

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS E A
QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS EM PORTO ALEGRE E BAGÉ**

Caroline Koehler Hespanha

PORTO ALEGRE, JANEIRO DE 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS E A
QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS EM PORTO ALEGRE E BAGÉ**

Dissertação apresentada por **Caroline Koehler
Hespanha** para obtenção do GRAU DE
MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: **Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue**

O presente trabalho foi realizado em grupos da terceira idade de Porto Alegre e visitação em residências de Porto Alegre e Bagé.

“Não basta saber, é preciso aplicar; não basta
querer, é preciso fazer”.

Goethe

Dedico este trabalho aos meus pais Benedito Hespanha e Therezinha Koehler Hespanha que inspiraram o tema e as preocupações pertinentes a esse assunto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Aos meus queridos pais, Benedito Hespanha e Therezinha Koehler Hespanha, que me apoiaram nas horas em que mais precisei. Nos momentos felizes e tristes em todo este percurso. À minha irmã, Ana Carla Hespanha, sempre pronta para me auxiliar tanto no trabalho realizado quanto no lado afetivo.

Ao meu esposo, Fernando Bresler Antonello sempre me motivando e apoiando nas horas mais difíceis. Pela compreensão e por estar ao meu lado nessa importante etapa da vida. Sempre estará em meu coração.

Às queridas amigas do mestrado, Christiane F. Collet, Ana Paula Dresch e Juliana Didonet, que conheci nesta pós graduação.

À equipe da Atenção Primária em Saúde (APS), da Faculdade de Medicina desta universidade: especialmente, à Mônica Oliveira e às estagiárias Maria Célia, Gabriela, Ana Claudia, Janaína, Luiz e Carolina.

À equipe de trabalho: Eleni, Simone, Márcia, Vanessa, Elisângela. Às colegas de profissão e amigas: Ana Paula Scholze e Dóris Cristina Fogaça. Obrigada pela força e pelas folgas que precisei durante esta jornada.

À URCAMP, faculdade de farmácia de Bagé, especialmente, à prof^a. Ms. Noêmia Tavares e seus alunos da graduação. Obrigada pela contribuição na realização das entrevistas.

Aos grupos da melhor geração: os Pioneiros e ao SERVI. Em atenção, às coordenadoras: Dóris Fogaça e Sandra. Obrigada pela colaboração das meninas e meninos nas entrevistas e pelas experiências. Ensinarão muitas coisas em relação à vida e ao viver.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sotero Mengue, pelos ensinamentos. Em especial, as Professoras Doutoras Denise Bueno e Tânia Alves Amador, obrigada conselhos e auxílio sobre o assunto.

SUMÁRIO

Lista de Figuras e Tabelas	X
Resumo	XII
Abstract	XIII
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo geral	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	4
3.1 Introdução.....	4
3.2 Revisão.....	5
3.2.1 Adesão a tratamento	5
3.2.2 A não adesão ao tratamento medicamentoso	6
3.2.3 Métodos existentes para medir a adesão ao tratamento.....	8
4 QUALIDADE DE VIDA.....	9
4.1 Introdução.....	9
4.2 Revisão bibliográfica: relevância da qualidade de vida em idosos	10
5 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	11
5.1 Métodos.....	12
5.1.1 Delineamento do estudo.....	12
5.1.2 População do estudo.....	12
5.1.3 Treinamento com os entrevistadores.....	13
5.1.4 Aspectos éticos e consentimento	14
5.1.5 Instrumento de coleta de dados	14

5.2 Conteúdo do Questionário.....	16
5.2.1 Medicamentos de uso eventual e de uso contínuo.....	16
5.2.2 Conhecimento do medicamento	17
5.2.3 Lembrança do regime terapêutico	18
5.2.4 Apoio para melhoria da adesão.....	20
5.2.5 Acesso aos serviços de saúde e medicamentos	22
5.3 Escalas formuladas com base em autores.....	22
6 RESULTADOS	24
6.1 Sociodemográficos	24
6.2 Objetivos selecionados.....	26
6.2.1 Medicamentos de uso eventual e de uso contínuo.....	26
6.2.2 Conhecimento dos medicamentos	28
6.2.3 Quanto à lembrança do regime terapêutico.....	30
6.2.4 Apoio para melhoria da adesão.....	32
6.2.5 Quanto ao acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos	35
6.3 Escalas analisadas.....	38
6.4 Escalas selecionadas comparadas com as variáveis (sexo, idade, saber ler e escrever, freqüente grupo de idosos, declara renda, consultas médicas, consultas com especialistas, consultas de emergência e internação hospitalar).....	39
6.4.1 Sexo e a adesão sobre as escalas.....	42
6.4.2 Grupo idoso e a adesão sobre as escalas.....	43
6.4.3 Ler e escrever e a adesão sobre as escalas	44
6.4.4 Renda e adesão sobre as escalas	45
6.4.5 Idade e adesão sobre as escalas	45
6.4.6 Consultas médicas sobre as escalas.....	46
6.4.7 Consultas com especialistas sobre as escalas.....	47
6.4.8 Consultas de emergência sobre as escalas	47
6.4.9 Internação hospitalar sobre as escalas	48
6.5 Qualidade de vida.....	49
6.5.1 Qualidade de vida e variáveis selecionadas.....	50
6.5.2 A adesão ao tratamento medicamentoso e à qualidade de vida (qualidade de vida x escalas).....	55
7 DISCUSSÃO	60

8 CONCLUSÃO	69
9 REFERÊNCIAS	72
10 ANEXOS.....	76
10.1 Comitê de ética.....	77
10.2 Termo de consentimento	78

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Perguntas relativas ao instrumento de Shelton (2006)	17
Tabela 2: Questões relativas ao instrumento Shelton (2006)	18
Tabela 3: Questões relativas ao instrumento de Horne (2001)	18
Tabela 4: Questões relativas ao instrumento Morisky (1986).....	19
Tabela 5: Questões relativas ao instrumento Shelton (2006)	19
Tabela 6: Questões relativas ao instrumento Oasis Answers (2007)	19
Tabela 7: Questões relativas aos instrumentos Horne (2001); Shelton (2006) e Morisky (1986)	20
Tabela 8: Questão relativa ao instrumento Hespanha.....	20
Tabela 9: Questões relativas ao instrumento Maclaughlin (2005)	21
Tabela 10: Questões relativas aos instrumentos da pesquisadora, Maclaughlin (2005); Shelton (2006); Oasis Answers (2007)	21
Tabela 11: Questões relativas ao instrumento Adesão 2 para medicamentos de uso eventual	22
Tabela 12: Resultados Sóciodemográficos	25
Tabela 13: Medicamentos de uso eventual mais freqüentemente relatados por nome comercial e classe terapêutica.....	27
Tabela 14: Medicamentos de uso contínuo mais freqüentemente relatados por nome comercial e classe terapêutica.....	27
Tabela 15: Questões do questionário para escala Adesão 1	28
Tabela 16: Número de respostas positivas da escala Adesão 1 em relação à freqüência	28
Tabela 17: Valores da escala Adesão 1_positivo	29
Tabela 18: Questões do questionário para escala Morisky	30
Tabela 19: Número de respostas positivas da escala Morisky em relação à freqüência	31
Tabela 20: Valores da escala Morisky_positivo.....	31
Tabela 21: Questões do questionário para escala Adesão 2	33
Tabela 22: Número de respostas positivas da escala Adesão 2 em relação à freqüência	34
Tabela 23: Valores da escala Adesão 2_positivo	34
Tabela 24: Questões relativas a escala Hespanha Total	36

Tabela 25: Resultados da escala Hespanha Total	37
Tabela 26: Valores da escala Hespanha reduzida_positivo	37
Tabela 27: Valores da escala Hespanha categorizada	37
Tabela 28: Porcentagem de adesão da escala Morisky com as variáveis	39
Tabela 29: Porcentagem de adesão da escala Adesão1 com as variáveis.....	40
Tabela 30: Porcentagem de adesão da escala Adesão 2 com as variáveis.....	41
Tabela 31: Porcentagem de adesão da escala Hespanha categorizada com as variáveis.....	42
Tabela 32: Comparativo das escalas de adesão da escala Morisky e escala Hespanha categorizada.....	42
Tabela 33: Média da qualidade de vida dos entrevistados.....	49
Tabela 34: Qualidade de vida global sobre variáveis	50
Tabela 35: Qualidade de vida no domínio físico sobre variáveis.....	51
Tabela 36: Qualidade de vida no domínio psicológico sobre variáveis	52
Tabela 37: Qualidade de vida no domínio relações sociais sobre variáveis.....	53
Tabela 38: Qualidade de vida no domínio meio ambiente sobre variáveis.....	54
Tabela 39: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Morisky.....	55
Tabela 40: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Adesão 1	56
Tabela 41: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Adesão 2.....	57
Tabela 42: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Hespanha categorizada	58

RESUMO

Título: Avaliação da adesão ao tratamento com medicamentos e a qualidade de vida entre idosos em Porto Alegre e Bagé

Objetivos: Identificar características da adesão do paciente idoso para que cumpra o tratamento com medicamentos através da construção de uma nova escala. Comparar a escala Morisky, outras escalas e a elaboração de uma nova escala de adesão com variáveis: sexo, idade, saber ler e escrever, freqüentar grupo de idosos, renda, consultas, especialistas, consultas de emergência e internações hospitalares; Analisar se a qualidade de vida interfere nessas variáveis e verificar se a qualidade de vida interfere nas escalas de adesão em estudo.

Método: a pesquisa consiste em um estudo transversal, constituindo-se na aplicação de 245 questionários em idosos de Porto Alegre e Bagé.

Resultados: do questionário aplicado foram selecionados objetivos para elucidar a adesão: conhecimento dos medicamentos, lembrança do regime terapêutico, apoio para melhoria da adesão e acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos. Esses objetivos compõem as escalas Morisky, Adesão 1, Adesão 2 e Hespanha categorizada. Ao se comparar essas escalas com fatores sociodemográficos e as variáveis em questão há significativa associação da escala Adesão 1 com as pessoas que: sabem ler e escrever ($p= 0,006$), vão a consultas médicas ($p= 0,000$) e consultas com especialistas ($p= 0,020$). Ao comparar a escala Morisky com a escala Hespanha categorizada as pessoas que aderem mais são aquelas que consultam, Morisky ($n= 164$) e Hespanha categorizada ($n= 124$) e que procuram especialistas, Morisky ($n= 177$) e Hespanha categorizada ($n= 136$). Quanto à qualidade de vida, há diferença significativa no domínio global para sexo ($p= 0,016$), saber ler e escrever ($p= 0,002$) e consultas de emergência ($p= 0,000$). Para o domínio físico há diferença significativa em sexo ($p= 0,035$), saber ler e escrever ($p= 0,038$) e consultas de emergência ($p= 0,007$). Para o domínio psicológico há diferença significativa em saber ler e escrever ($p= 0,008$). Para o domínio meio ambiente, há diferença significativa em saber ler e escrever ($p= 0,000$), consultas com especialistas ($p= 0,047$) e consultas de emergência ($p= 0,010$). Na qualidade de vida comparada às escalas, a adesão foi significativa na escala Adesão 2 para o domínios: global, físico, psicológico e meio ambiente (todos com $p= 0,000$), e para o domínio relações sociais ($p= 0,009$). E na escala Hespanha categorizada a adesão foi significativa para o domínio meio ambiente ($p= 0,004$).

Conclusões: os objetivos relacionados afetam a adesão ao tratamento com medicamentos em idosos. Por isso, houve a elaboração da escala Hespanha categorizada. Observa-se que há uma grande relevância quando se trata de saber ler e escrever que pode estar relacionada a questão do letramento em saúde (*health literacy*). Assim, a compreensão correta das prescrições médicas e uma boa relação médico-paciente fazem com que o indivíduo entenda o porquê de seu seguimento terapêutico. A melhoria da qualidade de vida está pautada principalmente por fatores sociais e ambientais que sustentam os demais domínios. Comprova-se que os fatores de apoio (relações sociais, parentes, amigos) ao idoso melhoram sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Escalas de adesão. Escalas de adesão. Fatores sociodemográficos. Idosos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Title: Evaluation of treatment with medication and quality of life among the elderly in Porto Alegre and Bagé.

Objectives: To identify characteristics of the accession of elderly patients to keep the treatment with medicines through the construction of a new scale. Compare the scale Morisky, other scales and the drafting of a new scale with variables: gender, age, knowing how to read and write, attend group of elderly, income, consultations, specialists, emergency consultations and hospital admissions; Examine whether the quality of life interferes in these variables and see if the quality of life interferes with the scales of membership under study.

Method: The study consists of a cross-sectional study, constituted in the implementation of 245 questionnaires in the elderly of Porto Alegre and Bagé.

Results: of selected questionnaire was applied to elucidate the membership goals: knowledge of medicines, remembering the therapeutic regimen, support for membership and improving access to health services and medicines. These goals make up the scales Morisky, Accession 1, Accession 2 and Hespanha categorized. While comparing these scales with sociodemographic factors and variables in question there are a combination of scale Accession 1 with people that can read and write ($p = 0006$), go to medical appointments ($p = 0000$) and consultations with specialists ($p = 0020$). By comparing the scale with the scale Morisky Hespanha reduced categorized people who adhere most are those who consult, Morisky ($n = 164$) and Hespanha categorized ($n = 124$) and seeking experts, Morisky ($n = 177$) and Hespanha categorized ($n = 136$). As for the quality of life, there is a significant difference in total for sex ($p = 0016$), knowing how to read and write ($p = 0002$) and emergency consultations ($p = 0000$). For the physical domain there are significant differences in gender ($p = 0035$), knowing how to read and write ($p = 0038$) and emergency consultations ($p = 0007$). For the psychological field there is a significant difference in learning to read and write ($p = 0008$). For the domain environment, there is a significant difference in learning to read and write ($p = 0000$), consultations with specialists ($p = 0047$) and emergency consultations ($p = 0010$). The quality of life compared to the scales, the accession was significant in scale Accession 2 for areas: overall physical, psychological and environmental (all with $p = 0000$), and the field social relations ($p = 0009$). And in small-scale Hespanha categorized the accession was significant for the field environment ($p = 0004$).

Conclusions: The objectives related affect adherence to treatment with medications in the elderly. Therefore, there was the development of small scale Hespanha categorized. It is observed that there is a very important when it comes to knowing how to read and write may be related to the issue of literacy in health (health literacy). Thus, the correct understanding of medical prescriptions and a good doctor-patient relationship mean that the individual understands the reason for its therapeutic action. The improve the quality of life is guided mainly by social and environmental factors that sustain the other areas. Shows that the factors supporting (social relations, relatives, friends) to the elderly improve their quality of life.

Keywords: Adherence to treatment. Scales of membership. Sociodemographic factors. Elderly. Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento com medicamentos implica a extensão em que os pacientes seguem as recomendações médicas, e descreve a administração do medicamento sob a perspectiva do paciente. Assim, o sucesso da adesão requer a colaboração entre o paciente e o seu médico (WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.) 2007).

