



Artigo Original

## ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM IDOSOS DIABÉTICOS\*

*ADHERENCE TO DRUG THERAPY IN DIABETIC ELDERLY*

*ADHESIÓN AL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN ANCIANOS DIABÉTICOS*

Anna Karla de Oliveira Tito Borba<sup>1</sup>, Ana Paula de Oliveira Marques<sup>2</sup>, Márcia Carrera Campos Leal<sup>3</sup>, Roberta de Souza Pereira da Silva Ramos<sup>4</sup>, Ana Clara Carvalho Gonçalves Guerra<sup>5</sup>, Thaysa de Melo Caldas<sup>6</sup>

Estudo observacional-seccional, que investiga o acesso aos medicamentos, perfil socioeconômico e demográfico e sua associação com a adesão terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos assistidos em serviço público gerontogeriatrico. Os dados foram coletados com 126 participantes através de roteiro estruturado entre fevereiro a setembro de 2011. Os resultados revelam que 47,6% dos idosos recebiam o medicamento pelo sistema público de saúde. Prevaleram idosos do sexo feminino, com mais de 9 anos de estudos, aposentados e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quanto à adesão medicamentosa 93,7% referiram usar o remédio regularmente, porém, apenas 52,4% foram considerados aderentes segundo o teste de Batalha. Não houve associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a adesão auto-referida. Faz-se necessário investir em ações educativas direcionadas à clientela idosa para promoção da adesão terapêutica.

**Descritores:** Adesão à Medicação; Idoso; Diabetes Mellitus.

Sectional and observational study, which investigates access to medicine, socioeconomic and demographic profiles and their association with drug adherence to drug therapy in diabetic elderly assisted in a gerontogeriatric public service. Data were collected from 126 participants through structured interviews between February and September 2011. The results reveal that 47.6% of the elderly received their drug from the public health system. The elderly women prevailed, in more than 9 years of studies, retired and income of 1-2 minimum wages. As for drug adherence, 93.7% reported using their medication regularly, but only 52.4% were considered compliant under the Test of Batalha. There was no association between socioeconomic and demographic variables and self-reported adherence. It is necessary to invest in educational initiatives targeted to the elderly patients to promote adherence to therapy.

**Descriptors:** Medication Adherence; Aged; Diabetes Mellitus.

Estudio observacional-seccional, que investiga el acceso a los medicamentos, perfil socioeconómico y demográfico y su asociación con la adhesión de tratamiento medicamentoso en diabéticos ancianos atendidos en servicio público gerontogeriatrico. Los datos fueron recogidos de 126 participantes mediante entrevista estructurada entre febrero y septiembre de 2011. Los resultados revelan que 47,6% de los ancianos recibieron la droga por el sistema público de salud. Prevalieron ancianos del sexo femenino, más de nueve años de estudios, jubilados, con ingresos uno a dos salarios mínimos. En cuanto a la adhesión a la medicación, 93,7% reportaron el uso de la medicación regularmente, pero 52,4% se consideraron compatibles bajo la prueba de Batalla. No hubo asociación entre las variables socioeconómicas y demográficas y adherencia auto reportada. Es necesario invertir en iniciativas educativas dirigidas al cliente anciano para promover adhesión al tratamiento.

**Descritores:** Cumplimiento de la Medicación; Anciano; Diabetes Mellitus.

\*Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado "Diabetes no idoso: práticas educativas e fatores associados à adesão terapêutica", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 2012. A pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), por meio de bolsas de iniciação científica.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPE. Recife - PE, Brasil. E-mail: anninhatito@gmail.com.

<sup>2</sup>Nutricionista. Doutora em Nutrição pela UFPE. Docente do PPGENF/UFPE. Recife - PE, Brasil. E-mail: marquesap@hotmail.com.

<sup>3</sup>Odontóloga. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela UFPE. Docente do PPGENF/UFPE. Recife - PE, Brasil. E-mail: marciacarrera@hotmail.com.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPE. Recife - PE, Brasil. E-mail: roberta\_sps@hotmail.com.

<sup>5</sup>Graduanda em Fisioterapia pela UFPE. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Recife - PE, Brasil. E-mail: anna\_cclara@hotmail.com

<sup>6</sup>Graduanda em Enfermagem pela UFPE. Bolsista de Iniciação Científica FACEPE. Recife - PE, Brasil. E-mail: thaysacaldas@hotmail.com.

**INTRODUÇÃO**

A maior vulnerabilidade à ocorrência de doenças crônicas com o envelhecimento solicita em seu tratamento mudanças no estilo de vida e acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico. O aumento da prevalência destas doenças na idade avançada situa os idosos como o grupo etário mais medicado na sociedade, chegando a constituir mais de 50% dos usuários de múltiplos fármacos<sup>(1)</sup>.

