-157, 1999.

ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**., Washington DC, v. 17, n. 5/6, p. 333-341. 2005

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTY, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ANDRADE, F.; DE VOS, S. (2002). An analysis of living arrangements among elderly women in Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: ABEP, 2002. 18p.

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H. ANDRADE, M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375-384. 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Informações em Saúde Suplementar** – Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais – março de 2000 e setembro de 2007. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2008.

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. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

ASTIER PEÑA, M. P.; PUEYO USÓN, M. J.; AZA PASCUAL-SALCEDO, M.; VICENTE BARRA, A. Uso racional de los medicamentos. El punto de vista de los

usuários del área 3 de la salud de Zaragoza. **Aten. Prim**., Barcelona, v.16, p. 344-350, 1995.

BACCAN, A. L. S. **Idosos participantes do Programa de Integração Comunitária:** conhecimento sobre o exercício físico. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 12, p. 497-505, 1996.

BARROS E SÁ, M.;BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. **Rev. Bras. Epidemiol**., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

BECKMAN, A. G. K.; PARKER, M. G.; THORSLUND, M. Can elderly people take their medicine? **Pat. Educ. Coun,,** Stockolm, n. 59, p. 186-191, 2005.

BELLAMY, D. Mechanisms of ageing. In: PATHY, M. S. J. **Principles and practice of geriatric medicine**. 2. ed. Chichester: Wiley, 1991. p. 13-30.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; SANDRA, R. C.; JULIANA, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr.,** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BEYTH, R. J.; SHORR, R. I. Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. **Drugs Aging***,* Auckland, v. 14, p. 231-239, 1999.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 180-188, 2005.

BORTOLON, P. C. ; MEDEIROS, E. F. F.; NAVES, J. O. F.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; NÓBREGA, O. T. Análise do perfil da automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **LEX**: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 58, p. 6-10, jan.-mar. 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4

de janeiro de 1994. **LEX**: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 60, p. 1657-1661, jul.-ago. 1996.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: MPAS/SAS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso.** Brasília, DF: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS**. 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Saúde Suplementar** – Beneficiários por Município – setembro de 2007. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2008.

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. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, sep. 2003.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. Av.**, SãoPaulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 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.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 10, p. 88-105.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos - 2000. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, Cidade, v. 24, n. 1, p. 37-51. 2007.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 301-301, 2000.

CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.** 2007. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; ANDRADE, F. C. D. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: Celade,

2000. p. 81-102.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, M. F. C.; LUPPI, G.; REIS, M. P. Atenção farmacêutica. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 719-727.

CEDENO, A. M. R.; VAZQUEZ, P. M. M.; LEON, J. R. F.; ENRIQUEZ, M. Q. Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del médico de la família en Cienfuegos. **Rev. Cubana Farm.,** Cuba, v. 35, n. 3, p. 170-174, 2000.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 31, p. 184-200, 1997.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-48, 2006.

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

DIAZ, R. B. Adesão ao Tratamento medicamentoso. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão global**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 230-241.

DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. **Fam. Pract.**, Dunkee, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à**

terapêutica medicamentosa. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família.** 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev. Bras. Med. Esporte,** Niterói, v. 8, n. 4, p. 129-138, 2002.

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

FERNANDES, J. C. Urbanismo e envelhecimento – algumas reflexões a partir da cidade de Uberlândia. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia**,** v. 1, n. 2, p. 31-49, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive estate of patient for the clinician. **J. Psychiatr. Res**,, Baltimore, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONSECA, J. E.; CARMO, T. A. O idoso e os medicamentos. **Saúde Rev.,** Piracicaba, v. 4, n. 2, p.35-41, 2000.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônicas: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latinoam. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 77-84, 2007.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, p. 45-52, 2002. Suplemento 1.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise & Dados,** Salvador, v. 10, n. 4, p. 138-153, 2001.

GROU-VOLPE, C. R. G. **Análise das condições de uso de medicamentos por idosos atendidos em ambulatório de hospital universitário.** 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GURWITZ, J. H.; FIELD. T. S.; HARROLD, L. R.; ROTSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A. C.; CABORET, C,; FISH, L. S.; GARBER, L,; KELLEHER, M.; BATES, D. W. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. **JAMA,** Chicago, v. 289, n. 9, p. 1107-1115, 2003.