Por se tratar de um enfoque à população idosa (acima de 60 anos), deve-se dar mais atenção, pois, nessa faixa etária, é freqüente a incidência de problemas crônicos ou degenerativos, e o uso de medicamentos se torna evidente. Muitos são os fatores citados por MacLaughlin (2005) que influenciam na adesão ao tratamento, tais como, demográficos (idade, sexo, ocupação, nível de educação, o letramento de saúde “*health literacy*”); médicos (tipo de doença, severidade e duração da doença, número de condições de co-morbidades, satisfação do paciente com o cuidado com os profissionais da saúde, qualidade dos cuidados); comportamentais; econômicos e principalmente fatores relacionados aos medicamentos. Esses incluem o regime de dose; tipos de medicamento; número de medicamentos; uso de sistemas de adesão; regime terapêutico e efeitos adversos.

Portanto, são muitos os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento medicamentoso. Segundo O’Connell e Johnson (1992), a falta de conhecimento do medicamento pela falta de aconselhamento especializado; a falta de informação escrita e reforço oral das instruções; incapacidade de recordar as informações e a falta de auxílio de pessoa para ajudar na administração de

medicamentos são itens que contribuem para o não cumprimento do regime terapêutico.

Com este enfoque, a partir dos fatores citados, permeia o conceito de qualidade de vida ao paciente idoso que, segundo o The Whoqol Group (1998) (OMS), inclui a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, perspectivas, padrões e preocupações. Isso traduz que a adesão à terapia medicamentosa faz parte dessa mudança de vida para o indivíduo. Uma qualidade de vida melhor resultará em aumento na auto-estima do indivíduo e, conseqüentemente, confiança no tratamento medicamentoso. Porém, orientações sobre o medicamento devem centrar-se no fornecimento de maiores e melhores informações dele ao paciente. Nesse contexto, encontram-se meios para que o paciente possa cumprir o seu tratamento terapêutico. O primordial é caracterizar que paciente necessita de uma atenção maior no momento da dispensação. Na tomada de decisão, é imprescindível unir o paciente aos profissionais da saúde, uma vez que isso futuramente se evidenciará no crescimento da satisfação dos pacientes e também na melhoria de sistemas do serviço à saúde.

Para tanto, analisar características da adesão do tratamento com medicamentos em idosos e comparar com a qualidade de vida através da criação de uma nova escala é a justificativa do presente estudo.

De posse dos dados do paciente, o farmacêutico deverá analisá-los. Qual paciente deve ser atendido com mais atenção para que ele cumpra o tratamento medicamentoso? A qualidade de vida influencia a adesão ao tratamento?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar características da adesão do paciente idoso para que siga o tratamento com medicamentos através da construção de uma nova escala.

2.2 Objetivos específicos

- comparar a escala Morisky, outras escalas e a nova escala de adesão com variáveis: sexo, idade, saber ler e escrever, freqüentar grupo de idosos, renda, consultas, especialistas, consultas de emergência e internações hospitalares;
- analisar se as variáveis: sexo, idade, saber ler e escrever, freqüentar grupo de idosos, renda, consultas, especialistas, consultas de emergência e internações hospitalares interfere na qualidade de vida;
- verificar se as escalas de adesão em estudo interferem na qualidade de vida.

3 ADESÃO AO TRATAMENTO

3.1 Introdução

O termo cumprimento ao tratamento medicamentoso está em desuso. Hoje, as expressões mais utilizadas são a adesão ou também adesão ao tratamento que, segundo define Farmer (1999): “é a extensão das crenças das pessoas que coincide com o conselho médico ou a saúde”. Portanto, não se restringe à prescrição médica e sim ao consentimento e à opinião do paciente.

Existem vários fatores que podem interferir na adesão. Conforme Farmer (1999) são fatores sociais; financeiros; crenças dos pacientes (passadas de gerações); condução do profissional da saúde em informar sobre a saúde do paciente e dos medicamentos prescritos; e o enfoque principal: são questões que estão relacionadas ao medicamento. Dentre elas estão: à memória (lembrança), afetada pela idade, pois se trata de pessoas acima de 60 anos; a dificuldade de movimentação, que, em alguns casos, necessita de auxílio de pessoa próxima; a própria forma dos medicamentos serem iguais; o regime terapêutico de dosagens, ou seja, quanto ao idoso terá que administrar o(s) medicamento(s) por dia. A afirmativa leva a concluir que existem variáveis relacionadas aos comportamentos de adesão, tais como, características da doença e tratamento, complexidade do tratamento, duração da doença e cuidado dispensado; fatores intrapessoais: idade, sexo, auto-estima, auto-eficácia, estresse, depressão, alcoolismo; fatores interpessoais: qualidade em relação entre pacientes e cuidadores e suporte social; fatores ambientais: situações de alto risco e sistemas ambientais. Assim sendo, a

baixa adesão compõe um desafio de melhorar a qualidade de vida da população e um gasto maior em recursos.

Dessa maneira, é importante apontar qual o meio mais efetivo de combinar a consciência pública, educação profissional e políticas de saúde para assegurar identificação de pessoas que realmente necessitem de orientação sobre o uso de medicamentos. Também se fazem necessárias modificações no estilo de vida, como intervenções efetivas, que poderiam ser implementadas fora dos sistemas de saúde (FISCHER, 2005).

Além disso, a automedicação com produtos OTC “*over the counter*” (venda livre), os chás medicinais, os revigorantes ou polivitamínicos, muitas vezes, não são informados aos médicos. Isso poderá interferir no tratamento medicamentoso, prescrito pelo médico. Desse modo, confirma-se o fato que o paciente que não tem confiança no seu tratamento e decide optar pela automedicação, poderá acarretar em perigo à sua saúde.

3.2 Revisão

3.2.1 Adesão a tratamento

No aspecto profissional, a abordagem sobre a adesão deve ser multiprofissional, considerando-se fatores sociais e econômicos; serviços de saúde; relacionados à condição de saúde; à terapia e ao paciente. Deve-se levar em conta que tal adesão interfere não somente no início da doença, mas também prevenindo e retardando a morbidade. Para tanto, estudar a adesão ao tratamento é avaliar o seu nível em cada componente do regime de tratamento independentemente. Essa é a razão pela qual se justifica a aparente baixa correlação entre adesão e comportamentos de autocuidado, sugerindo que adesão um item unidimensional.

Outro enfoque interessante é apontado por CHOO e *et al.* (2001), que realizaram um estudo sobre a identificação da adesão ao tratamento medicamentoso. Esse estudo explorou fatores de risco para a adesão ao tratamento

com antihipertensivos usando monitoração eletrônica. Seis categorias de variáveis foram consideradas: (1) características socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, instrução, situação conjugal, emprego, renda); (2) características clínicas (pressão sangüínea, duração do tratamento, número de administrações/tomadas por dia); (3) comunicação clínica (avaliação do clínico a respeito da adesão ao tratamento farmacológico); (4) percepções em saúde (eficácia percebida do tratamento e susceptibilidade aos resultados adversos da saúde); (5) status de saúde (escore SF-36); (6) e rede de social de apoio (um escore sumário derivado de nove itens de inventários de apoio social). O principal fator de risco identificado foi a qualidade do relacionamento médico-paciente e, por extensão, do investigador – participante, que pode ter um impacto significativo. A proposta central desses autores é tornar os pacientes participantes da sua terapia medicamentosa.

3.2.2 A não adesão ao tratamento medicamentoso

A definição de não adesão do paciente, ou *noncompliance*, ao tratamento se define de acordo com Farmer (1999), como a “extensão com que os comportamentos das pessoas não coincidem com o médico ou conselho médico”.

As reações adversas ao fármaco constituem um dos fatores que levam a *noncompliance*. Segundo Lortie (1986), no Canadá, a vigilância em reações adversas ao medicamento ainda não alcança uma significância para a indústria farmacêutica e para os médicos no sentido de notificá-las. Justo porque, em alguns casos, os estudos são caros e trabalhosos. Nesse sentido, pacientes devem ser recrutados para detectar as reações adversas (geralmente raras) e suas adesões ao tratamento.

Outro fator a ser levantado são os Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM's). De acordo com Levy (2005), os PRM's são eventos envolvendo terapia de fármacos que têm efeitos negativos na saúde do paciente, ou que prevê um resultado negativo. São outros fatores da não-adesão ao tratamento, constituindo-se em problemas potenciais que podem interferir no resultado desejado

do paciente. Os impactos dos PRM's, segundo o autor, são significativos para o paciente em relação ao tratamento, sendo eles: diminuição da qualidade de vida; aumento do risco de hospitalização que pode causar ou contribuir em hábitos; e custo alto em relação ao tratamento. Além disso, visitas não planejadas a clínicas, hospitalizações e visitas ao setor de emergência também estão relacionadas aos PRM's, de acordo com Hanlon e *et al* (1997).

Quanto a visitas no setor de emergência, 46 a 80%, são preveníveis pela não-adesão, prescrição médica ou monitoramento inapropriado, carência de aconselhamento aos pacientes e pelo uso da medicação específica (McDONELL, 2002).

Já conforme Harrisson (2004), identificar o paciente que tem problema de seguimento do tratamento medicamentoso prescrito constitui a primeira etapa para melhorar a conformidade do tratamento terapêutico. Os fármacos de dose única são sugeridos freqüentemente como a chave do regime terapêutico do paciente. Entretanto, os estudos mostram pouca diferença na taxa de conformidade de regime terapêutico de dose unitária e de duas vezes ao dia. Os efeitos colaterais dos medicamentos causam uma quantidade substancial de *noncompliance*, mesmo se o paciente possuir recursos para o tratamento. A razão mais provável para um paciente aderir ao tratamento, sob cuidado de um médico, é mostrar a resposta terapêutica. É de fundamental importância que os médicos perguntem a seus pacientes se estão aderindo ao tratamento medicamentoso proposto. A melhor maneira de fazer isto é questionar durante consulta, se o paciente esqueceu de administrar algum de seus medicamentos.

Dentre os outros itens da *noncompliance* estão a falta de informação sobre a medicação e o uso de outros fármacos advindos da crença popular.

3.2.3 Métodos existentes para medir a adesão ao tratamento

Os métodos para medir a adesão são desenvolvidos em questionários padronizados para quantificar um regime de medicação, sendo elaborados para confrontar dados do próprio paciente com o uso da medicação.

De acordo com Farmer (1999), os pesquisadores têm usado vários métodos para acessar adequadamente os regimes diretos de medicação dos pacientes. Dentre eles estão: avaliação do fármaco na urina e sangue; uso de marcadores de fármacos com alvo de medicações; e a observação direta de pacientes recebendo a medicação. São métodos mais precisos, no entanto, os métodos diretos os quais produzem maior taxa de não-adesão e ainda não foram desenvolvidos para todos os medicamentos, conforme cita Evans e Spelman (1983) e Stephenson e *et al* (1993).

Entre os regimes indiretos estão as várias formas de auto-relato dos pacientes, a contagem de comprimidos, o uso de aparelhos eletrônicos e a prescrição anotada e descrita pelo paciente. O item importante é a questão da retratação do próprio paciente ao uso da medicação. A entrevista do paciente, geralmente é considerada um método não real de sua adesão ao tratamento, sendo um dos principais problemas apontados a tentativa de acessar o próprio relato do paciente e o número de métodos usados para entrevistá-los. São eles: diário mantido pelo paciente; entrevista do paciente, com questões específicas, considerando a precisão da adesão do regime da medicação; e padronização e validade, com questionários específicos de adesão (FARMER, 1999). Dessa forma, o trabalho se baseará no método indireto, mais fácil e rápido de conhecer os medicamentos usados pelos idosos.

4 QUALIDADE DE VIDA

4.1 Introdução

A expressão qualidade de vida que foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, afirmando que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas”, hoje, tem seu conceito ampliado. Qualidade de vida se refere a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (The WHOQOL Group, 1998).

Outro conceito que elucida a qualidade de vida é, segundo a OMS, “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores em que vive, em relação a seus objetivos, expectativas, modelos e preocupações”. Enfim, relaciona vários aspectos do indivíduo. Assim sendo, o trabalho se propôs a seguir o instrumento WHOQOL-BREF – simplificado e de fácil aplicabilidade para pacientes idosos. Tal instrumento avalia os domínios:

- Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho.

- Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade (religião/ crenças pessoais).
- Relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.
- Meio ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em/e oportunidades de recreação/ lazer; e ambiente físico e transporte.

4.2 Revisão bibliográfica: relevância da qualidade de vida em idosos

Nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento ocorre de forma gradual e está inserido nas condições de saúde, habitação, nas melhorias do sistema de saúde, no sistema de saneamento básico e alimentação. No Brasil, o mesmo processo encontra-se em confronto com as desigualdades sociais, economia ainda frágil e a pobreza persistente, com precário acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos sem modificações que possam atender ao grupo etário emergente, que é a população idosa brasileira (PALLONI *et al*, 2003; CHAIMOWICS, 1997).

Segundo, Cotta *et al* (2002), a transição demográfica tem crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, porém, é na saúde que tem maior relevância, tanto se referindo ao plano assistencial quanto à demanda de novos recursos e estruturas.

Dessa forma, Fleck (2003) destaca a relevância científica e social de investigação das condições que interferem no bem-estar e fatores associados à qualidade de vida dos idosos, a fim de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde que busquem atender as demandas da população que envelhece.

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida. Essa está influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de capacidades (LEBRÃO e LAURENTI, 2003).

Os principais aspectos a serem investigados na qualidade de vida relacionada à saúde, de acordo com Santos *et al* (2002), são as potencialidades e peculiaridades da saúde e vida do idoso que interferem no processo de saúde-doença.

Portanto, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais. Dessa maneira, há o intuito de promover o bem-estar dessa população que envelhece (SANTOS *et al.*, 2002; VERAS, 1994).

5 METODOLOGIA DE PESQUISA

A revisão bibliográfica para a adesão ao tratamento fundamenta-se em pesquisas na base de dados Medline/PubMed, LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe, Portal Periódicos (CAPES) e Scielo, através das seguintes palavras-chave: “adherence for treatment in older people”, “measurement in adherence” e “measurement of treatment in older people”. Pelo resultado, o trabalho se baseou pelos autores: Shelton, Morisky, MacLaughlin, Horne, (2001); Oasis Answers, (2007). A escolha desses autores se deveu à utilização de perguntas relacionadas aos medicamentos de uso eventual quanto de uso contínuo em referência a adesão a tratamentos com medicamentos.

A revisão bibliográfica sobre qualidade de vida teve como base de dados e indicadores descritos acima, através das seguintes palavras: “quality of life”, “older people”, “WHOQOL BREF in older people”.

5.1 Métodos

5.1.1 Delineamento do estudo

O estudo caracteriza-se por delineamento transversal.