O Diabetes Mellitus, entre as doenças crônicas, destaca-se pela alta taxa de morbimortalidade entre os mais velhos. As complicações crônicas advindas do diabetes, geralmente estão associadas ao controle inadequado da doença por um longo período de tempo, resultando em lesões de diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso, acarretando prejuízos na funcionalidade física, psicológica e social do indivíduo, prejudicando sua adaptação e vida produtiva<sup>(2)</sup>.

O controle do diabetes é possível mesmo em idades avançadas. O tratamento básico consiste na educação, modificações dos hábitos de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas) e, se necessário, medicamentos<sup>(3)</sup>.

A aderência ao regime terapêutico foi reconhecida como diagnóstico de enfermagem pela Comissão Internacional de Enfermeiros ao definí-la como "Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos"<sup>(4:149)</sup>.

No entanto, a ausência de instrumentos adequados para a validação das medidas terapêuticas é uma das grandes dificuldades encontradas nas pesquisas, uma vez que a garantia da fidedignidade e da

confiabilidade dos resultados obtidos são pontos cruciais neste processo. As medidas de avaliação podem ser categorizadas como resultados de tratamentos de saúde (pressão arterial e hospitalização); indicadores diretos (avaliados através de exames de urina ou sangue, ou de verificação de perda de peso, por exemplo); indicadores indiretos (como contagem de pílulas); relatos subjetivos (de pacientes ou de outros); e utilização da rede de saúde (como comparecimento a consultas e uso de serviços preventivos)<sup>(5)</sup>.

Na literatura, é considerada adesão o seguimento de pelo menos 80% do regime terapêutico prescrito<sup>(6)</sup>. No entanto, é sabido que aproximadamente 50% dos indivíduos portadores de doenças crônicas, como o diabetes, não aderem ao tratamento e, assim, não obtêm melhoras no contexto da doença<sup>(7)</sup>.

Diversas variáveis têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão às terapias de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) através da *Adherence to long-term therapies*, incluindo o diabetes, estabeleceu que a adesão é um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões: socioeconômica, terapia, paciente, doença, equipe e sistema de saúde<sup>(7)</sup>.

Inúmeros fatores interferem na adesão à terapêutica medicamentosa e consequente controle glicêmico. A complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido<sup>(5)</sup>. Deficiência cognitiva e visual, comuns nos idosos, pode dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições. Além disso, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento, bem como o esquecimento senescente benigno, ou de processos patológicos, como nas diversas formas de demência, é

um dos fatores que podem concorrer para uma baixa adesão<sup>(8)</sup>.

Ao considerar que a adesão à terapêutica medicamentosa sofre a influência de diversos fatores que podem interferir no bom controle glicêmico e consequente prevenção das complicações do diabetes, objetivou-se obter respostas para as seguintes indagações: Como é o acesso dos idosos diabéticos aos medicamentos para o controle da doença? Quais as características socioeconômicas e demográficas dos idosos diabéticos assistidos em serviço público gerontogeriátrico? O perfil socioeconômico e demográfico interfere na adesão à terapêutica medicamentosa para o diabetes?

Neste sentido, este estudo buscou investigar o acesso aos medicamentos, perfil socioeconômico e demográfico e sua associação com a adesão terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos assistidos em serviço público gerontogeriátrico, considerando o processo de envelhecer e as particularidades da população assistida.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional-seccional, desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), serviço público gerontogeriátrico de natureza ambulatorial. A amostra do tipo censitária foi constituída por 244 indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de diabetes explicitado no prontuário e assistidos no serviço no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Foram adotados como critérios de exclusão: comprometimento de comunicação e/ou cognição (6), dificuldade de locomoção dos idosos que restringisse o acesso ao ambulatório (15) e não ser usuário de medicamento para o diabetes (35).

As perdas registradas em decorrência de óbito (12), recusa em participar do estudo (16) e registro incorreto do endereço e/ou número do telefone no prontuário (34) contribuíram para a composição final da amostra equivalente a 126 idosos diabéticos.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a setembro de 2011. Para identificação dos idosos diabéticos foi realizado o levantamento de todos os prontuários cadastrados no NAI/UFPE, no período estabelecido (janeiro de 2006 a dezembro de 2010). As entrevistas foram agendadas por telefone, dando-se preferência a data e horário que coincidissem com outros atendimentos já agendados para o idoso.