HENRIQUES, M. A. P. **Adesão ao regime terapêutico em idosos.** 51 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2006.

HUGHES, C. M. Medication non-adherence in the elderly: how is the problem? **Drugs Aging,** Auckland, v. 21, n. 12, p. 793-811, 2004.

ILDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Selft-rated healyh and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journ. Health Soc. Behav.,** Star City, v. 38, n. 1, p. 21-37, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica – 2002 – Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980 – 2050** – Revisão 2004 – Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 mar. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População e domicílios –** Censo 2000 com Divisão Territorial 2001 – Ribeirão Preto – SP – Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2008.

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, V. E. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 13-19.

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

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; GROTZ, R. C. Progress in the development of the index of ADL. **Gerontologist,** Washington DC, v. 10, p. 20-30, 1970.

KIDD, K. E.; ALTMAN, D. G. Adherence in social context. **Control. Clin. Trials**, New York, v. 21, p. 184S-187S, 2000.

KUTZIK, D. M.; SCHECTER, B. M.; SPIERS, M. V. Understanding medication compliance among the elderly. **Gerontologist**, Washington DC, v. 31, p. 283-296, 1991.

LAZAROU, J.; POMERANZ, B.H.; COREY, P.N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A meta-analysis of prospective studies. **JAMA,** Chicago, v. 279, p. 1200-1205, 1998.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist,** Washington DC, v. 9, p.179, 1969.

LEBRÃO, M.; LAURENTI, R. Saúde, bem – estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

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

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Ateneu, 2007. p.15-28.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

LESSA, I; MENDONÇA, G. A. R.; TEIXEIRA, M. T. B.. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Bol. Oficina Sanit. Panam**. Washington DC, v. 120, n. 5, p. 369-413, 1996.

LEVY, S. M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: REICHEL, W.; GALLO, J. J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A.; MURPHY, J. B. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 15-29.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Belo Horizonte, v. 7, n. 4, p. 813-824, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 735-743, 2003.

LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEM, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELA, S.;

ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **J. Clin. Epidemiol.** Oxford, v. 55, p. 806-807, 2002.

LOYOLA-FILHO, J. M. C.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil da utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

LOYOLA-FILHO, A. I. UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. LIMA-COSTA, M. F. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, 2005.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arq. Neuropsiquiatr**., São Paulo, v. 60, p. 61-69, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar./abr. 2005.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1578-1586, 2009.

LYRA JUNIOR, D.; AMARAL, R. T.; ABRIATÁ, J. P.; PELÁ, I. R. Satisfacción como resultado de um programa de atención farmacêutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto – São Paulo (Brasil). **Seg. Farmacoterap**., Redondela, v. 3, n. 1, p. 30-42, 2004.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MANNESSE, C. K.; DERKX, F. H. M. ; RIDDER, M. A. J. Contribution of adverse drug reactions to hospital asmission of older patients. **Age Aging.,** London, v. 29, p. 35-39, 2000.

MARCELINI, F.; LEONARDI, F.; MARCUCCI, A.; FREDDI, A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, Amsterdam, v. 35, p. 181-189, 2002. Supplement 8.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. R.; ROCETI, L. C. Caracterização do uso de

medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** v. 24, n. 7, p. 1545-1555. 2008.

MARQUES, S. **O idoso após acidente vascular cerebral**: conseqüências para a família. 2004. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MASTROENI, M. F.; ERZINGER, G. S.; MASTROENI, S. S. B. S.; SILVA, N. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil demográfico de idosos na cidade de Joiville, Santa Catarina: estudo de base domicilar. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo,v. 10, n.2, p. 190-201, 2007.

MENDES, W. **Home Care**: uma modalidade de assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta à Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Rev. Eletrônica Enferm.,** Goiânia, v. 9, n. 3, p. 784-795, 2007.

MONANE, M.; MATTHIAS, D. M.; NAGLE, B. A.; KELLY, M.A. Improving prescribing patterns for the elderly through an online drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist, and compute. **JAMA,** Chicago, v. 280, p. 1249-1252, 1998.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. C. C. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. São Paulo, AG, 2000. p. 171-180.