5.1.2 População do estudo

O estudo se caracterizou por uma amostragem por conveniência. Inferências estatísticas tinham como pressuposto que a amostra se comportaria de forma similar a uma amostra aleatória. Sendo assim, a população em estudo se concentrou em duas cidades Porto Alegre e Bagé. A escolha da cidade de Bagé foi intencional. Há uma relação entre as duas cidades Porto Alegre e Bagé, onde as variáveis são consideradas semelhantes: sexo, idade e escolaridade.

Na fase piloto foram entrevistadas 10 pessoas da comunidade da Vila Ingá, em Porto Alegre.

Em Porto Alegre, na Gerência Distrital Norte, do município, eixo: Baltazar a amostra da população foi realizada em visitas nas residências e através da participação de dois grupos da terceira idade: tanto na Vila Ingá (SERVI) tanto no grupo Os Pioneiros (Clube Sarandi). Na Vila Ingá, houve a participação de 10 pessoas; e no grupo Os Pioneiros participaram 90 pessoas. Ambos os grupos foram previamente autorizados pelas coordenadoras.

As visitas *in loco*, em Porto Alegre, se concentraram na região do Partenon, na Vila São João e na Vila IAPI que resultaram em 45 entrevistas. As áreas selecionadas foram baseadas por setores geográficos do IBGE, com incidência maior da população idosa.

Na cidade de Bagé, foram distribuídos 100 questionários, sendo as entrevistas realizadas nos domicílios cobertos pelo programa saúde da família (PSF).

Todas as pessoas deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; ser do sexo feminino e masculino; ter no mínimo um medicamento sendo administrado e, se a pessoa não soubesse ler nem escrever, deveria estar presente o (a) acompanhante ou cuidador (pessoa que ajudava o idoso) na hora da entrevista. O cuidador poderia ou não saber ler e escrever.

A faixa de inclusão das pessoas de 60 anos ou mais, se baseou em dados do IBGE (2004) por definições dadas pela Organização Mundial em Saúde (OMS) para pessoas idosas nos países em desenvolvimento. No ponto de vista demográfico, a população idosa é definida pelo limite etário de 60 anos ou mais.

Como critério de exclusão: idoso que não consegue se comunicar e que não administrasse nenhum medicamento.

As entrevistas realizaram-se no período de dezembro de 2007, março a maio de 2008, tanto em Bagé quanto em Porto Alegre.

Portanto, a amostra total da população foi de 245 entrevistas.

5.1.3 Treinamento com os entrevistadores

A equipe de entrevistadores foi constituída por estudantes da graduação da Faculdade de enfermagem da UFRGS, do Instituto de Psicologia da UFRGS e da Faculdade de Farmácia da URCAMP de Bagé.

Inicialmente a pesquisadora apresentou o projeto à equipe, explicando como realizar a coleta de dados da maneira mais padronizada para os alunos da UFRGS. Para os de Bagé, foram passadas as mesmas instruções intermediados pela prof^a. Ms. Noemia Tavares, que é coordenadora e supervisiona a disciplina de estágio em Farmácia da URCAMP, na qual os alunos se inserem.

5.1.4 Aspectos éticos e consentimento

O consentimento livre e esclarecido é considerado um direito moral do paciente que gera obrigações morais para os pesquisadores. Nele, devem conter alguns elementos básicos: informação sobre o que é a pesquisa, objetivos, duração do envolvimento e tipos de procedimento; riscos e desconfortos; benefícios; confiabilidade; identificação de uma pessoa para contato; voluntariedade na aceitação e possibilidade de abandono sem restrições ou conseqüências. Com base nesses requisitos, foi elaborado um modelo de consentimento livre e esclarecido para ser apresentado ao paciente através de leitura.

O projeto elaborado foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo favorável para execução, segundo ANEXO 10.1 sob n. 2006664, reunião n. 5, Ata n. 85, de 12/04/2007.

O entrevistador leu o Termo de Consentimento e, em seguida, entregou-o ao paciente ou cuidador. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento (ANEXO 10.2) e assim ficaram cientes (foram cientificados) dos reais objetivos do estudo, ou seja, que as entrevistas realizadas servirão para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso.

O presente trabalho, após aprovado pela banca examinadora, será levado aos centros de convivência ao idoso mostrando os resultados obtidos através de palestra.

5.1.5 Instrumento de coleta de dados

Tendo em vista a pesquisa feita, o questionário apresentado foi elaborado em decorrência dos instrumentos de adesão encontrados bem como da elaboração de perguntas pela pesquisadora.

Os entrevistadores leram o Termo de Consentimento em primeiro momento. Após o aceite do entrevistado ou cuidador, partiu-se para a leitura de definições do que são Medicamentos de Uso Eventual ou Medicamentos de Uso Contínuo, sendo em seguida o texto lido: “Vou ler o seguinte texto para que o senhor (a) me diga quais os medicamentos de uso eventual e os de uso contínuo que toma”:

MEDICAMENTOS DE USO EVENTUAL (1): São aqueles medicamentos utilizados de vez em quando. Seu uso está relacionado à presença de algum resfriado, gripe, dor muscular, antibiótico, chás medicinais, tosse, analgésico, antitérmico, dor de cabeça, inchaços, azias, queimações. Ex: dorflex®, amoxicilina®, paracetamol, sal de frutas, aspirina®.

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (2): São aqueles medicamentos que a pessoa toma continuamente. Estão relacionados com diabetes, hipertensão (pressão alta), doenças do coração. Ex: glibenclamida, furosemida, hidroclorotiazida, atenolol, captopril”.

Após essa introdução, iniciou-se a entrevista com questões relativas aos medicamentos de uso eventual ou medicamentos de uso contínuo. Dependendo das respostas do entrevistado, se iniciava falando dos medicamentos de uso eventual ou de medicamentos de uso contínuo. Por isso não se seguiu uma ordem de questionário referente aos medicamentos que a pessoa administrava.

Depois de realizada a entrevista sobre o uso dos medicamentos, partiu-se para as questões relativas à qualidade de vida.

Realizadas as entrevistas, procedeu-se no processamento dos dados através do programa estatístico SPSS v.13.

5.2 Conteúdo do questionário

Para melhor compreensão, o questionário foi organizado por objetivos:

1. Medicamentos de uso eventual e de uso contínuo;
2. Conhecimento do medicamento;
3. Lembrança do regime terapêutico;
4. Apoio para melhoria da adesão;
5. Acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

Tais objetivos serviram para caracterizar o paciente idoso. Saber se há ou não a adesão ao tratamento terapêutico. Para isso, foram selecionados dois autores principais Morisky (1986) e Shelton (2006) que serviram de base para elucidar esse paciente.

5.2.1 Medicamentos de uso eventual e medicamentos de uso contínuo

Inicialmente as tabelas relativas aos medicamentos de uso eventual e medicamentos de uso contínuo (ANEXO 10.9) são para descobrir quais os medicamentos que os entrevistados estão administrando.

5.2.2 Conhecimento do medicamento

Para avaliar questões relativas ao conhecimento dos medicamentos de uso eventual e medicamentos de uso contínuo, foram realizadas as seguintes questões que se basearam em Shelton (2006).

Tabela 1: Questões relativas ao instrumento de Shelton (2006)

Perguntas	Respostas
1.Você sabe o efeito desses medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nem todos <input type="checkbox"/> não
2.Você sabe as interações desses medicamentos com outros?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nem todos <input type="checkbox"/> não
3.Você sabe as interações desses medicamentos com os alimentos que ingere?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> nem todos <input type="checkbox"/> não
19.Você alguma vez não usou seus medicamentos porque achou que não era necessário?	<input type="checkbox"/> sim, muitas das vezes <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> não, nunca

Nas questões seguintes foi tomada como base instrumento utilizado por Shelton (2006) elaborando as questões 24, 25 e 26. Para a questão 27, utilizou-se integralmente o autor Shelton (2006).

Tabela 2: Questões relativas ao instrumento Shelton (2006)

Perguntas	Respostas
24. Por que você parou de tomar o(s) medicamento(s)?	<input type="checkbox"/> Melhorou da doença <input type="checkbox"/> Não melhorou da doença <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Você sentiu algum efeito colateral desse medicamento que parou de tomar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 21)
26. Qual efeito colateral sentiu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Você acha que necessita de todos seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 22)
28. De quais não necessita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A pesquisadora, com base em Horne (2001), elaborou a seguinte questão para os medicamentos de uso contínuo:

Tabela 3: Questões relativas ao instrumento de Horne (2001)

Perguntas	Respostas
44. De todos os medicamentos, existe algum que você não sabe o motivo de administrá-lo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5.2.3 Lembrança do regime terapêutico

Outro ponto importante é sobre lembrança, memória do entrevistado. Em tal questão, levou-se em conta o que Morisky (1986) aponta em seu instrumento de análise para os medicamentos de uso eventual:

Tabela 4: Questões relativas ao instrumento Morisky (1986)

Pergunta	Respostas
4. Alguma vez você já interrompeu o uso de um medicamento antes de terminar o que estava na receita?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Para os medicamentos de uso contínuo como Shelton (2006), porém, modificada nas questões seguintes:

Tabela 5: Questões relativas ao instrumento Shelton (2006)

Perguntas	Respostas
22. Já parou de seguir a prescrição médica alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
23. De qual(ais) medicamento(s)?	
24. Qual motivo pelo qual você parou de administrar o(s) medicamento(s)?	

Na questão memória, Oasis Answers (2007) enfatiza com tais questões:

Tabela 6: Questões relativas ao instrumento Oasis Answers (2007)

Perguntas	Respostas
29. Algumas vezes você se atrapalha sobre qual medicamento tomar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (Pule para questão 31)
30. Descreva esse atrapalhamento	

Já para as seguintes questões foram utilizadas: Horne (2001), modificada, para a pergunta 39. Shelton (2006) para questão 40, para as questões 41 a 43 foram utilizadas as questões de Morisky (1986).

Tabela 7: Questões relativas aos instrumentos Horne (2001); Shelton (2006) e Morisky (1986)

Perguntas	Respostas
39. Você alguma vez esqueceu de tomar sua medicação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 28)
40. Com que frequência você esquece de tomar algum dos seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> não freqüentemente (1a 2 vezes por mês) <input type="checkbox"/> algumas vezes (1 vez por semana) <input type="checkbox"/> freqüentemente (≥ 2 vezes por semana)
41. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
42. Quando você se sente melhor, você deixa de tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
43. Quando você se sente mal com o medicamento, às vezes, você deixa de tomá-lo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 31)

E a seguinte questão foi formulada pela pesquisadora:

Tabela 8: Questão relativa ao instrumento Adesão 2

Perguntas	Respostas
39. Você alguma vez esqueceu de administrar sua medicação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5.2.4 Apoio para melhoria da adesão

Outro fator importante é o que aponta Maclaughlin (2005) sobre o auxílio de cuidador ou pessoa para lhe ajudar a administrar os medicamentos de uso eventual:

Tabela 9: Questões relativas ao instrumento Maclaughlin (2005)

Perguntas	Respostas
8. Alguém lhe auxilia na compra do seu medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Já para os medicamentos de uso contínuo, utilizou-se a questão 20 Oasis Answers (2007); para as questões 21 a 23, houve elaboração seguindo Shelton (2006); Oasis Answers (2007) associado com Maclaughlin (2005) para as questões 33 e 34; e Oasis Answers (2007) alterado pela pesquisadora para as questões 5, 25, 35 a 38.

Tabela 10: Questões relativas aos instrumentos: da pesquisadora, Maclaughlin (2005); Shelton (2006) e Oasis Answers (2007)

Perguntas	Respostas
5. Você já trocou de medicamento por conta própria (por indicação do vizinho, amigo, parente) por sentir que não fazia efeito ou lhe trazia malefícios?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20. Há mais de um médico prescrevendo medicamentos para você?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
21. Quantos?	<input type="text"/>
22. Já parou de seguir a prescrição médica alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 21)
23. De qual (ais) medicamento(s)?	<input type="text"/> <input type="text"/>
25. Você sentiu algum efeito colateral desse medicamento que parou de tomar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
33. Você usa alguma caixa, embalagem de comprimidos ou organizador para ajudar a tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 26)
34. Descreva esse recurso (caixa etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/>
35. Há alguém que lhe ajuda a tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. (pule p/ pergunta 27)
36. Quem?	<input type="text"/> <input type="text"/>
37. Essa pessoa lhe auxilia a entender a receita médica?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
38. Essa pessoa lhe auxilia a entender as bulas de medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5.2.5 Acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos

As seguintes questões, referentes aos medicamentos de uso eventual, foram elaboradas pela pesquisadora:

Tabela 11: Questões relativas ao instrumento Adesão 2 para medicamentos de uso eventual

Perguntas	Respostas
7. Você tem alguma dificuldade de movimento que dificulta você administrar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9. Você adquire seus medicamentos pelo SUS?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Pule para a questão 11
10. Se não há o medicamento no SUS, ou em outro estabelecimento de saúde, você não o administra?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Outro:
11. Quantas consultas médicas no último ano você já precisou fazer?	<input type="text"/>
12. Quantas dessas foram com especialistas?	<input type="text"/>
13. Com qual ou quais especialistas foram essas consultas?	
14. Quantas consultas de emergência, você precisou no último ano?	<input type="text"/>
15. Qual (ais) o(s) motivo(s) da consulta de emergência?	
16. Necessitou internar-se no hospital, no último ano?	<input type="checkbox"/> sim. <input type="checkbox"/> não. Encerra
17. Quantas vezes?	<input type="text"/>
18. Qual o motivo da internação hospitalar?	

5.3 Escalas formuladas com base em autores

Do questionário aplicado por Shelton (2006) foram extraídas algumas perguntas relativas ao conhecimento do medicamento. Isso porque houve uma

necessidade de análise reduzida dos dados obtidos. Dessa maneira, elabora-se uma nova escala chamada de Adesão 1.

Já para as questões formuladas pela pesquisadora, denominou-se escala de Adesão 2, que também se baseiam em autores como Maclaughlin (2005) e Oasis Answers (2007). Essas escalas contêm os objetivos elencados anteriormente: como ao apoio a melhoria da adesão e ao acesso aos serviços de saúde.

Por fim, para uma análise com maior especificidade, elabora-se a escala Hespanha categorizada. Nela se compõem as escalas Adesão 1 e Adesão 2, que constituem variáveis que detectam com maior precisão as características do paciente que adere.

A análise estatística baseou-se na relação de prevalências com $p < 0,05$ significativo, intervalo de confiança de 95%.