As informações foram obtidas por pessoal treinado e supervisionado, sendo os dados coletados através de roteiro estruturado com questões fechadas. As variáveis relacionadas ao acesso aos medicamentos corresponderam a: aquisição do medicamento, percentual das despesas com medicamentos na renda familiar total e grau de dificuldade em buscar os medicamentos. Entre as características socioeconômicas e demográficas, investigaram-se: sexo, faixa etária, anos de estudo, situação conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda mensal e contribuição para o sustento da casa. O tempo de convivência com a doença desde seu diagnóstico e o de utilização de tratamento farmacológico também foram questionados.

A adesão dos idosos diabéticos foi avaliada pela auto-referência ao uso regular dos medicamentos e pelo Teste de Batalha<sup>(9)</sup>. Este é composto por três perguntas e mensura adesão através do conhecimento do indivíduo sobre a doença, considerando aderentes os que respondem corretamente aos questionamentos.

A análise quantitativa das informações foi realizada mediante processo sistematizado em base estatística de dados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão

17.0, envolvendo a aplicação de estatística descritiva e inferencial.

Na descritiva distribuíram-se as frequências (absolutas e relativas) das variáveis. E a inferencial, compreendeu a análise da associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com a adesão auto-referida, empregando-se o teste Exato de Fisher. Considerou-se aceita a hipótese de associação quando a probabilidade foi menor ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAEE 0485.0.172.000-10). Os entrevistados realizaram a assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual eram explicados os objetivos da pesquisa e as informações solicitadas, sendo garantida a confidencialidade das informações.

## RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, dos 126 idosos diabéticos entrevistados, 47,6% adquiriram o medicamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 26,2% através de recursos próprios, 24,6% obtiveram o medicamento parcialmente pelo SUS e apenas 1,6% por doação. Prevalecendo a provisão pelo SUS, 46,0% dos entrevistados não comprometeram a renda familiar com medicamentos, seguidos por 31,0% que comprometeram menos de 15% da renda com remédios para o controle glicêmico. Em torno de 68% dos entrevistados julgaram ser fácil a obtenção do medicamento, considerando disponibilidade no serviço e acessibilidade.

**Tabela 1** – Distribuição dos idosos diabéticos quanto o acesso ao medicamento. Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/Recife, PE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%
Aquisição dos medicamentos		
SUS	60	47,6
Parcialmente pelo SUS	31	24,6
Doação	2	1,6
Particular	33	26,2
Percentual das despesas com medicamentos na renda familiar total		
0% da renda familiar	58	46,0
Inferior a 15% da renda familiar	39	31,0
Entre 15 a 25% da renda familiar	9	7,1
Acima de 25% da renda familiar	5	3,9
Não souberam responder	15	12,0
Grau de dificuldade em buscar os medicamentos*		
Muito difícil	4	3,1
Difícil	15	11,9
Médio	22	17,5
Fácil	85	67,5
Total	126	100,0

\*Distância da residência ao ponto de ônibus; deficiência física ou dificuldade; oferta de ônibus para condução; disponibilidade do medicamento.

Quanto ao perfil socioeconômico e demográfico da casuística, as mulheres e os idosos jovens foram maioria, correspondendo respectivamente a 73,8% e 55,6%. A escolaridade correspondente a nove anos de estudo ou mais também prevaleceu com 40,5% da amostra, assim como os idosos casados com 52,4% e os que co-habitavam com cônjuge e familiares corresponderam a 61,9%. Quanto aos aspectos econômicos, 61,9% eram aposentados, 51,6% possuíam renda familiar mensal de um a dois salários mínimos e

64,3% contribuíam totalmente para o sustento da casa. No entanto, quanto ao perfil do idoso diabético aderente ao medicamento, 97,4% eram viúvos, bem como os que possuíam rendimentos superiores a quatro salários-mínimos equivalendo a 95,2% dos idosos. No entanto, observou-se também que os idosos que possuíam nove anos ou mais de estudo, que corresponde no mínimo ao ensino fundamental completo, apresentaram menor taxa de adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 2).