MORISKY, D.; GREN, L.; LEVINE, D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence to prescribed medicines. **Med. Care,** Philadelphia, v. 24, p. 67-74, 1986.

NERI, A. L. Teorias psicológicas 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, 2002. cap. 4, p. 32-46.

NILSON, J. B. Concordance in practice. Common objectives for doctors, nurses and pharmacists in Sweden to improve de adherence to prescribed medicines. **J. Soc. Adm. Pharm.**, New York, n.18, p. 81-82, 2001.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Cientifico de Neurologia

Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr.,** São Paulo, v. 63, n. 3-A, p. 720-727, 2005.

OMRAN, A. R. **The epidemiologic transition in the Americas**. Baltimore: PAHO, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, DF: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Vigilância farmacológica internacional -** Funcion de los Centros Nacionales. Ginebra: OMS, 1972. (Série de Informes Técnicos, 498).

OWNBY, R. L.; HERTZOG, C.; CROCCO, E.; DUARA, R. Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. **Aging Ment. Health,** Abingdon, v. 10, n. 4, p. 378-385, 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística.** Tradução da 2ª edição norte-americana. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 29-38.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** Atheneu: São Paulo, 1996.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; PASINI, U. Farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. IN: CARVALHO-FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 409-421.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 609-621.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, p. 19-34.

PAULO, L. G.; ZANINE, A. C. A automedicação no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.,**

São Paulo, v. 34, p. 69-75, 1988.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio:** o fazer do cuidador familiar. 2000. 122f Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, São Paulo, 2000.

PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 237-241, 2002.

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: Lemos, 2001. cap. 1, p. 23-33.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMALHINHO, I. M. P. 0S. **Adesão a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. 1994. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil:** assessment of health status and social support of elderly people from different socio-economic strata living in the community. 1987. 325 f. Thesis (Doctor) – London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

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, 2002. cap. 7, p. 72-78.

RAEHL, C. L. ; BOND, C. A.; WOODS, T. J.; PATRY, R. A.; SLEEPER, R. B. Screening tests for intended medication adherence among the elderly. **Ann. Pharmacother.,** v. 40, n. 5, p. 888-893, 2006. Disponível em: <http://www.theannals.com/cgi/content>. Acesso em: 10 out. 2009.

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

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, p. 703-707, 2008. Suplemento.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arq. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs Aging,** Auckland, v. 20, n. 11, p. 817-832, 2003.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 40-44, 2003.

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

SAAD, P. M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. In: GUIMARÃES, J. R. S. **Demografia dos negócios:** campo de estudo, perspectiva e aplicações. Campinas: ABEP, 2006. p. 153-166. (Demographicas, 3).

SANTINI, L. A.; GOULART, F. A. A.; REIS, H. C. Fundamentos para a gestão da saúde nos municípios – princípios gerais de organização do SUS. In: SANTINI, L. A.; GOULART, F. A. A. ; REIS, H. C. et al. **A Saúde no Município:** organização em gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: IBAM 1992. cap. 2.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional dos idosos. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

SHEA, S.; MISRA, D.; EHRLICH, M. H.; FIELD, L.; FRANCIS, C. K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. **Am. J. Public Health,** New York, v. 82, n. 12, p. 1607-1612, 1992.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas 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, 2002. cap. 5, p. 47-56.

SILVA JUNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 289-311.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunic., Saúde Educ.,** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SILVESTRE-BUSTO, C.; ROMALLE-GÓMARA, E.; ARNAÉZ GARCIA, R.; FLOR-SERRANO, A.; GARCIA-FERNÁNDEZ, J.; PERNAS, H. R.; TEJERO, M. N. Multi-centre study of children adherence to antibiotic treatment in primary care. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 27, n. 8, p. 554-558, 2001.

SILVESTRE, J. A.; COSTA-NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SIMONSON, W.; FEINBERG, J. L. Medication-related problems in the elderly: Defining the Issues and Identifying Solutions. **Drugs Aging**, Auckland, v. 22, n. 7, p. 559-569, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SPIERS, M. V.; KUTZIK, D. M.; MAMAR, M. Variation in medication understanding among the elderly. **Am. J. Health-Syst. Pharm.**, Bethesda, v. 61, p. 373-380, 2004.