6 RESULTADOS

6.1 Sociodemográficos

Descrição dos resultados sociodemográficos conforme as entrevistas realizadas:

Tabela 12: Resultados sociodemográficos

N=245	N (%)
SEXO	
Masculino	66 (26,9)
Feminino	179(73,1)
ETNIA	
Branca	204(83,3)
Preta	19(7,76)
Amarela	1(0,41)
Parda/mulata	19(7,76)
SABE LER E ESCREVER	
Não	17(6,93)
Sim	226(92,24)
ENCONTRO DE IDOSOS	
Não	139(56,73)
Sim	89(36,32)
IDADE (ANOS)	
Até 69	131(53,5%)
70 a 93	114(46,5%)
ESCOLARIDADE	
Alfabetização de adultos	17(6,93)
Antigo primário	93(37,95)
Antigo ginásio	54(22,04)
Antigo clássico científico	12(4,89)
Ensino fundamental (ou 1º grau)	18(7,34)
Ensino médio (ou 2º grau)	18(7,34)
Ensino superior	23(9,38)
ANO(S) DE ESTUDO	
	media(dp)
N=236	7,42 (+- 4,46)
não aplicados =9	
Nº DE PEÇAS NA CASA	
	média (dp)
N=245	6,51 (+-2,61)
PESSOAS QUE MORAM JUNTO	
	média (dp)
n=245	2,76(+1,81)
RENDA MENSAL EM REAIS	
n=203	
R\$ 200 a 1000	76 (67,25)
R\$ 1100 A 2000	23(20,35)
R\$ 2100 A 5000	14(12,38)

Tendo em vista a tabela acima, observa-se que há predomínio do sexo feminino (73,1%), com preponderância na faixa dos 60 a 69 anos (53,5%). Há predomínio da etnia branca (83,3%). Os entrevistados que participam de grupos da terceira idade alcançam 36,3%.

Quanto à escolaridade, 92,2% dos entrevistados sabem ler e escrever. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria cursou o antigo primário (37,9%), com média de sete anos de estudo.

Em referência às residências dos entrevistados, a média das peças são seis. Já quanto a pessoas moram com o idoso, a média são duas pessoas. A renda mensal daqueles que declararam foi da faixa dos R\$ 200 a R\$ 1.000,00 (67,2%), de acordo com faixa de renda do IBGE.

6.2 Objetivos selecionados

Quanto ao comportamento dos entrevistados, sobre o uso de medicamentos, segundo perspectivas selecionadas:

6.2.1 Medicamentos de uso eventual e de uso contínuo

Quanto à análise dos medicamentos que os idosos administram, os medicamentos mais citados foram: os de uso eventual (Tabela 13) e os de uso contínuo (Tabela 14):

Tabela 13: Medicamentos de uso eventual mais freqüentemente relatados por nome genérico e classificação ATC (1ª e 2ª ordem)

NOME GENÉRICO	Nº ATC
Dipirona e associações	N02
Acido acetil salicílico 100 mg	B01
Ácido acetil salicílico 500 mg	N02
Hidroclorotiazida	C03
Salicilamida e associações	N02
Sal de frutas	A02
Omeprazol	A02
Fluoxetina	N06
Diclofenaco de sódio	M01
Paracetamol	N02
Mucato de isomepteno e associação	A03
Cloridrato de fenilefrina e associação	R06

Tabela 14: Medicamentos de uso contínuo mais freqüentemente relatados por nome genérico e classificação de ATC (1ª e 2ª ordem)

NOME GENÉRICO	ATC
Formoterol e associações	R03
Levotiroxina sódica	H03
Captopril	C09
Sinvastatina	C10
Hidroclorotiazida	C03
Metformina	A10
Glibenclamida	A10
Monocordil	C01
Losartana potássica	C09
Furosemida	C03

Nota-se que os medicamentos mais administrados para os medicamentos de uso eventual são, segundo classificação ATC, em primeiro nível, para o sistema nervoso seguido dos órgãos ligados ao sangue e, em mesmo nível, para o trato digestivo e metabolismo.

Já para os medicamentos de uso contínuo, cita-se o sistema cardiovascular que são os mais utilizados, seguidos do trato digestivo e metabolismo, e sistema nervoso.

6.2.2 Conhecimento dos medicamentos

A escala Adesão 1 leva em consideração o efeito dos medicamentos; as interações com medicamentos e com alimentos; e a necessidade de usar ou não o(s) medicamento(s). Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 15: Questões do questionário para escala Adesão 1

Perguntas	Respostas		Válidos	NA/NS/NR*
	Sim (%)	Não (%)		
1. Você sabe do efeito desses medicamentos?	186 (75,9)	37 (15,1)	223	22
2. Você sabe as interferências desses medicamentos com outros?	73 (29,8)	149 (60,8)	222	23
3. Você sabe das interferências desses medicamentos com os alimentos que ingere?	77 (31,4)	145 (59,2)	222	23
19. Você alguma vez não usou seus medicamentos porque achou que não era necessário?	68 (27,8)	163 (66,5)	231	14
27. Você acha que necessita de todos seus medicamentos?	219 (89,4)	11 (4,5)	230	15

*NA/NS/NR: não se aplica/ não sabe/ não responderam à questão correspondente

Tabela 16: Número de respostas positivas da escala Adesão 1 em relação à frequência

Número de respostas positivas	Frequência	%
0	3	1,2
1	43	17,6
2	83	33,9
3	63	25,7
4	40	16,3
5	13	5,3
TOTAL	245	100,0

O valor máximo é o número de questões da escala.

Para interpretação melhor dos dados, optou-se em criar a escala Adesão 1_positivo, sendo considerados aderentes aqueles que responderam positivamente a uma ou mais questões da escala.

Os participantes que responderam a todas as perguntas com “não” atribuíram-se valor zero; e para os participantes que responderam a todas as perguntas com sim, conferiram valor cinco (valor máximo da escala).

Assim, para entender melhor a adesão, criou-se a escala de Adesão 1_positivo, na qual somam-se os valores válidos de todas as perguntas: as respostas positivas valem um e as negativas zero.

Tabela 17: Valores da escala Adesão 1_positivo

Adesão	Frequência	%
Baixa	46	18,8
Alta	199	81,2
Total	245	100,0

Quando perguntados sobre os motivos que os levaram a parar de tomar o medicamento, os principais citados foram: que o medicamento lhes trouxe efeito colateral, que se sentiram mal, que fazia mal, que não funcionava, que não precisavam ou ainda porque não gostavam de remédios. Sobre os principais efeitos colaterais citaram: dores de cabeça, seguido de angústia e arritmias cardíacas.

Segundo a escala de Adesão 1 os entrevistados, em sua maioria, entendem que necessitam de todos os medicamentos (89,3%).

Em relação aos motivos de utilização, segundo a escala de Adesão 2, cerca de 83,4% não sabem o motivo que está administrando algum dos medicamentos. Isso significa dizer que 60,8% sexo feminino e 22,6% do sexo masculino não sabem o motivo da administração.

6.2.3 Quanto à lembrança do regime terapêutico

A escala de Morisky leva em consideração a interrupção do uso, no horário ou na melhoria de sintomas. Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 18: Questões do questionário para escala Morisky

Perguntas	Respostas		Válidos	NA/NS/NR*
	Sim (%)	Não (%)		
4. Alguma vez você já interrompeu o uso de um medicamento antes de terminar o que estava na receita?	65 (26,5)	155 (63,3)	220	25
41. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?	63 (25,7)	170 (69,4)	233	12
42. Quando você se sente melhor, você deixa de tomar seus medicamentos?	23 (9,4)	211 (86,1)	234	11
43. Às vezes, quando você se sente mal com o medicamento, deixa de tomá-lo?	68 (27,8)	162 (66,1)	230	15

*NA/NS/NR: não se aplica/ não sabe/ não responderam à questão correspondente

Assim, para elaborar a escala Morisky uniram-se essas questões e formulou-se a seguinte escala: somam-se os valores válidos de todas as perguntas, as respostas positivas valem um e as negativas zero. O valor máximo é o número de questões da escala.

Os participantes que responderam a todas as perguntas com “não” atribuíram-se valor zero; e para os participantes que responderam a todas as perguntas com sim conferiram valor quatro (valor máximo da escala).

Tabela 19: Número de respostas positivas da escala Morisky em relação à frequência

Número de respostas positivas	Frequência	%
0	85	34,7
1	64	26,1
2	37	15,1
3	16	6,5
4	5	2,0
TOTAL	207	84,5

Para interpretação melhor dos dados, optou-se em criar a escala Morisky_positivo, sendo considerados aderentes aqueles que responderam positivamente a uma ou mais questões da escala:

Tabela 20: Valores da escala Morisky_positivo

Adesão	Frequência	%
Baixa	149	60,8
Alta	58	23,7
Total	207	84,5

Outros fatores que contribuem para a parada do regime terapêutico são:

1. Por interrupção do entrevistado ao conselho médico (prescrição médica) alguma vez (16,7%). Dentre os principais medicamentos que interromperam foram: captopril, propranolol, sinvastatina, atenolol, e amitriptilina.

2. Atrapalhar-se. 13,4% dos entrevistados atrapalham-se sobre qual medicamento administrar. Segundo os entrevistados, esse atrapalhamento se relaciona principalmente por lembrança, por terem formas/cores semelhantes e ainda estar associado à dificuldade de visão.

3. Não lembrar. 39,5% dos entrevistados esquecem de administrar os medicamentos. A frequência dessa lembrança é: rara (27,7%), seguida de algumas vezes (12,2%) e freqüentemente (2,4%).

6.2.4 Apoio para melhoria da adesão

Observa-se que 31,02% dos entrevistados têm auxílio de alguém para comprar o seu medicamento, sendo que o sexo feminino (22,4%) usufrui mais esse auxílio.

Já em relação a quantos médicos atendem ao entrevistado, cerca de 35,5% necessitam mais de um médico para acompanhar, sendo que a média de médicos foi de 2,12 médicos.

Em relação aos medicamentos, 16,7% responderam que já interromperam a prescrição médica alguma vez. Dentre os medicamentos que pararam de administrar os mais citados foram: captopril, enalapril, glibenclamida, propranolol, amitriptilina e atenolol.

Outro fator importante é a organização dos medicamentos em casa. Segundo os entrevistados, 35,1% utilizam um organizador para auxiliar na administração de medicamentos, sendo que quem mais usa é o sexo feminino (26,6%). Quanto ao tipo de organizador utilizado para armazenar os medicamentos são: caixas, seguido de potes e cestas.

Para as questões relacionadas ao auxílio de parentes, pessoas próximas ao idoso para administração de seus medicamentos, foi compilada para formular a escala Adesão 2 que contém as seguintes questões:

Tabela 21: Questões do questionário para escala Adesão 2

Perguntas	Respostas		Válidos	NA/NS/NR*
	Sim (%)	Não (%)		
5. Você já trocou de medicamento por conta própria (por indicação da vizinha, amiga, parente) por sentir que não fazia efeito ou lhe trazia malefícios?	40 (16,3)	180 (73,5)	220	25
7. Você tem alguma dificuldade de movimento que dificulta você administrar seus medicamentos?	24 (9,8)	191 (78)	215	30
9. Você adquire seus medicamentos pelo SUS?	74 (30,2)	146 (59,6)	220	25
22. Já parou de seguir a prescrição médica alguma vez?	41 (16,7)	187 (76,3)	228	17
25. Você sentiu algum efeito colateral desse medicamento que parou de tomar?	23 (9,4)	25 (10,2)	48	197
35. Há alguém que lhe ajuda a tomar seus medicamentos?	42 (17,1)	188 (76,7)	230	15
37. Essa pessoa lhe auxilia a entender a receita médica?	30 (12,2)	22 (9,0)	52	193
38. Essa pessoa lhe auxilia a entender as bulas de medicamento	28 (11,4)	24 (9,8)	52	193
39. Você alguma vez esqueceu de administrar sua medicação?	97 (39,6)	134 (54,7)	231	14
44. De todos os medicamentos, existe algum que você não sabe o motivo de administrá-lo?	38 (15,5)	192 (78,4)	230	15

*NA/NS/NR: não se aplica/ não sabe/ não responderam à questão correspondente

A mesma escala também foi utilizada na questão relacionada ao acesso aos serviços de saúde.

Tabela 22: Número de respostas positivas da escala Adesão 2, em relação à frequência

Número de respostas positivas	Frequência	%
0	52	21,2
1	78	31,8
2	45	18,4
3	34	13,9
4	21	8,6
5	11	4,5
6	2	0,8
7	1	0,4
9	1	0,4
TOTAL	245	100,0

Para interpretação melhor dos dados, optou-se em criar a escala Adesão 2_positivo, sendo considerados aderentes àqueles que responderam positivamente a uma ou mais questões da escala:

Tabela 23: Valores da escala Adesão 2_positivo

Adesão	Frequência	%
Baixa	52	21,2
Alta	193	78,8
Total	245	100,0

Dessa forma, dentre os fatores de adesão está em alguém ajudar na administração do medicamento no paciente idoso. Segundo os entrevistados, 17,1% têm auxílio de uma pessoa na administração de seus medicamentos. A pessoa mais citada foi filha (o), seguido da esposa (o).

Também há pessoas que auxiliam no entendimento da receita médica para os pacientes idosos. Isso resultou em 12,2% dos entrevistados. A mesma pessoa ajuda no entendimento da bula, no que resultou em 11,4% dos entrevistados.

6.2.5 Quanto ao acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos

Utilizou-se da escala Adesão 2_positivo para análise dos dados obtidos.

Quanto à questão SUS, cerca de 30,2% dos entrevistados utilizam esse serviço público de saúde. Quando perguntados se não há medicamentos no SUS, se adquirem em outro estabelecimento (privado), cerca de 31,8% procuram na rede privada e 4,08% não procuram, ou seja, não administram o medicamento. As principais respostas de como os entrevistados obtêm seus medicamentos prescritos foram: farmácias (e designações semelhantes), farmácia de manipulação e em consultas médicas.

A média das consultas médicas que os entrevistados realizaram no último ano foi de 1,8 consultas por idoso. Dentre essas consultas, os especialistas mais citados foram cardiologistas, seguidos de endocrinologistas e reumatologistas.

A média das consultas de emergência foi de 4 consultas no último ano. Os principais motivos das consultas foram: dores nas costas, seguido dor forte na cabeça.

Quanto à necessidade de se internar no hospital, 13,2% dos entrevistados tiveram que se internar no último ano, sendo 7,8% do sexo feminino e 5,4% do sexo masculino. A média de internação foi de uma vez. Os principais motivos das internações foram: cirurgias, infarte e isquemia.