**Tabela 2** – Adesão medicamentosa em idosos diabéticos, segundo fatores socioeconômicos e demográficos. Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/Recife, PE, Brasil, 2011

Variável	n (%)	Adesão medicamentosa				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	33 (26,2)	29	87,9	4	12,1	p <sup>(1)</sup> = 0,205
Feminino	93 (73,8)	89	95,7	4	4,3	
Faixa etária (anos)						
60 a 69	70 (55,6)	66	94,3	4	5,7	p <sup>(1)</sup> = 1,000
70 a 79	42 (33,3)	39	92,9	3	7,1	
80 ou mais	14 (11,1)	13	92,9	1	7,1	
Anos de estudo						
Nenhum	12 (9,5)	12	100,0	-	-	p <sup>(1)</sup> = 0,556
1 a 4	18 (14,3)	18	100,0	-	-	
5 a 8	45 (35,7)	42	93,3	3	6,7	
9 ou mais	51 (40,5)	46	90,2	5	9,8	
Situação conjugal						
Casado	66 (52,4)	62	93,9	4	6,1	p <sup>(1)</sup> = 0,238
Solteiro	6 (4,8)	5	83,3	1	16,7	
Viúvo	38 (30,2)	37	97,4	1	2,6	
Separado/Divorciado	16 (12,7)	14	87,5	2	12,5	
Arranjo familiar						
Mora sozinho	20 (15,9)	18	90,0	2	10,0	p <sup>(1)</sup> = 0,669
Somente com cônjuge	28 (22,2)	26	92,9	2	7,1	
Cônjuge + familiares	78 (61,9)	74	94,9	4	5,1	
Situação previdenciária						
Aposentado	78 (61,9)	71	91,0	7	9,0	p <sup>(1)</sup> = 0,659
Pensionista	18 (14,3)	17	94,4	1	5,6	
Aposentado/pensionista	15 (11,9)	15	100,0	-	-	
Não é aposentado	15 (11,9)	15	100,0	-	-	
Renda mensal do idoso*						
< 1 SM	15 (11,9)	14	93,3	1	6,7	p <sup>(1)</sup> = 0,948
1I– 2 SM	65 (51,6)	61	93,8	4	6,2	
2I– 4 SM	25 (19,8)	23	92,0	2	8,0	
4I– SM	21 (16,7)	20	95,2	1	4,8	
Contribui para o sustento da casa						
Sim, totalmente	81 (64,3)	73	90,1	8	9,9	p <sup>(1)</sup> = 0,131
Sim, parcialmente	33 (26,2)	33	100,0	-	-	
Não	12 (9,5)	12	100,0	-	-	
<b>Total</b>	<b>126 (100,0)</b>	<b>118</b>	<b>93,7</b>	<b>8</b>	<b>6,3</b>	

\*Valor do Salário Mínimo (SM) em 2011: R\$ 545,00 (1): Teste Exato de Fisher

Quando questionados quanto ao tempo de convivência com o diabetes, 74,6% dos idosos relataram um tempo de diagnóstico superior a cinco anos, sendo a média de tratamento farmacológico para o controle glicêmico correspondente a 11 anos.

Ao investigar a adesão à terapêutica medicamentosa, 93,7% referiram utilizar regularmente o medicamento prescrito para o controle do diabetes. No

entanto, conforme a tabela 3, apenas 52,4% dos entrevistados puderam ser considerados aderentes segundo o conhecimento sobre o diabetes (Teste de Batalha). A maioria dos idosos diabéticos respondeu corretamente as duas primeiras questões, porém apenas 57,9% responderam a terceira pergunta, na qual o entrevistado deveria enumerar os órgãos mais afetados pelo diabetes, sendo olhos e rins os órgãos mais citados.

**Tabela 3** – Distribuição dos idosos diabéticos que responderam corretamente aos questionamentos do Teste de Batalha. Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/ Recife, PE, Brasil, 2011

Teste de Batalha	Diabetes Mellitus
	n (%)
Afirmaram que o diabetes é para toda vida	100(87,3)
Afirmaram que pode ser controlada com dieta ou medicamentos	117(92,9)
Citaram dois órgãos que podem ser afetados pelo diabetes	73 (57,9)
Adesão	66 (52,4)

Na análise das variáveis socioeconômicas e demográficas como possíveis fatores interferentes na adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o auto-

relato dos idosos diabéticos, não foi observada associação significativa.

## DISCUSSÃO

O sistema público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), procura promover uma ampla inclusão social através dos seus princípios de universalidade, igualdade no atendimento, bem como integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde. Neste sentido, a assistência terapêutica integral, inclui assistência farmacêutica como parte do cuidado à saúde individual ou coletiva<sup>(10)</sup>.

O acesso aos medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante no seguimento do tratamento

prescrito<sup>(11)</sup>. A não disponibilidade da assistência farmacêutica completa, isto é, não têm acesso ou têm de forma limitada, influencia na subutilização dos medicamentos prescritos entre os idosos<sup>(5)</sup>. Este fato é ainda mais agravante nesta faixa etária, já que com o envelhecimento aumenta a prevalência de doenças crônicas e as necessidades por cuidados de saúde, entre elas o consumo de fármacos.