TALMELLI, L. F. S. **Nível de independência funcional de idosos com Doença de Alzheimer.** 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

TAMEZ, S.; BODEK, C.; EIBENSCHUTZ, C. Lo público y lo privado; las aseguradoras y la atención médica em Mexico. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 579-587, 1995.

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

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

VALLS, L. T.; PELAEZ, G. M.; SANCHEZ, L. S.; SOLER, G. S.; ARANDA, G. A.; INDART, I. C.; RAMOS, J. Problemas relacionados con los medicamentos em pacientes que visitam um serviço de urgência. **Pharm. Care Espana,** Madrid, v. 2, p. 177-192, 2000.

VASCONCELOS, F. F.; VICTOR, J. F.; MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T.L. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 178-183, 2005.

VERAS, R. P. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; CHAVES, P. H 2002. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. Disponível em: <http://www.abrange.com.br/download/premio.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2006.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos***:* a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 224p.1994.

VERMEIRE, E.; HERANSHAW, H.; VAN, R. P.; DENKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther.,** Oxford, v. 26, p. 331-342, 2001.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C.; OLIVEIRA, E. L. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 453-480.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva, 2003.

WILLIANS, B. Medication education. **Nurs. Times,** London, v. 87, n. 29, p. 50-52, 1991.

WILSON, I. B.; SCHOEN, C.; NEUMAN, P.; STROLLO, M. K.; ROGERS, W. H.; CHANG, H.; SAFRAN, D. G. Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. **J. Gen. Intern. Med.,** Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 6-12, 2007.

WINDHAM, B. G.; GRISWOLD, M. E.; FRIED, L. P.; RUBIN, G. S.; XUE, Q. L.; CARLSON, M. C. Impaired vision and the ability to take medications. **J. Am. Geriatr.**

Soc. New York, v. 53, n. 7, p. 1179-1790, 2005.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. **Métodos, avaliação critica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

WYLES, H.; REHMAN, H. U. Inappropriate polypharmacy in the elderly. ***Eur. J. Intern. Med.,*** *Amsterdam, v. 16, p. 331-313, 2005.*

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Entrevistado: _____ ***Entrevistador:*** _____

1. Número do questionário: ☐☐☐

2. Data da Entrevista: (/ /)

3. Data de Nascimento: (/ /)

4. Idade: _____ (em anos completos)

5. Cidade de Origem do Entrevistado: ..... ☐

1 – Ribeirão Preto 2 – Região

SEÇÃO A - IDENTIFICAÇÃO

A. 1) Sexo: ..... ☐

1 – Masculino 2- Feminino

A. 2) Local de Nascimento ..... ☐

1 – Urb 2 – Rural 3 – NS

A. 3) Há quanto tempo está morando na cidade ou região de Ribeirão Preto? (em anos completos) ..... ☐☐

A. 4) Qual o seu estado conjugal? ..... ☐

1 – Nunca se casou ou morou c/ companheiro (a)

2 – Mora com esposo (a) ou companheiro (a)

3 – Separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a)

4 – Viúvo (a)

5 – NS

A. 5) Há quanto tempo está no seu estado atual (em anos completos)? – 555 – NS ..... ☐☐☐

A. 6) Quantos filhos teve? – 55 – NS ..... ☐☐

SEÇÃO B – PERFIL SOCIAL DO IDOSO

B. 1) Escolaridade (em anos) ..... ☐

1 – Analfabeto 2 – Sabe ler/escrever informal 3 – 1 a 4 4 – 5 a 8
5 – 9 a 11 6 – 12 ou mais 7 – NS

B. 2) Qual (is) destas rendas o Sr (a) tem? 0 – Não tem 1 – Tem 2 – NS

B.2.a) Aposentadoria ..... ☐

B.2.b) Pensão ..... ☐
B.2.c) Aluguel ..... ☐
B.2.d) Trabalho próprio ..... ☐
B.2.e) Doações (família, amigos) ..... ☐
B.2.f) Outras _____..... ☐ Valor da Renda Mensal: _____