Para uma análise mais detalhada desses dados, as escalas Adesão 1 e Adesão 2 foram unidas para formar a escala Hespanha Total. No qual se compõem das seguintes questões:

Tabela: 24 Questões relativas a escala Hespanha Total

	Respostas
1. Você sabe do efeito desses medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. Você sabe as interferências desses medicamentos com outros?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3. Você sabe das interferências desses medicamentos com os alimentos que ingere?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
19. Você alguma vez não usou seus medicamentos porque achou que não era necessário?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
27. Você acha que necessita de todos seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5. Você já trocou de medicamento por conta própria (por indicação da vizinha, amiga, parente) por sentir que não fazia efeito ou lhe trazia malefícios?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. Você tem alguma dificuldade de movimento que dificulta você administrar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9. Você adquire seus medicamentos pelo SUS?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
22. Já parou de seguir a prescrição médica alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
25. Você sentiu algum efeito colateral desse medicamento que parou de tomar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
35. Há alguém que lhe ajuda a tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
37. Essa pessoa lhe auxilia a entender a receita médica?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
38. Essa pessoa lhe auxilia a entender as bulas de medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
39. Você alguma vez esqueceu de administrar sua medicação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
44. De todos os medicamentos, existe algum que você não sabe o motivo de administrá-lo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 25: Resultados da escala Hespanha Total

Número de respostas positivas	Frequência	%
.0	1	0,4
1.0	15	6,1
2.0	36	14,7
3.0	49	20,0
4.0	47	19,2
5.0	38	15,5
6.0	38	15,5
7.0	12	4,9
8.0	6	2,4
9.0	2	0,8
12,0	1	0,4
Total	245	100,0

Para interpretação melhor dos dados, optou-se em criar a escala Hespanha reduzida_positivo, sendo considerados aderentes aqueles que responderam positivamente a uma ou mais questões da escala:

Tabela 26: Valores da escala Hespanha reduzida_positivo

Adesão	Frequência	%
Baixa	101	41,2
Alta	144	58,8
Total	245	100,0

Para tornar a escala com maior especificidade, elabora-se a escala Hespanha categorizada:

Tabela 27: Valores da escala Hespanha categorizada

Adesão	Frequência	%
Baixa	104	42,4
Alta	141	57,6
Total	245	100,0

Tal escala foi elaborada para suprimir o questionário e conter as variáveis de maior significância.

6.3 Escalas analisadas

Para as escalas de adesão definidas, obteve-se:

- Para Morisky positivo: a alta adesão apresenta-se com 23,7%, considerando uma perda de 15,5%.
- Escala Adesão 1 positivo: resultou em alta adesão (81,2%), considerando que não houve perda da amostra.
- Escala Adesão 2 positivo: observa-se que não houve perda na escala, sendo que a maioria dos entrevistados (78,8%) têm alta adesão.
- Escala Hespanha categorizada positivo: resultou em alta adesão. com 57,6%, considerando sem nenhuma perda da amostra.

6.4 Escalas selecionadas comparadas com as variáveis (sexo, idade, sabe ler e escrever, freqüenta grupo de idosos, declara renda, consultas médicas, consultas com especialistas, consultas de emergência e internação hospitalar)

Tabela 28: Porcentagem de adesão da escala Morisky com as variáveis

ESCALA MORISKY		ADESÃO			
Variáveis	Respostas	Sim (%)	Não(%)	P	RP
Sexo	Feminino	41(27,3)	109(72,7)	0,731	0,885
	Masculino	17 (29,8)	40 (70,02)		
Freqüenta grupo de idosos	Sim	20 (27,8)	52 (72,2)	1,000	0,973
	Não	34 (28,3)	86 (71,7)		
Sabe ler e escrever	Sim	56 (29)	137 (71)	0,358	2,453
	Não	2 (14,3)	12 (87,7)		
Renda	Sim	47 (27,3)	125 (72,7)	0,538	0,786
	Não	11 (32,4)	23 (37,6)		
Idade	60 até 69	23 (24,5)	71 (75,5)	0,352	0,722
	70 ou mais	35 (31)	78 (69%)		
Consultou	Sim	47 (81,0)	11 (19,0)	0,849	0,169
	Não	117 (78,5)	32 (21,5)		
Especialista	Sim	36 (62,1)	22 (37,9)	0,753	1,134
	Não	88 (59,1)	61 (40,09)		
Emergência	Sim	17 (29,3)	41 (70,7)	0,863	1,092
	Não	41 (27,5)	108 (72,5)		
Internou	Sim	7 (12,1)	51 (87,9)	0,823	0,837
	Não	21 (14,1)	128 (85,9)		

TABELA 29: Porcentagem de adesão da escala Adesão 1 com as variáveis

ESCALA Adesão 1			ADESÃO		
VARIÁVEIS	Respostas	Sim (%)	Não (%)	P	RP
Sexo	Feminino	123 (68,7)	56 (31,3)	0,448	1,255
	Masculino	42 (63,6)	24 (36,4)		
Freqüenta grupo idoso	SIM	59 (66,3)	30 (33,7)	0,885	0,941
	NÃO	94 (67,6)	45 (32,4)		
Sabe ler e escrever	SIM	158 (69,9)	68 (30,1)	0,006	4,260
	NÃO	6 (35,3)	11 (64,7)		
Renda	SIM	135 (66,5)	68 (33,5)	0,716	0,822
	NÃO	29 (70,7)	12 (29,3)		
Idade	60 até 69	71 (62,3)	43 (37,7)	0,133	0,650
	70 ou mais	94 (71,8)	37 (28,2)		
Consultou	SIM	155 (77,9)	44 (22,1)	0,000	3,843
	NÃO	22 (48,7)	24 (52,2)		
Especialista	SIM	118 (59,3)	81 (40,7)	0,020	2,266
	NÃO	18 (39,1)	28 (60,9)		
Emergência	SIM	55 (27,6)	144 (72,4)	0,191	1,814
	NÃO	8 (17,4)	38 (82,6)		
Internou	SIM	27 (13,6)	172 (86,4)	0,125	3,453
	NÃO	2 (4,3)	44 (95,7)		

TABELA 30: Porcentagem de adesão da escala Adesão 2 com as variáveis

ESCALA Adesão 2		ADESÃO			
VARIÁVEIS	Respostas	Sim (%)	Não (%)	P	RP
Sexo	Feminino	137 (76,5)	42 (23,5)	0,217	0,58
	Masculino	56 (84,8)	10 (15,2)		
Freqüenta grupo de idosos	Sim	21 (23,6)	68 (76,4)	0,506	0,78
	Não	112 (80,6)	27 (19,4)		
Sabe ler e escrever	Sim	177 (78,3)	49 (21,7)	0,537	0,48
	Não	15 (88,2)	2 (11,8)		
Possui renda	Sim	159 (78,3)	44 (27,7)	0,674	0,74
	Não	34 (82,9)	7 (17,1)		
Grupo etário	Até 69	89 (78,1)	25 (21,9)	0,876	0,92
	70 ou mais	104 (79,4)	27 (20,6)		
Consultou	SIM	141 (73,1)	52 (26,9)	0,603	1,205
	NÃO	36 (69,2)	16 (30,8)		
Especialista	SIM	107 (55,4)	86 (44,6)	1,000	0,987
	NÃO	29 (55,8)	23 (44,2)		
Emergência	SIM	54 (28,0)	139 (72,0)	0,152	1,856
	NÃO	9 (17,3)	43 (82,7)		
Internou	SIM	25 (13,0)	168 (87,0)	0,467	1,786
	NÃO	4 (7,7)	48 (92,3)		

TABELA 31: Porcentagem da escala Hespanha categorizada com as variáveis

ESCALA HESPANHA CATEGORIZADA		ADESÃO			
VARIÁVEIS	Respostas	Sim (%)	Não (%)	P	RP
Sexo	Feminino	102 (72,3)	77 (74)	0,884	0,917
	Masculino	39 (27,7)	27 (26)		
Frequente grupo de idosos	Sim	44 (33,6)	45 (46,4)	0,056	0,584
	Não	87 (66,4)	52 (53,6)		
Sabe ler e escrever	Sim	128 (91,4)	98 (95,1)	0,316	0,544
	Não	12 (8,6)	5 (4,9)		
Possui renda	Sim	116 (82,3)	87 (84,5)	0,730	0,853
	Não	25 (17,7)	16 (15,5)		
Grupo etário	Até 69	76 (53,9)	55 (52,9)	0,897	1,042
	70 ou mais	65 (46,1)	49 (47,1)		
Consultou	SIM	102 (72,3)	39 (27,7)	1,000	1,011
	NÃO	75 (71,2)	29 (27,9)		
Especialista	SIM	76 (5,39)	65 (46,1)	0,604	0,857
	NÃO	60 (57,7)	44 (42,3)		
Emergência	SIM	37 (26,2)	104 (73,8)	0,883	1,067
	NÃO	26 (25,0)	78 (75,0)		
Internou	SIM	18 (12,8)	123 (82,7)	0,691	1,237
	NÃO	11 (10,6)	93 (89,4)		

TABELA 32: Comparativo das escalas de adesão da escala Morisky e escala Hespanha categorizada em porcentagem

	Morisky (n=207) (%)		Hespanha categorizada (n=245) (%)	
	+	-	+	-
Consultou	164 (72,2)	43 (27,8)	177 (78,1)	68 (21,9)
Especialista	124 (55,5)	83 (44,5)	136 (56,9)	109 (43,1)
Emergência	28 (25,7)	149 (74,3)	63 (21,1)	182 (78,9)
Internou	28 (11,8)	179 (88,2)	29 (9,2)	216 (90,8)

6.4.1 Sexo e a adesão sobre as escalas

Na Tabela 28, pode ser observado que a adesão medida pela escala de Morisky dicotomizada foi de 29,8% para homens e 27,3% para mulheres. Isso resulta em uma relação de prevalências de 0,885 (IC 95%: 0,45-1,73). Não há associação entre sexo e adesão medida por esta escala.

Já na Tabela 29, na escala Adesão 1 dicotomizada, o sexo feminino apresenta adesão (68,7%) bem como ao sexo masculino (63,6%). Isso resulta em uma relação de prevalências de 1,255 (intervalo de confiança de 0,659 e 2,334). Não há associação entre sexo e a adesão por esta escala.

Na escala Adesão 2, pela Tabela 30, também dicotomizada, a adesão medida por essa escala, mostra que sexo feminino apresenta uma adesão (76,5%) bem como o masculino (84,8%). Isso resulta em relação de prevalências de 0,582 (intervalo de confiança de 0,567 e 1,757). Não há associação entre essas duas variáveis.

Na escala Hespanha categorizada, pela tabela 31, demonstra adesão é maior nas mulheres (72,3%). Isso resulta em relação de prevalências de 0,917 (intervalo de confiança de 0,517 e 1,627). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,884$)

6.4.2 Grupo idoso e a adesão sobre as escalas

Pela Tabela 28, a adesão na escala Morisky, de quem participa de grupo de terceira idade é de 27,8%. Quem não participa desses encontros apresenta 28,3%. Isso representa em relação de prevalências de 0,973 (intervalo de confiança de 0,507 e 1,865). Não há associação entre as variáveis ($p= 1,000$).

Pela Tabela 29, da escala Adesão 1, a adesão de quem participa de grupos de idosos é de 66,3%. Para quem não participa é de 67,7%. Isso resulta em relação de prevalências de 0,941 (intervalo de confiança de 0,454 e 1,515). Não há associação entre as variáveis ($p = 0,885$).

Pela Tabela 30, da escala Adesão 2, a adesão para quem participa de grupos de idosos é de 23,6%. Para quem não participa, o valor é de 80,6%. Isso resulta em uma relação de prevalências de 0,781 (intervalo de confiança de 0,410 e 1,488). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,506$).

Na escala Hespanha categorizada, demonstrada na tabela 31, a não participação em grupos da terceira idade (66,4%) aderem mais daqueles que participam. Isso resulta em relação de prevalências de 0,584 (intervalo de confiança 0,341 e 1,008). Não há associação entre as variáveis ($p = 0,056$).

6.4.3 Ler e escrever e a adesão sobre as escalas

Pela escala Morisky, na Tabela 28, a adesão para quem sabe ler e escrever é de 29%. Quem não lê e escreve representa 14,3%. Isso resulta em relação de prevalências de 2,453 (intervalo de confiança de 0,532 e 11,314), Não há associação entre as variáveis ($p = 0,358$).

Na escala Adesão 1, pela Tabela 29, a adesão para quem sabe ler e escrever é de 69,9%. Quem não lê e não escreve apresenta 35,3%. Isso representa relação de prevalências de 4,260 (intervalo de confiança de 1,514 e 11,986). Há associação entre as variáveis ($p = 0,006$).

Pela Tabela 30, na escala Adesão 2, a adesão para quem sabe ler e escrever representa 78,3%. Quem não lê e escreve apresenta 88,2%. Isso representa em relação de prevalências de 0,482 (intervalo de confiança de 0,107 e 2,178). Não há associação entre as variáveis ($p = 0,537$).

Na escala Hespanha categorizada, pela tabela 31, quem sabe ler e escrever adere mais (91,4%). Isso resulta em relação de prevalências de 0,544 (intervalo de confiança 0,186 e 1,556). Não há associação entre as variáveis ($p = 0,316$).

6.4.4 Renda e adesão sobre as escalas

Na Tabela 28 da escala Morisky, quem declara renda representa 27,3%. Para quem não declara é de 32,4%. Isso representa em relação de prevalências de 0,786 (intervalo de confiança de 0,356 e 1,737) ($p= 0,538$).

Pela Tabela 29 da escala Adesão 1, quem declara renda apresenta 66,5%. Quem não declara, representa 70,7%. Isso representa em relação de prevalências de 0,822 (intervalo de confiança de 0,395 e 1,710) ($p= 0,716$).

Pela Tabela 30 da escala Adesão 2, quem declara renda tem adesão de 78,3%. Quem não declara apresenta 82,9%. Isso representa em relação de prevalências de 0,744 (intervalo de confiança de 0,309 e 1,792) ($p= 0,674$).

Na escala Hespanha categorizada, pela tabela 31, quem declara renda adere (82,3%). Isso representa relação de prevalências de 0,853 (intervalo de confiança 0,430 e 1,695). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,730$).

6.4.5 Idade e adesão sobre as escalas

Na escala Morisky, pela Tabela 28, quem tem idade inferior a 70 anos representa 24,5%. Para aqueles que têm 70 anos ou mais apresenta 31%. Isso representa em relação de prevalências de 0,722 (intervalo de confiança de 0,390 e 1,337) ($p= 0,352$).

Na escala Adesão 1 pela Tabela 29, quem tem idade inferior a 70 anos representa 62,3%. Aqueles que têm 70 anos ou mais apresentam 71,8%. Isso representa em relação de prevalências de 0,650 (intervalo de confiança de 0,380 e 1,112) ($p= 0,133$).

Pela Tabela 30 da escala Adesão 2, quem tem idade abaixo de 70 anos representa 78,1%. Para aqueles que têm 70 anos ou mais, apresenta 79,4%. Isso representa em relação de prevalências de 0,924 (intervalo de confiança de 0,501 e 1,706) ($p= 0,876$).

Na escala Hespanha categorizada, pela tabela 31, quem tem idade inferior a 70 anos adere mais (53,9%). Isso representa em relação de prevalências 1,042 (intervalo de confiança de 0,527 e 1,731). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,897$).

6.4.6 Consultas médicas sobre as escalas

Na escala Morisky, pela Tabela 28, quem realiza consulta médica indica adesão. Isso significa 81,0%. Isso representa em relação de prevalências de 0,169 (intervalo de confiança de 0,544 e 0,2509) ($p=0,849$).

Na escala Adesão 1, pela Tabela 29, dicotomizada, apresentou associação entre consultas médicas e adesão ao tratamento ($p= 0,000$). Isso significa que quem consulta (77,9%) adere mais ao tratamento de quem não consulta. Resulta em uma relação de prevalências de 3,843 (intervalo de confiança de 1,970 e 7,498).

Pela Tabela 30 da escala Adesão 2, quem realiza consulta médica indica adesão. Isso significa 73,1%. Isso representa em relação de prevalências de 1,205 (intervalo de confiança de 0,617 e 2,353). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,603$).

Na escala Hespanha categorizada, na Tabela 31, quem realizou consultas médicas têm adesão (72,3%). Isso significa relação de prevalências de 1,011 (intervalo de confiança de 0,574 e 1,780). Não há associação entre as variáveis ($p= 1,000$).

6.4.7 Consultas com especialistas sobre as escalas

Na escala Morisky, pela Tabela 28, quem procura especialista adere mais. Isso representa 62,1%. Isso significa relação de prevalências de 1,134 (intervalo de confiança 0,608 e 2,115). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,753$).

Na escala Adesão 1 pela Tabela 29, quem procura especialista também adere mais. Isso representa 59,3%. Isso significa relação de prevalências de 2,266 (intervalo de confiança de 1,176 e 4,368). Há associação entre as variáveis ($p=0,020$).

Pela Tabela 30 da escala Adesão 2, quem procura especialista também adere mais. Isso representa 55,4%. Isso significa relação de prevalências de 0,987 (intervalo de confiança de 0,533 e 1,828). Não há associação entre as variáveis ($p=1,000$).

Pela tabela 31 a escala Hespanha categorizada, quem não procura especialista adere. Isso representa 57,7%. Isso significa relação de prevalências de 0,857 (intervalo de confiança de 0,514 e 1,429). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,604$).

6.4.8 Consultas de emergência sobre as escalas

Na escala Morisky, pela Tabela 28, quem procura atendimento de emergência adere. Isso representa 29,3%. Isso significa relação de prevalências de 1,092 (intervalo de confiança 0,559 e 2,134), indica não haver associação entre as variáveis ($p=0,863$).

Na escala Adesão 1 pela Tabela 29, quem procura atendimento de emergência adere. Isso representa 27,6%. Isso significa relação de prevalências de 1,814 (intervalo de confiança 0,796 e 4,133), indica não haver associação entre as variáveis ($p= 0,191$).

Pela Tabela 30 da escala Adesão 2, quem procura atendimento de emergência adere. Isso representa 28,0%. Isso significa relação de prevalências de 1,856 (intervalo de confiança 0,847 e 4,066), indica não haver associação entre as variáveis ($p= 0,152$).

Na escala Hespanha categorizada pela tabela 31, quem procura atendimento de emergência adere. Isso representa 26,2%. Isso significa relação de prevalências de 1,067 (intervalo de confiança 0,597 e 1,908) ($p= 0,883$).

6.4.9 Internação hospitalar sobre as escalas

Na escala Morisky, pela Tabela 28, quem não se interna tem adesão. Isso representa 14,1%. Isso indica relação de prevalências de 0,837 (intervalo de confiança de 0,335 e 2,089). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,823$).

Na escala Adesão 1, pela Tabela 29, quem se interna tem adesão. Isso representa 13,6%. Isso indica relação de prevalências de 3,453 (intervalo de confiança de 0,791 e 15,080). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,125$).

Pela Tabela 30, da escala Adesão 2, quem se interna tem adesão. Isso representa 13,0%. Isso indica relação de prevalências de 1,786 (intervalo de confiança de 0,593 e 5,381). Não há associação entre as variáveis ($p= 0,467$).

Na escala Hespanha categorizada, na tabela 31, quem não faz internação hospitalar tem adesão. Isso representa 14,1%. Isso indica relação de prevalências de 1,237 (intervalo de confiança de 0,558 e 2,745) ($p= 0,691$).

6.5 Qualidade de vida

De acordo com as entrevistas resultou na seguinte tabela:

Tabela 33: Média da qualidade de vida dos entrevistados

	N VALIDOS	N NÃO APLICADOS	média	dp
GLOBAL	243	2	15,21	3,02
DOMÍNIO FÍSICO	244	1	13,54	1,71
DOMÍNIO PSICOLÓGICO	245	0	13,91	2,04
DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	245	0	15,36	2,68
DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	245	0	14,43	2,18

6.5.1 Qualidade de vida e variáveis selecionadas

Tabela 34: Qualidade de vida global sobre variáveis

GLOBAL	SEXO		LER E ESCREVER		GRUPO DE IDOSOS		Renda		Idade	
	M	F	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não	70<	>70
N	66	177	225	16	89	137	201	41	2	241
média	14,45	15,5	15,38	13	15,59	14,99	15,38	14,39	13	15,23
Dp	3,19	2,91	2,90	3,33	2,76	3,15	2,92	3,41	7,07	2,42
P	0,016	0,016	0,002	0,002	0,142	0,142	0,56	0,56	0,299	0,299
GLOBAL	CONSULTOU		ESPECIALISTA		EMERGÊNCIA		INTERNOU			
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não		
N	175	68	135	108	61	182	28	215		
média	15,23	15,17	15,25	15,16	13,73	15,71	14,28	15,34		
Dp (+-)	2,92	3,28	2,84	3,24	2,81	2,93	3,25	2,98		
P	0,894	0,894	0,813	0,813	0,000	0,000	0,083	0,083		

Tabela 35: Qualidade de vida no domínio físico sobre variáveis

FÍSICO	SEXO		LER E ESCREVER		GRUPO DE IDOSOS		Renda		Idade	
	M	F	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não	70<	>70
N	65	179	225	17	89	138	202	41	2	242
Média	13,16	14,56	13,60	12,70	13,80	13,32	13,58	13,30	13,71	13,54
Dp (+-)	1,87	1,63	1,65	2,20	1,59	1,81	1,71	1,72	2,42	1,71
P	0,035	0,035	0,038	0,038	0,085	0,085	0,334	0,334	0,890	0,890
	CONSULTOU		ESPECIALISTA		EMERGÊNCIA		INTERNOU			
FÍSICO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não		
N	176	68	135	109	63	181	29	215		
média	13,446	13,807	13,52	13,57	13,175	13,67	12,74	13,65		
Dp (+-)	1,67	1,80	1,66	1,77	1,84	1,65	1,89	1,66		
P	0,141		0,824		0,045		0,007			

Tabela 36: Qualidade de vida no domínio psicológico sobre variáveis

PSICOLÓGICO	SEXO		LER E ESCREVER		GRUPO DE IDOSOS		Renda		Idade	
	M	F	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não	70<	>70
N	66	179	226	17	88	139	203	41	2	243
Média	13,50	14,06	15,45	14,19	14,14	13,73	13,90	13,90	12,33	13,92
Dp (+-)	2,24	1,94	2,57	3,71	1,66	2,25	2,11	1,69	1,41	2,04
P	0,059	0,059	0,008	0,008	0,141	0,141	0,995	0,995	0,273	0,273
	CONSULTOU		ESPECIALISTA		EMERGÊNCIA		INTERNOU			
PSICOLÓGICO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não		
N	177	68	136	109	63	182	29	216		
média	13,96	14,87	14,117	13,659	13,50	14,05	13,93	13,91		
Dp (+-)	1,97	2,21	1,81	2,27	2,11	2,00	2,08	2,04		
P	0,500	0,500	0,081	0,081	0,063	0,063	0,960	0,960		

Tabela 37: Qualidade de vida no domínio relações sociais sobre variáveis

RELAÇÕES SOCIAIS	SEXO		LER E ESCREVER		GRUPO DE IDOSOS		Renda		Idade	
	M	F	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não	70<	>70
N	66	179	226	17	89	139	203	41	2	243
Média	14,84	15,54	15,45	14,19	15,7	15,14	15,34	15,43	14,00	15,37
Dp (+-)	3,24	2,42	2,57	3,71	2,43	2,78	2,67	2,81	0,94	2,69
P	0,07	0,07	0,062	0,062	0,12	0,12	0,849	0,849	0,473	0,473
	CONSULTOU		ESPECIALISTA		EMERGÊNCIA		INTERNOU			
RELAÇÕES SOCIAIS	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não		
N	177	68	136	109	63	182	29	216		
média	15,54	14,87	15,46	15,23	15,32	15,37	14,66	15,45		
Dp (+-)	2,69	2,6	2,75	2,60	2,39	2,78	3,04	2,62		
P	0,078	0,078	0,515	0,515	0,897	0,897	0,139	0,139		

Tabela 38: Qualidade de vida no domínio meio ambiente sobre variáveis

MEIO AMBIENTE	SEXO		LER E ESCREVER		GRUPO DE IDOSOS		Renda		Idade	
	M	F	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não	70<	>70
N	66	179	226	17	89	139	203	41	2	243
Média	14,27	14,48	14,58	12,64	14,72	14,28	14,52	13,95	15,25	14,42
Dp (+-)	2,47	2,07	2,11	2,47	1,95	2,28	2,21	2,03	0,353	2,19
P	0,502	0,502	0,000	0,000	0,129	0,129	0,125	0,125	0,596	0,596
	CONSULTOU		ESPECIALISTA		EMERGÊNCIA		INTERNOU			
MEIO AMBIENTE	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	Não		
N	177	68	136	109	63	182	29	216		
Média	14,54	14,14	14,68	14,12	13,82	14,64	14,10	14,47		
Dp (+-)	2,15	2,26	2,03	2,33	2,18	2,15	2,09	2,19		
P	0,200	0,200	0,047	0,047	0,010	0,010	0,390	0,390		

Observa-se que no domínio global, na Tabela 34, há diferença significativa em sexo e saber ler e escrever. Com valor de p (no teste ANOVA) de 0,016 e 0,002. Outra diferença fortemente significativa foi encontrada em consultas de emergência com valor de p (teste ANOVA) de 0,000.

No domínio físico, na Tabela 35, há diferença significativa em sexo e saber ler e escrever com p (teste ANOVA) de 0,035 e 0,038, respectivamente. Para consulta de emergência e internação com teste p (teste ANOVA) de 0,045 e 0,007, respectivamente.

No domínio psicológico, na Tabela 36 há diferença significativa em saber ler e escrever com p (teste ANOVA) de 0,008.

No domínio meio ambiente, na Tabela 38, há diferença significativa em saber ler e escrever com p (teste ANOVA) de 0,000. Também para consulta com especialista e consulta de emergência com teste p (teste ANOVA) de 0,047 e 0,010, respectivamente.

6.5.2 A adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida (qualidade de vida x escalas)

Tabela 39: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Morisky

GLOBAL	BAIXA	ALTA
N	148	57
Média	15,37	14,66
Dp	(+3,04)	(+3,07)
P	0,136	

FÍSICO	BAIXA	ALTA
N	149	57
Média	13,56	13,23
Dp	(+1,67)	(+1,90)
P	0,230	

PSICOLÓGICO	BAIXA	ALTA
N	149	58
Média	13,83	13,96
Dp	(+2,16)	(+2,81)
P	0,689	

RELAÇÕES SOCIAIS	BAIXA	ALTA
N	149	58
Média	15,43	15,39
Dp	(+2,57)	(+2,81)
P	0,912	

AMBIENTE	BAIXA	ALTA
N	149	58
Média	14,28	14,4
Dp	(+2,25)	(+2,02)
P	0,729	0,729

Tabela 40: Qualidade de vida nos domínios sobre a escala Adesão 1

GLOBAL	BAIXA	ALTA
N	79	164
Média	14,91	15,36
Dp	(+3,43)	(+2,80)
P	0,181	
ANOVA		

DOM FÍSICO	BAIXA	ALTA
N	79	165
Média	13,36	13,92
Dp	(+1,79)	(+1,66)
P	0,854	
ANOVA		

DOM PSICOLÓGICO	BAIXA	ALTA
N	80	165
Média	13,87	13,92
Dp	(+1,94)	(+2,09)
P	0,854	
ANOVA		

DOM RELAÇÕES SOCIAIS	BAIXA	ALTA
N	80	165
Média	15,10	15,48
Dp	(+2,73)	(+2,65)
P	0,307	
ANOVA		

DOM MEIO AMBIENTE	BAIXA	ALTA
N	80	165
Média	14,37	14,46
Dp	(+2,20)	(+2,17)
P	0,274	
ANOVA		

Tabela 41: Qualidade de vida nos domínios sobre a escala Adesão 2

GLOBAL	BAIXA	ALTA
N	130	113
Média	16,08	14,23
Dp	(+2,30)	(+3,44)
P	0,000	
ANOVA		

DOM FÍSICO	BAIXA	ALTA
N	130	114
Média	15,39	13,16
Dp	(+1,47)	(+1,82)
P	0,000	
ANOVA		

DOM PSICOLÓGICO	BAIXA	ALTA
N	130	115
Média	15,77	14,88
Dp	(+2,29)	(+3,00)
P	0,000	
ANOVA		

DOM RELAÇÕES SOCIAIS	BAIXA	ALTA
N	130	115
Média	15,77	14,88
Dp	(+2,29)	(+3,00)
P	0,009	0,009
ANOVA		

DOM MEIO AMBIENTE	BAIXA	ALTA
N	130	115
Média	15,09	13,69
Dp	(+1,97)	(+2,17)
P	0,000	0,000
ANOVA		

Tabela 42: Qualidade de vida nos domínios sobre a adesão Hespanha categorizada

GLOBAL	BAIXA	ALTA
N	103	140
Média	15,650	14,900
Dp	(+2,8756)	(+3,1033)
P	0,056	
ANOVA		

DOM FÍSICO	BAIXA	ALTA
N	104	140
Média	13,729	13,11
Dp	(+1,6841)	(+1,7284)
P	0,152	
ANOVA		

DOM PSICOLÓGICO	BAIXA	ALTA
N	104	141
Média	14,001	13,848
Dp	(+2,1413)	(+1,9709)
P	0,562	
ANOVA		

DOM RELAÇÕES SOCIAIS	BAIXA	ALTA
N	104	141
Média	15,545	15,225
Dp	(+2,5715)	(+2,7656)
P	0,357	
ANOVA		

DOM MEIO AMBIENTE	BAIXA	ALTA
N	104	141
Média	14,99	14,087
Dp	(+2,2173)	(+2,1040)
P	0,004	
ANOVA		

Nas escalas Morisky e Adesão 1, referente às Tabelas 39 e 40, verificam-se que não se encontraram diferenças significativas da qualidade de vida com as escalas de adesão. Ao contrário do encontrado na tabela 42, na escala de Adesão 2, observa-se que há diferença significativa nos domínios: global ($p=0,000$), físico ($p=0,000$), psicológico ($p=0,009$), relações sociais ($p=0,009$) e meio ambiente ($p=0,000$).

Na escala Hespanha categorizada, na tabela 42, nota-se que há diferença significativa no domínio meio ambiente ($p=0,004$).

7 DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento resultou no predomínio do sexo feminino na faixa dos 60 a 69 anos, de etnia branca e uma boa parcela participa de grupos da terceira idade. Isso tem grande influência na qualidade de vida. Dados obtidos no estudo são semelhantes ao estudo de Rocha e *et al* (2008), em que o sexo feminino adere mais que o masculino.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a proporção relativa da população idosa, em 2002, era de 8,6% da população brasileira. Isso é fruto do crescimento vegetativo e aumento da expectativa média de vida e com tendência de crescimento nos próximos anos. Porto Alegre se destaca entre as capitais com maior proporção de idosos, representando 11,8%.