B.3) Principal atividade profissional exercida anteriormente _____

B.4) Há quanto tempo recebe o benefício (mais antigo) de aposentadoria, pensão ou renda mensal vitalícia? (em anos, caso não se lembre, anos aproximados) – 555 – NS 444 – NSA
..... ☐☐☐

B.5) Idade que se aposentou? (em anos completos, caso não se lembra, anos aproximados) – 555 – NS 444 – NSA ..... ☐☐☐

B. 6) No seu entender, de acordo com a sua situação econômica atual, de que forma o (a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc) ..... ☐
1 – Muito boa 2 – Boa 3 – Regular 4 – Ruim 5 – Péssima 6 – NS

B.7) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que a sua situação econômica é: ..... ☐
1 – Melhor 2 – Igual 3 – Pior 4 – NS

B.8) A casa onde mora é: ..... ☐
1 – Própria quitada 2 – Própria – paga prestação 3 – Paga aluguel 4 – Cedida – sem aluguel 5 – Asilo 6 – Casa de repouso 7 – Outro tipo 8 – NS

B.9) Com que o Sr (a) mora? ..... ☐
1 – Sozinho 2 – Esposo 3 –Família 4 – Acompanhante particular 5 – Outra pessoa
6 – Asilados

SEÇÃO C: ESTILO DE VIDA

C.1) Com que freqüência o Sr (a) costuma beber?
0 – Não bebe 1 – Eventualmente/raramente 2 – Até 3 vezes por semana (fins de semana) 3 – 4 a 7 vezes por semana (diariamente ou quase) 4 – NS

C.1a) Cerveja ..... ☐
C.1b) Vinho ..... ☐
C.1c) Licores ..... ☐
C.1d) Vermutes ..... ☐
C.1e) Destilados (pinga/wisky/cognac).. ☐

C.1f) Outro tipo de bebida .....

C.1g) Se bebe, quanto tempo em anos? 555 – NS / 444 - NSA.....

C.1h) Se não bebe, já bebeu alguma vez na vida? .....

1 – Sim 2 – Não 3 – NS 4 - NSA

SEÇÃO D: AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia:

Estamos interessados em saber se consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda (citar quem) ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

Para as questões D.3a a D.3w e D.3aA a D.3wA:

0 – Sem dificuldade 1 – Com pouca dificuldade 2 – Com muita dificuldade 3 – Só com ajuda 4 – Não consegue 5 – NS/NSA

Código de quem ajuda (A)

0 – Sem ajuda 1 – Pai/mãe/tio 2 – Cônjuge 3 – Irmão/primo/cunhado 4 – Filho/enteado/genro/nora 5 – Neto/bisneto 6 – Amigo/conhecido/vizinho 7 – Acompanhante 8 – Outro

		A
D.3a) Comer		
D.3b) Tomar banho		
D.3c) Vestir-se		
D.3d) Pentear cabelo		
D.3e) Deitar/levantar da cama		
D.3f) Ir ao banheiro em tempo		
D.3g) Controle urinário		
D.3h) Controle intestinal		
D.3i) Andar no plano		
D.3j) Subir e descer escadas		
D.3k) Transporte de cadeira para cama e vice versa		
D.3l) Andar perto de casa		
D.3m) Medicar-se na hora		
D.3n) Fazer compras diversas		
D.3 o) Prepara refeições		
D.3p) Cortar unhas do pé		
D.3q) Dirigir condução		
D.3r) Uso de transporte (táxi/ônibus)		
D.3s) Fazer limpeza de casa		
D.3t) Administra finanças		

D.3u) Dificuldade par sair de casa .....

D.3v) Uso de telefone ..... ☐☐

D.3w) Tarefas doméstica ..... ☐☐

SEÇÃO E – CONDIÇÕES DE SAÚDE

E.1) Em geral o (a) Sr. (a) diria que sua saúde é: ..... ☐

1 – Péssima 2 – Má 3 – Regular 4 – Boa 5 – Ótima 6 - NS

E.2) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) Sr (a) diria que sua saúde está: ..... ☐

1 – Pior 2 – Igual 3 – Melhor 4 – NS

E.3) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde é: ..... ☐

1 – Pior 2 – Igual 3 – Melhor 4 – NS

Para as questões E.4a a E.4y:

E.4) O (A) Sr (a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas suas atividades diárias?