A etnia branca predominante segue a pesquisa do Ministério da Saúde (2008), que é de 42%.

A maioria dos entrevistados utiliza medicamentos para o sistema nervoso, classificados como medicamentos de uso eventual. Já para os medicamentos de uso contínuo, os entrevistados administram medicamentos do sistema cardiovascular. Estudos de Rocha (2008) também confirmam que a classe terapêutica mais utilizada para os medicamentos de uso contínuo são os cardiovasculares; para os medicamentos de uso eventual relatados, são em sua maioria, relaxantes ou analgésicos que são comumente utilizados pela população em geral. Tendo em vista ser a população idosa, a tendência é a utilização de medicamentos para o coração, hipertensão e diabetes.

Para o questionário estruturado, selecionaram-se instrumentos para medir a adesão e com isso, elaborou-se a escala Hespanha categorizada. Os objetivos destacados serviram para elucidar as características do idoso aderente. O primeiro objetivo indicou o conhecimento dos entrevistados sobre os medicamentos, cuja principal escala destacada foi a de Adesão 1. Houve uma alta adesão dos entrevistados para essa escala, cujo conteúdo levou em consideração: o conhecimento do efeito dos medicamentos, das interações dos medicamentos com alimentos e com medicamentos; e a necessidade que o entrevistado sente frente ao medicamento que administra. Isso demonstra possivelmente que os entrevistados estão sendo informados sobre o uso do medicamento (suas interações com alimentos e medicamentos). Acredita-se que os profissionais da saúde estão informando os idosos sobre o uso correto do medicamento, ou que os próprios idosos estão à procura de informações dos medicamentos que estão administrando.

O segundo objetivo apontou a lembrança do regime terapêutico. Onde a se enquadra a escala Morisky, que resultou em uma baixa adesão dos entrevistados. Estudo comparativo de Rocha (2008) revela que também houve uma falta de adesão, seguindo a escala Morisky, devido ao esquecimento de administrar os medicamentos. Isso decorre pela perda da memória, principalmente, advinda com o aumento da idade.

O terceiro objetivo se referiu ao apoio para melhoria da adesão. Destacou-se a escala formulada, chamada escala Adesão 2. Nela demonstrou-se que houve alta adesão pelos entrevistados. Isso porque leva em consideração a questão das pessoas que auxiliam na administração dos seus medicamentos, no entendimento da prescrição médica e da bula do medicamento.

Segundo Ministério da Saúde (2008), a região Sul é a que apresenta o menor número de pessoas que moram com o idoso. Isso indica que, por mais que existam pessoas que auxiliem os idosos, esses estão por si próprios administrando seus medicamentos e possivelmente entendendo a importância do seguimento farmacológico. Outro dado importante revelado é a presença do cuidador que auxilia o idoso, que, em sua maioria, são parentes próximos: marido, esposa, filho ou outra pessoa que não mora na casa do idoso, confirmando o que ocorreu no presente estudo.

Estudo feito por Inouye (2008) aponta que há uma relação proporcional entre a pessoa cuidadora e a pessoa idosa. Ambos apresentam percepção do bem-estar e remetem para o planejamento e intervenções psico-educativas, voltadas para diminuir dificuldades que ambos vivem.

Outro fator importante a destacar é o uso de organizadores para auxiliar a adesão. Isso facilita a pessoa se lembrar do medicamento que deverá tomar. Estudo apontado por MacLaughlin (2005) considera que os organizadores mais utilizados são as caixas de pílulas ou comprimidos que se separam por compartimentos, da hora do dia a ser administrado o medicamento. Outros organizadores consistem em aparelhos automáticos, sistemas de monitoramento de medicamentos eventuais, inaladores de doses especiais e medicamentos liberados por via eletrônica. Constituem-se em aparelhos de última geração utilizados para orientar os pacientes exatamente o quanto ele deve tomar e a hora exata da administração. Isso, por conseqüência, trará uma melhor adesão ao tratamento com medicamento, uma vez que o paciente sempre será lembrado da hora da administração. Portanto, o uso de organizadores de medicamentos (caixa, *nécessaire*, dentre outros) leva a uma adesão ao tratamento.

O quarto objetivo considerou o acesso aos serviços de saúde e de medicamentos. É o que a escala de Adesão 2 se constitui. A maioria dos entrevistados adquire seus medicamentos na rede privada. O estudo de Bós (2004) confirma essa afirmação, pois o acesso à rede privada de atendimento foi mais expressivo do que a pública, principalmente com o aumento da renda. Isso consiste em afirmar que a renda da população favorece a compra do medicamento, ou ainda, há alguém que os auxilia na compra, já que muitos relataram que são ajudados por parentes. Isso se estende à aquisição dos medicamentos.

Outro estudo que segue a mesma linha da aquisição do medicamento é de Teixeira (2001), quando refere à idéia central de “sempre dei um jeito de comprar”. O autor afirma que, por maior que seja a dificuldade em comprar o medicamento, a pessoa consegue adquiri-lo de qualquer forma. A importância da aquisição é o sentido da conquista de saúde. E são várias alternativas para o acesso ao medicamento, seja em sistemas públicos, privado e outros. Pode-se deduzir que os entrevistados têm consciência de que a falta do medicamento trará maior problema

em sua saúde. Portanto, procuram na rede privada, como drogarias e farmácias, os medicamentos de que necessita, quando não os obtêm por via pública.

Em relação ao sistema de saúde, Chaimowicz (1997) cita que, se ocorrer diagnósticos incorretos (ou até corretos), podem advir problemas comuns em pacientes idosos pelo uso inadequado de medicamentos e pela polifarmácia. Isso implica custos ao sistema de saúde e dificuldades de obtenção da adesão ao tratamento. Os resultados, como a baixa internação hospitalar, as baixas consultas de emergência e a baixa média das consultas médicas no último ano (2007), dos entrevistados, podem estar relacionados ao fato de que estão “satisfeitos” com sua saúde. Isso pode estar associado à melhoria da qualidade dos serviços, à diminuição de custos ao sistema de saúde, bem como interação médico-paciente favorecida e à importância do conhecimento do regime farmacológico, prescrito pelo médico, e, por conseguinte, adesão e melhora na qualidade de vida.

Do mesmo âmbito, para se conhecer melhor a adesão dos entrevistados, foram formuladas as escalas positivas, que se basearam em instrumentos já existentes de Shelton (2006) e Morisky (1986). Adesão 1, Morisky e Adesão 2 e Hespanha categorizada foram comparadas com sexo, idade, freqüente grupo da terceira idade, saber ler e escrever e renda. Mesmos estudos caracterizam a população idosa no Brasil como Ministério da Saúde (2008), Bós (2004), Zaitune *et al* (2006), para pacientes idosos com hipertensão, Geronutti *et al* (2008), para pacientes idosos vacinados contra a *influenza*, Teixeira (2001) e Yrigaray (2007). Tais estudos demonstram a importância do sexo, idade e renda para pesquisas nos idosos.

Ao incluir as variáveis, como freqüente grupos de idosos e saber ler e escrever, a pesquisadora teve como objetivo compará-las por ter uma importância socioeconômica. Além disso, a relevância dos fatores é fundamental, pois influenciam na qualidade de vida dos idosos.

Outras variáveis também foram analisadas em relação a consultas médicas, consulta com especialistas, consultas de emergência e internação hospitalar. Tais questionamentos referem-se ao ano anterior ao da aplicação da entrevista, no caso em 2006 e 2007. Notadamente, houve uma forte evidência que o idoso que se

consulta com médico tem maior adesão ao tratamento. Isso foi evidenciado na escala de Adesão 1.

No mesmo âmbito, ao comparar as escalas de Morisky e Hespanha categorizada atestam que a consulta médica e consulta com especialistas faz com que as pessoas idosas procurem seguir seu tratamento farmacológico.

Em estudo apontado por Blanski (2005) a baixa adesão está relacionada a vários fatores. Entre eles se destacam: o não entendimento da prescrição médica e a dificuldade de compreender as informações do seu tratamento medicamentoso. O idoso que não recebe uma abordagem médica ou multidisciplinar adequada em hospitais e unidades de saúde poderá ter uma baixa adesão. Uma adesão incorreta ao tratamento ou seu abandono resulta em conseqüências indesejáveis, a cronicidade dos problemas de saúde ou mesmo conduzir a intoxicação medicamentosa. Portanto, para que o paciente idoso siga seu tratamento, quando se dirigir à consulta médica ou recorrer a um especialista, o esclarecimento de dúvidas do seu tratamento e as informações sobre o medicamento devem ser elucidadas. Isso conduzirá para que ele tenha uma alta adesão, já que o mesmo estará ciente da importância do seu tratamento para sua enfermidade.

Assim sendo, a adesão ao tratamento com medicamentos de acordo com autor Simpson et al (2006) em sua meta-análise apresentou uma forte associação entre adesão na terapia medicamentosa e mortalidade. Quem possui uma alta adesão ao tratamento (mesmo sendo placebo) o risco de mortalidade é quase a metade daqueles que possuem baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Na observação dos autores ao se estratificar por grupos de adesão ao tratamento pode facilitar mais cedo a detecção das possíveis reações adversas na terapia. Assim conduzir a não interrupção do tratamento principalmente ao grupo de alta adesão. A associação entre adesão e mortalidade suporta explicação que a adesão efetiva é quando pode ser um substituto de uma crença de ser saudável. Portanto, a alta adesão está associada com resultados positivos para o seguimento do tratamento terapêutico.

No campo da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), observa-se que os domínios preponderantes estão relacionados às relações sociais e ao global.

Ao se relacionar as variáveis selecionadas (sexo, freqüente grupo de idosos, saber ler e escrever, renda, idade, consultas médicas, consultas com especialistas, consultas de emergência e internação hospitalar) com a qualidade de vida foram encontradas diferenças significativas no domínio: global (em sexo, saber ler e escrever e consultas de emergência); no domínio físico em: sexo, saber ler e escrever, consultas de emergência e internação. No domínio psicológico: em saber ler e escrever. E, no domínio meio ambiente, em: saber ler e escrever, consulta com especialista e consulta de emergência.

A variável sexo obteve diferença sob domínios: global e físico. Estudo semelhante foi encontrado em Pereira (2006), cuja variável sexo teve influência significativa nos domínios da qualidade de vida. A mulher teve maior escore na qualidade de vida. Isso pode estar relacionado a melhores condições de sono, vida cotidiana ativa e menor dependência de medicação, quando se trata do domínio físico. Já para o domínio psicológico, a mulher teve também maior escore de qualidade de vida, tendo relação com sentimentos de otimismo, pensar, memória para aprender mais aguçada e uma preocupação maior com a sua aparência. Para o domínio global no que se diz respeito à forma geral da concepção, na qualidade de vida, a mulher também obteve melhores resultados. Discordam dos estudos Del Pino (2003); Avis *et al* (2004) e Thome *et al* (2004), cujos relatos dão conta de que o sexo feminino tem pior qualidade de vida, que se sentem envelhecidas como lado negativo, ou que não aceitam seu envelhecimento e são muito esquecidas. Portanto, as entrevistadas do sexo feminino refletiram melhor no que tange à qualidade de vida do que o homem, principalmente, no domínio global.

No que se diz respeito à variável saber ler e escrever, quem sabe ler e escrever tem melhor qualidade de vida significativa nos domínios: global e meio ambiente. O Ministério da Saúde (2008) constata que a proporção de idosos com baixa escolaridade, devido ao ensino fundamental, está restrita de 1930 até 1950, tendo melhorado o quadro educacional na última década. A região Sul (Rio Grande do Sul) é a quarta região em que a média de anos de estudos é maior (4,1 anos), acima da média brasileira, que é de 3,4 anos. No presente estudo, encontrou-se média de sete anos de estudo. Evidencia-se que saber ler e escrever contribui para melhoria na qualidade de vida dos idosos. Além de o paciente idoso ler e, principalmente, entender a respeito do seu tratamento farmacológico, colabora muito

para a sua qualidade de vida. Isso porque aumenta a capacidade de entendimento de assuntos diversos, contribui para estímulo de memória, acarreta melhoria para o idoso na auto-estima, a pessoa se torna mais ativa (tanto em casa como em trabalhos) e estimula a sua participação na sociedade, o que conduz a melhorias em sua comunidade. Portanto, engloba todos os domínios da qualidade de vida.

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), as atitudes dos profissionais que atendem ao paciente idoso contribuem para a adesão ao tratamento com medicamentos. Isso está também influenciado pelo meio social onde o paciente idoso vive. Em outro estudo, observado por Jardim *et al* (1996) há uma necessidade da equipe multiprofissional em acessar e passar as informações do medicamento em linguagem clara e detalhada ao paciente hipertenso. Informar, segundo os autores, é conscientizar o paciente da importância do seguimento do seu tratamento. Para obter êxito é necessário conhecer o meio em que o paciente vive e, ao mesmo tempo, fazer com que ele tenha mudança de alguns hábitos. Conseqüentemente, interfere em sua qualidade de vida. É nesse âmbito que a qualidade de vida interfere no seguimento ou não do tratamento farmacológico na questão do diálogo do paciente idoso e profissional da saúde, nas consultas médicas.

Já ao relacionar a qualidade de vida com as escalas positivas de Morisky, Adesão 1, Adesão 2 e Hespanha categorizada, encontrou diferença significativa na escala Adesão 2 para todos os domínios: global, físico, relações sociais, psicológico e meio ambiente.

Atesta com diferença significativa na escala Hespanha categorizada o domínio meio ambiente. A escala Adesão 2 como também a escala Hespanha categorizada basicamente objetiva a relação da adesão relacionada ao apoio para melhoria na adesão e ao acesso aos serviços de saúde e medicamentos. Ambos os conceitos estão relacionados com a qualidade de vida no que tange no domínio meio ambiente referindo-se à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em/e oportunidades de recreação/lazer; e ambiente físico e transporte.

Estudo semelhante de Vecchia (2005) elucidou a qualidade de vida em idosos. Nesse contexto, consiste em dispor sobre rede de relações sociais associadas à saúde física e mental. Também significa autonomia financeira conquistada durante a sua vida o que lhes garante momentos de lazer e entretenimento. Outro ponto significativo é o ambiente em que vive o idoso. Vivenciar a espiritualidade, trabalhar com prazer, praticar a retidão e caridade, acessar o conhecimento e viver em ambiente favorável são fatores que melhoram a qualidade de vida. Todos esses fatores se enquadram ao apoio para adesão, e o meio em que os idosos vivem se insere ao conceito: acesso aos serviços e aos medicamentos. A melhoria nos serviços de saúde e a obtenção ou acesso a dos medicamentos conduz a uma qualidade de vida também melhor.

Em referência ao apoio à melhoria da adesão, pesquisa realizada por Amendola *et al* (2008) comprova que a pessoa que cuida do idoso tem uma grande parcela de melhoria também na sua qualidade de vida. Isso se estende ao apoio para adesão. Quem ajuda o idoso, o cuidador, seja o(a) esposo(a), filho(a), seja outra pessoa, sente-se mais motivado e faz com que ele cumpra ao tratamento farmacológico. O idoso se sente seguro com esse outro tipo de apoio social, o apoio emocional.

Dessa maneira, o domínio físico se insere no objetivo elucidado que é o apoio a melhoria da adesão. Isso porque o idoso que tem mobilidade, não sente tanto cansaço ou desconforto frente à dor, tem menos dependência aos medicamentos e melhor capacidade para o trabalho conseqüentemente se sente melhor, o que melhora a sua qualidade de vida.

Outro estudo feito por Pereira *et al* (2006), afirma que há forte relevância para os idosos nos domínios social e psicológico. Essa relevância forte, principalmente no domínio psicológico, existe porque muitos dos entrevistados que participam de grupos da terceira idade, são consideradas pessoas ativas e, por serem ativas, possuem espírito otimista, capacidades de aprender, memória e concentração boas, auto-estima elevada e sentem-se bem com sua aparência. O envelhecimento é sinônimo de experiência.

8 CONCLUSÃO

A caracterização do paciente idoso que necessita de uma melhor atenção para o cumprimento da sua terapia medicamentosa implica nos objetivos destacados. São aqueles que concernem à adesão ao tratamento farmacológico. Isso consiste boa parte em conhecer o medicamento que está sendo administrado; a lembrança do regime terapêutico em relação à dose e hora certa; o apoio de pessoas próximas ao idoso, que auxiliem no seu tratamento; e, por fim, a acessibilidade aos serviços de saúde bem como ao medicamento. São fatores que, constituem-se a partir do questionário elaborado, podendo auxiliar na compreensão da adesão ao paciente idoso no sentido de detectar possíveis etapas nas quais ele possui maior dificuldade de aderir ao tratamento. Isso implica conhecimento do medicamento; ajuda de alguém; a própria perda da memória advinda com o tempo; ou do próprio sistema de saúde brasileiro; ou, ainda, a deficiência de consulta. Portanto, a idéia primordial é detectar as falhas desses fatores, para que o idoso cumpra com seu tratamento farmacológico.

Tendo em vista o exposto, formularam-se escalas para mensurar o grau de adesão ao tratamento. Com base na literatura, criaram-se as escalas positivas de Morisky e Adesão 1, Adesão 2 e Hespanha Total. Vale ressaltar que as escalas Adesão 1 e Adesão 2 foram apoiadas em questionários já existentes e estão inseridas nos objetivos selecionados para que ocorra a adesão ao tratamento. As duas escalas positivas Adesão 1 e Adesão 2 resultaram na escala Hespanha Total e caracterizaram a adesão ao tratamento dos entrevistados. Portanto, a escala Hespanha Total possui significância por apresentar fatores importantes relacionados à adesão: o apoio para melhoria na adesão e ao acesso aos serviços e

medicamentos – fatores que mais significativamente pesam na adesão ao tratamento principalmente em idosos. Isso comprova que basicamente o conhecimento dos medicamentos e o apoio para melhoria da adesão são importantes para o cumprimento do regime terapêutico.

Para diminuir as limitações da escala e contribuir para maior sensibilidade estatística, a escala Hespanha Total foi reduzida e posteriormente categorizada. Dessa forma, construiu-se a escala Hespanha categorizada.

Ao relacionar as referidas escalas positivas com variáveis: sexo, idade, saber ler e escrever, freqüentar grupo de idosos, renda, consultas médicas, consultas com especialistas, consultas de emergência e internações hospitalares, nota-se que na escala Adesão 1 teve associação com saber ler e escrever; ir a consultas médicas e consulta com especialistas.

Na comparação das escalas Morisky e Hespanha categorizada há também uma forte associação das consultas médicas e com especialistas na participação da adesão ao tratamento ao idoso.

No contexto sobre qualidade de vida, o WHOQOL Bref, os domínios global, físico, psicológico e meio ambiente tiveram significância. Para o domínio global em sexo, saber ler e escrever e consultas de emergência. Para o domínio físico em sexo, saber ler e escrever, emergência e internações hospitalares. Para o domínio psicológico em saber ler e escrever. Para o meio ambiente em saber ler e escrever, consultas com especialistas e consultas de emergências.

Um ponto importante é saber ler e escrever. Há melhor qualidade de vida entre aqueles que possuem esse domínio. Reitera-se, assim, que aquele indivíduo que tem o chamado letramento em saúde (*health literacy*), que entende a prescrição médica e segue corretamente seu tratamento terapêutico, terá também melhor qualidade de vida.

Para as escalas positivas de Morisky, Adesão 1, Adesão 2 e Hespanha categorizada, há significância marcadamente notada na escala positiva Adesão 2 em todos os domínios: global, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Já na escala Hespanha categorizada há significância no domínio meio ambiente.

Justamente no âmbito dos objetivos selecionados, que compõem cada escala. Tais escalas levam em conta o apoio para melhoria na adesão e acessibilidade aos serviços e aos medicamentos, estando inseridas indiretamente aos domínios da qualidade de vida. Quem possui um suporte familiar e uma rede de amigos procura adquirir novas informações; participa de recreações; tem oportunidades de lazer; tem segurança no ambiente lar; sente-se satisfeito com seu meio de transporte e no ambiente em que vive; está satisfeito com sua saúde de modo geral; é otimista; aceita a sua aparência física; tem vida pró-ativa tanto no trabalho como em casa; pratica exercícios físicos. Enfim, são fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida. Portanto, a escala de adesão Hspanha categorizada, que é formada pela fusão das escalas Adesão 1 e Adesão 2 contextualizada, apresenta relação com a qualidade de vida do idoso.

9 REFERENCIAS

AGUIRRE, A.; EBRAHIM, N.; CHEA, J. A. Performance of the english and spanish S-TOFHLA among publicly insured medicaid and medicare patients. **Patient Education and Counseling**, Philadelphia, p.332-339, 05 mar. 2004.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. de C. and ALVARENGA, M. R. M. Quality of life of family caregivers of patients dependent on the family health program. **Texto contexto - enferm.**, Apr./Jun 2008, v. 17, n.2, p.266-272.

AVIS, N. E.; ASSMANN, S.F.; KRAVITZ, H.M. *et al.* Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Qual Life Res.** 2004; 13 (5):933-943.

BAKER, D. W. *et al.* Funcional health literacy and risk of hospital admission among Medicare managed care enrolles. **AJPH**, Philadelphia, p.1278-1283, 2002.

BLANSKI, C. R.; LENARDT, M. H. **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso.** Rev Gaúcha de enfermagem. Porto Alegre 26 (2):180-8, 2005.

BOS, A. M. G. and BOS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**, Feb. 2004, v. 38, n.1, p.113-120. ISSN 0034-8910.

CHAIMOWICS, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, p.184-200, 1997.

CHOO, P. W. e *et al.* A cohort study of possible risk factors for over-reporting of antihypertensive adherence. **BMC Cardiovascular Disorders Research article.** p. 1-6, 2001.

COTTA, R. M. N. *et al.* La hospitalizacion domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev. Panam de Salud Publica**, p.253-261, 2002.

DATASUS (Org.). **A.12 Esperança de vida aos 60 anos de idade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

- DEL PINO, A. C. S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Rev. Mult Gerontol.** 2003; 13 (3):188-92.
- EVANS, L; SPELMAN, M. The problem of non-compliance whit drug therapy. **Drugs**, v. 25, p. 63-76, 1983.
- FARMER, K. C. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. **Revista Clinical Therapeutics**, v. 21, n. 6, p. 1074-1090, 1999.
- FISCHER, M. I. **Epidemiologia**: caracterização dos diabéticos com diagnóstico prévio sem tratamento rastreados pela Campanha Nacional de Detecção de Diabete Mellitus – CNDDM. 2005. Dissertação (Mestrado), Porto Alegre, 2005.
- FLECK, M.P.A. *et al.* Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 37, p.793-799, 2003.
- GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C. and LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra a *influenza* em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto contexto - enferm.**, Apr./Jun 2008, v. 17, n. 2, p.336-341. ISSN 0104-0707.
- HANLON, J. T.; WEINBERGER, M.; SAMSA, G. P.; SCHMADER, K. E.. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. - **Am J Med**, Abril: 100(4):428-37, 1996.
- HARRISON, P. Physicians must be wary of noncompliance when assessing patients' response to medication. **Can Med Assoc J.** v. 151, n. 9, p. 1328-1329, November, 1994.
- HORNE, R; HANKINS, M; JENKINS, R. The satisfaction with information about medicines scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. **Bmjournals**, Uk, p. 135-140. 05 jun. 2001.
- INDICADORES SOCIAIS DO IBGE. Notas técnicas dos indicadores sociais do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 05/03/2009.
- INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S. and PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto - enferm.**, Apr./Jun 2008, v. 17, n. 2, p.350-357. ISSN 0104-0707.
- IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 18 ago. 2008.
- JAMA. **Incidence and preventability of adverse drugs events among older persons in ambulatory setting.** Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/>. Acesso em: 12 out. 2006.

LEBRÃO, M. I.; LAURENTI, R. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo:uma abordagem inicial. **Organização Pan-americana da Saúde**, Brasília, p.73-91, 2003.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. de P. C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Ver. Ciências e Saúde Coletiva. v: 8 (3) 775-782, 2003.

LEVY, H. B. Screening to Recognize the At- Risk Senior. **ASCP Annual Meeting**, Boston, MA, November, 2005.

LORTIE, F. M. Postmarketing surveillance of adverse drug reactions: problems and solutions. **CMAJ**. v. 135, p. 27-32, 1986.

MACLAUGHLIN, E. J. *et al.* Assessing Medication Adherence in the Elderly Which Tools to Use in Clinical Practice? **Drugs Aging**, Texas, p.231-255, 2005.

McDONELL, *et al.* **Measuring health.** A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press, 2002.

MOURA, M. A.; PIERIN, Â. M. G.; MION, D. J. **A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial.** Ver. Brasileira de Cardiologia. V:8 81(4) 343-8, 2003.

MORISKY, D. E. *et al.* Concurrent and predictive validity of a self – reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Los Angeles, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

O'CONNELL, M. B. & JOHNSON, J. F., Evaluation of medication knowledge in elderly patients. **Annals of Pharmacotherapy**, 26:919-921, 1992.

OASIS ANSWERS (Org.). **Medication Compliance Aids and Noncompliance Risk Tool in Best Practices for improvement in management of oral medications.** Disponível em: <<http://www.oasistraining.org/>>. Acesso em: 14 abr. 2007.

PALLONI, A. *et al.* SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo:uma abordagem inicial. **Organização Pan-americana da Saúde**, Brasília, p.13-32, 2003.

PEREIRA, R. J. *et al.* Contribuição para os domínios físico, psicológico, social e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista Psiquiatria do RS**, Porto Alegre, p. 27-38, 2006.

ROCHA, C. H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva**, Abr. 2008, v.13, p.703-710. ISSN 1413-8123.

SANTOS, S. R. *et al.* Qualidade de vida no idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 6, n. 10, p.757-764, 2002.

SAÚDE, Ministério da (Org.). **Dados da população idosa.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 18 ago. 2008.

SHELTON, P.. **Measurement of treatment**. Mensagem recebida por< SHELTON, Penny> em: 12 de out. 2006.

SIMPSON, S. H.; EURICH, D. T.; MAJUMDAR, S. R.; PADWAL, R. S.; TSUYUKI, R. T.; VARNEY, J.; JOHNSON., J. A. **A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality**. 2006. *BMJ*. pgs1-6. Acesso em: 10 out. 2007.

STEPHENSON, B. J.; ROWE, B. H.; HAYNES, R. B.; MACHARIA, W. M.; LEON, G. Is his patient taking the treatment as prescribed? **Jama**, v. 269, p 2779-2781, 1983.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F.. Drug prescription from the perspective of elderly patients. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. **Social Science & Medicine**, 46: 1569 – 1585, 1998.

THOME, B.; DYKES, A.K.; HALBERG, I.R. Quality of life in ol people with and without cancer. **Qual Lif Res**. 2004; 13 (6):1067-1080.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T., BOCCHI, S. C. M. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, Sept. 2005, v. 8, n. 3, p. 246-252.

VERAS, R. P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. **Relumbre- Dumbará**, EDUERJ: Rio de Janeiro,1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Adherence to long-term therapies**. Switzerland: Publications of the World Health Organization, 2003. 211 p. (ISBN 92 4 154599 2). Disponível em: <adherence@who.int>. Acesso em: 10 fev. 2007.

ZAITUNE, M. P. do A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Fev 2006, v. 22, n. 2, p. 285-294.

10 ANEXOS

Em respeito ao direito autoral (Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998), os anexos em questão, referentes aos instrumentos de adesão, aguardam por prévia autorização de seus respectivos autores. Dessa maneira, não estão disponibilizados nesse trabalho.

10.1 Comitê de Ética



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro:pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006664


Título : "Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e da qualidade de vida entre usuários do SUS"

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
SOTERO SERRATE MENGUE	PESQ RESPONSÁVEL	sotero@ufrgs.br	3308.6987
CAROLINE KOEHLER HESPANHA	PESQUISADOR	carolfarmacia@terra.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 5 ,
ata nº 85 , de 12/4/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, segunda-feira, 23 de abril de 2007


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

10.2 Termo de Consentimento

Nº da entrevista:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente pesquisa tem por objetivo identificar o paciente que necessita de uma maior orientação para o seu tratamento com medicamentos e comparar com a sua qualidade de vida. A entrevista irá durar aproximadamente 1 hora.

Os dados e resultados individuais desta pesquisa estarão sempre sobre sigilo, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhum momento do trabalho escrito ou oral.

A participação nesta pesquisa não oferece risco ou prejuízo à pessoa entrevistada. Se no decorrer da pesquisa, o (a) participante decidir não mais continuar, terá toda a liberdade de fazê-lo, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Os possíveis benefícios desta pesquisa para a comunidade serão obtidos na medida em que se possa identificar o paciente que realmente necessite de orientação sobre seu medicamento, oferecendo uma orientação mais dirigida para o tratamento com medicamentos. Isso possibilitará um serviço de atendimento mais ágil e adequado a todos os pacientes.

A pesquisadora Caroline Koehler Hespanha – Farmacêutica, Mestranda em Ciências Farmacêuticas da UFRGS – orientada pelo Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, compromete-se a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento que eventualmente o participante venha a ter no momento da pesquisa ou, posteriormente, através do telefone (51)33085680 ou (51) 8119-2688.

Eu _____(nome do(a) participante),
declaro ter lido – ou que me foram lidas as informações acima antes de assinar este termo.
Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo totalmente minhas dúvidas.
Por este termo de consentimento, concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Porto Alegre, ____/____/____