0 – Não 1 – Tem, não interfere 2 – Tem, interfere 3 – NS

E.4a) Reumatismo ..... ☐

E.4b) Artrite/artrose ..... ☐

E.4c) Osteoporose ..... ☐

E.4d Asma/bronquite ..... ☐

E.4e) Tuberculose ..... ☐

E.4f) Anemia ..... ☐

E.4g) Pressão Alta ..... ☐

E.4h) Má circulação (varizes) ..... ☐

E.4i) Problema cardíaco ..... ☐

E.4j) Diabetes ..... ☐

E.4k) Obesidade ..... ☐

E.4l) Derrame ..... ☐

E.4m) Parkinson ..... ☐

E.4n) Incont. Urinária ..... ☐

E.4 o) Incont. Fecal ..... ☐

E.4p) Glaucoma ..... ☐

E.4q) Prob. p/ dormir ..... ☐

E.4r) Catarata ..... ☐

E.4s) Prisão de ventre .....

E.4t) Prob. de coluna ..... ☐

E.4u) Prob. renal ..... ☐

E.4v) Seqüela acid.trauma ..... ☐

E.4w) Tu. Malignos ..... ☐

E.4x) Tu. Benignos ..... ☐

E.4y) Outras (gripe, diarréia, dor) ..... ☐

Especifique: _____

E.5) Dos medicamentos que o (a) Sr (a) toma: ..... ☐

0 – Não toma nenhum

1 – Todos são receitados pelo médico

2 – Alguns são sugestões de vizinhos/amigos

3 – Todos são sugestões de vizinhos/amigos

4 – Por conta própria

5 – NS

E.6) No momento tem problema de braço (mãos) para manuseio das AVDs?..... ☐

0 – Não 1 – Tem, pouco 2 – Tem, muito 3 – NS

Para as questões E.7a a E.7e:

E.7) O (A) Sr (a), no momento, tem algum destes problemas para locomoção?

0 – Não tem 1 – Tem e não faz terapia 2 – Tem, faz terapia 3 – NS

4 – NSA

E.7a) Dificuldades de movimentação de pé ..... ☐

E.7b) Dif. de movimentação de pernas ..... ☐

E.7c) Paralisia de membros ..... ☐

E.7d) Ausência (de parte) de membros ..... ☐

E.7e) Problemas c/ os pés inibindo sua mobilidade (joanetes, calos, unhas encravadas) ..... ☐

Para as questões de E.8a a E.8e:

0 – Não usa-não precisa 1 – Não usa-precisaria usar 2 – Usa às vezes-não possui

3 – Usa às vezes, possui 4 – Usa sempre-não possui 5 – Usa sempre-possui

6 – NS

E.8) O (A) Sr (a) utiliza:

E.8a) Bengala..... ☐

E.8b) Muleta ..... ☐

E.8c) Andador .....
E.8d) Cad. de Rodas .....
E.8e) Prótese .....

E.9) Precisa usar óculos? .....
1 – Sempre 2 – Somente para ler/TV 3 – Somente para longe 4 – Não 5 – NS

E.10) O (A) Sr (a) usa óculos? .....
1 – Não 2 –Sim, às vezes 3 – Usa sempre 4 –NS 5 – NSA

E.11) Se não usa e precisa, por que não usa? .....
0 – NSA 1 – Porque não tem 2 – O óculos não está de acordo 3 – Esquece de usar 4 –NS

E.12) Como diria que está sua visão no momento? (c/ os óculos, se for o caso)? .....
1 – Péssima 2 – Ruim 3 – Regular 4 – Boa 5 – Ótima 6 – NS

Para as questões E.13a a E.13j:

1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Sempre 4 – NS 5 – NSA

E.13) Com que freqüência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as seguintes tarefas
E.13a) Ler letreiros de ônibus .....
E.13b) Semáforo .....
E.13c) Placa de sinalização .....
E.13d) Embalagens .....
E.13e) Nota fiscal (compras) .....
E.13f) Bula de remédio .....
E.13g) Etiqueta c/ preço em supermercado .....
E.13h) Arrumar a casa .....
E.13i) Assistir TV .....
E.13j) Cozinhar .....

E.14) Com relação à audição, tem aparelho de audição? E usa? .....
0 – Não precisa 1 – Não tem, precisa 2 – Tem, quebrado 3 – Tem, não usa 4 – Tem, usa às vezes 5 –Tem, usa sempre 6 – NS

E.15) Tem dificuldade para conversar com uma só pessoa quando tem algum ruído no ambiente,

como, por exemplo, uma TV ligada? .....

1 – Sempre 2 – Às vezes 3 –Não tem 4 – NS

APÊNDICE B - Questões Referentes à Terapia Medicamentosa

1) Há quanto tempo usa medicamentos continuamente (em meses)? – 555 – NS.....

2) Número de medicações que faz uso: .....

3) Recebeu orientação sobre o uso dos medicamentos? .....

1 – Sim 2 – Não

Se sim, quem orientou: .....

3 – Médico 4 – Enfermeiro

5 – Médico e Enfermeiro 6 – Outro

7 - NSA

Tipo de orientação: ..... .

8 – Verbal 9 – Escrita 10- Verbal e escrita

11 – Outra 12 – NS

13 - NSA

4) Quando recebeu orientação ficou com dúvidas? .....

1 – Sim 2 – Não

3 – NSA

Se sim, perguntou novamente? .....

4 – Sim 5 – Não 6 - NSA

5) Recebeu orientação sobre onde comprar os medicamentos prescritos? .....

1 – Sim 2 – Não

6) Onde o Sr. (a) obtém o (s) medicamento (s) que faz uso? .....

1 – Recursos Próprios

2 – Rede Pública

3 – Doações

4 – Outro

5 – Mais de 1 dos itens acima

7) Encontrou alguma dificuldade em seguir a terapêutica medicamentosa prescrita? .....

1 – Sim 2 – Não

8) Qual foi a maior dificuldade? .....

1 – Dificuldade para entender como tomar o medicamento

2 – Dificuldade para manusear/pegar/partir/aplicar o medicamento

3 – Dificuldade para engolir o medicamento

4 – Dificuldade financeira

5 – Reações desagradáveis quando toma o medicamento

6 – Não consegue ler o nome do medicamento, o rótulo, a cor

7 – Outra

8 – NSA

9) Como é para o Sr (a) tomar medicamentos todos os dias? ..... ☐

1 - Bom

2 – Indiferente

3 – Ruim

4 – Péssimo

10) Quando começou a tomar medicamentos continuamente houve a necessidade de mudar alguma coisa na sua rotina? ..... ☐

1 – Sim 2 – Não

11) Sentiu algum efeito colateral quando começou a tomar o (s) medicamento (s)? ..... ☐

1 – Sim 2 – Não

12) Utiliza ou já utilizou chás, simpatias, ou outros em substituição a algum medicamento?..... ☐

1 – Sim 2 – Não

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

"Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos"

Estamos realizando um estudo com a participação de idosos que passaram em consulta médica agendada na Geriatria, da Clínica de Especialidades e que utilizam medicação continuamente. Acreditamos que este estudo contribuirá para o reconhecimento das condições de uso de medicamentos e a situação real da adesão do idoso aos tratamentos medicamentosos prescritos pelo médico.

Desta forma, necessitamos realizar uma entrevista e gostaríamos de pedir sua colaboração para responder às questões contidas em um questionário.

Eu_____, RG _____

Estou ciente que as informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento serão divulgados com o meu nome, sendo identificados com um número e mantidos em segredo.

Estou ciente que minha participação nesta pesquisa não me trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto me cause qualquer prejuízo .

Estou ciente que recebi orientações sobre o estudo e posso pedir novos esclarecimentos a qualquer momento se achar necessário.

Estou ciente que se aceitar ou não participar da pesquisa, não irá interferir no meu atendimento na Clínica de Especialidades.

Assino, concordo participar desta pesquisa e recebo uma cópia deste documento.

Ribeirão Preto, _____de_____de 200_.

_____

Assinatura do Cliente

Atenciosamente,

_____

Claudia Câmara Freire (COREn nº 107950) - Pesquisadora

Telefone para contato: (16) 3421.9966

Endereço: Rua Bernardino de Campos, 491, ap.43, CEP: 14.015 -130, Ribeirão Preto (SP).

Profª Drª Sueli Marques (COREn Nº 61337) – Orientadora

Telefone para contato: (16) 3602.3401

APÊNDICE D – Declaração de Concordância

Ribeirão Preto, 29 de setembro de 2008.

À

Gerência de Unidades – São Francisco (Rodrigo Fernandes Teixeira Lopes)

Encaminhamos o projeto de pesquisa **"Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos"** para ser apreciado com a finalidade de obter sua permissão para que o mesmo seja realizado com os idosos em atendimento na São Francisco Clínica de Especialidades I. Os objetivos do estudo são: caracterizar os idosos atendidos em um ambulatório de especialidades médicas privado, vinculado a operadoras de planos de saúde do interior do estado de São Paulo; avaliar a capacidade cognitiva e a funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária; descrever variáveis relacionadas ao uso de medicamentos e identificar a adesão do idoso ao uso de medicamentos, pois acreditamos que estudos que busquem mostrar a situação de idosos em relação à adesão aos medicamentos podem subsidiar o planejamento da assistência à saúde do idoso.

Claudia Câmara Freire

Claudia Câmara Freire (Mestranda)
Mestranda do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Orientação: Sueli Marques (Orientadora)
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Parecer:

Autorizo a realização do presente estudo na Clínica de Especialidades I – São Francisco.

Rodrigo Fernandes Teixeira Lopes
(Gerente de Unidades – São Francisco)

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (6) não sabe

Total de pontos: ☐

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:
Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana ( ) Dia do mês ( ) Mês ( ) Ano ( ) Hora aprox. ( )

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ( )
Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ( )

Em que bairro estamos: ( )

Em que cidade estamos ( )

Em que estado estamos ( )

Total de pontos: ☐

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.

A ( ) M ( ) C ( )

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez _____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos: ☐

ATENÇÃO E CALCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;

____; ____; ____; ____; ____.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos: ☐

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A ( ) M ( ) C ( )

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos: ☐

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C ( ) R ( )

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos: ☐

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ"

Total de pontos: ☐

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: "FECHE OS OLHOS". Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos: ☐

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P ( ) D ( ) C ( )

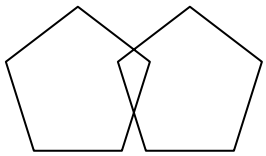
Total de pontos: ☐

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos: ☐

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Total de pontos: ☐

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL ☐

ANEXO B - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com freqüência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

* Medida validada por: DELGADO E LIMA, 2001

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 248/2008

Ribeirão Preto, 27 de novembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 112ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de novembro de 2008.

Protocolo: nº 0967/2008

Projeto: ADESÃO E CONDIÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS.

Pesquisadores: Sueli Marques
Claudia Câmara Freire

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D – Autorização de utilização da MAT

Sueli Marques

De: "claudia freire" <claudia_camara@hotmail.com>
Para: "Sueli Marques" <smarques@eerp.usp.br>
Enviada em: quarta-feira, 18 de novembro de 2009 00:13
Assunto: FW: Solicitação de permissão

From: luisa.lima@iscte.pt
To: claudia_camara@hotmail.com
Subject: RE: Solicitação de permissão
Date: Thu, 31 Aug 2006 17:45:13 +0100

BOA tarde, claudia.
Tenho todo o gosto em lhe conceder a permissão. Felicidades no seu trabalho.
Um abraço,
Luisa Lima

----Mensagem original----
De: claudia freire [mailto:claudia_camara@hotmail.com]
Enviada: quinta-feira, 31 de Agosto de 2006 13:53
Para: lpl@iscte.pt
Assunto: Solicitação de permissão

Bom dia,
Meu nome é Claudia C. Freire (Ribeirão Preto, SP - Brasil).
Estou formulando um projeto para mestrado (pela Universidade de São Paulo) e trabalharei com a questão da: "Adesão do idoso ao tratamento medicamentoso no domicílio". Para tanto, gostaria de utilizar em meu trabalho, a "Medida de Adesão aos tratamento (MAT)", a qual, pude ter conhecimento através do artigo:" Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos".
Solicito, então permissão para a utilização da medida.
Desde já agradeço e aguardo resposta.

Novo Windows 7. Você vai achar que nasceu sabendo! Clique e conheça.