De fato, o SUS avançou consideravelmente nos últimos anos na organização de programas com a finalidade de garantir o acesso da população ao medicamento<sup>(10)</sup>. Para o tratamento da hipertensão e diabetes, além da disponibilidade do remédio na atenção básica de saúde, foram lançados programas que

possibilitam a aquisição do medicamento a preços simbólicos e, mais recente, a garantia da gratuidade do medicamento em drogarias credenciadas.

Entretanto, no presente estudo 26,2% dos entrevistados referiram utilizar recursos próprios para aquisição do medicamento. Esse aspecto aponta para a fragilidade das estratégias de provisão dos remédios nos serviços públicos e a necessidade de maiores esclarecimentos junto à população quanto aos programas governamentais para aquisição gratuita dos medicamentos com vistas ao controle glicêmico.

A proporção de mulheres idosas, quase três vezes maior em relação aos homens na casuística estudada, também é encontrada em outros estudos<sup>(12-13)</sup> e ilustram a feminização do envelhecimento. Alguns fatores buscam explicar a diferença entre os sexos a favor das mulheres tais como: a proteção cardiovascular dada pelo estrógeno, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, menor consumo de tabaco e álcool, além da maior vigilância em termos de atenção à saúde ao longo do curso da vida por parte das mulheres<sup>(14)</sup>.

O fator idade tem influência na função cognitiva e visual do idoso, dificultando a distinção e a manipulação de diversos medicamentos ao mesmo tempo<sup>(15)</sup>, o que pode comprometer o seguimento da terapêutica prescrita para o controle glicêmico. No entanto, neste estudo, as porcentagens dos aderentes ao tratamento de acordo com a diferença de idade foram mínimas, sendo ainda mais prevalente entre os idosos mais jovens.

No desenvolvimento da consulta de enfermagem aos indivíduos com diabetes, o profissional deve estar atento às dificuldades que o idoso pode ter para entender e seguir as orientações fornecidas para o controle glicêmico. Reforça-se, ainda, a importância do diálogo claro e objetivo, com as orientações ditas de forma lenta, compassada, em voz alta e olhando nos

olhos, o que facilitará a comunicação pela expressão facial e leitura labial por parte do profissional e gerente<sup>(16)</sup>.

A predominância de idosos com boa escolaridade, difere da condição observada para a maioria dos idosos brasileiros, reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época que esses idosos nasceram e cresceram, em um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias<sup>(17)</sup>. O fato de muitos idosos do presente estudo também participarem de um Programa de Educação Permanente, a Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI), pode justificar a especificidade da clientela quanto a escolaridade diferenciada. No entanto, foi observado que quanto maior a escolaridade menor foram as taxas de adesão a terapia, o que pode estar relacionado com as representações do idoso sobre o diabetes e a motivação para o autocuidado<sup>(5)</sup>.

Quanto ao arranjo familiar, o bigeracional foi o mais prevalente entre os idosos entrevistados. O suporte familiar representa uma unidade de cuidados que influencia nas orientações de saúde recebidas pelos indivíduos com diabetes, podendo resultar em maior adesão às recomendações da dieta e exercício físico, como também ao seguimento medicamentoso. No entanto, há também a possibilidade de que essa influência possa conflitar com as recomendações de saúde, uma vez que a família é influenciada pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, que são fundamentais para que o indivíduo com diabetes consiga alcançar o automanejo de sua doença<sup>(18)</sup>.

Ao levar em consideração a maior prevalência de mulheres neste estudo, a viuvez ganha relevância no planejamento de estratégias de cuidado, uma vez que essas idosas estão mais vulneráveis ao isolamento social e à depressão<sup>(19)</sup>. Contudo, observa-se uma maior prevalência de adesão nesta categoria, podendo-se

inferir que a maior preocupação com as práticas de cuidado estejam direcionadas à prevenção das complicações do diabetes que pode contribuir para superação da fragilidade e manutenção da independência dos indivíduos.

A renda é um fator determinante na situação de saúde do idoso, pois é nesta fase que há uma maior necessidade de medicamentos. É preocupante o fato de 51,6% dos idosos entrevistados possuírem renda de um a dois salários-mínimos e ainda assim, contribuirão totalmente com o sustento da casa. Tal situação favorece à maior vulnerabilidade do idoso e pode trazer prejuízos às suas necessidades básicas e qualidade de vida. Ressalta-se que, entre os idosos aderentes, foram observadas variações mínimas entre as faixas de rendas mensais.

A avaliação do seguimento terapêutico é um dos frequentes problemas encontrados pelos profissionais de saúde ao assistir indivíduos com doenças crônicas. Considerando que cada tipo de medida tem suas próprias fontes de erro, acredita-se que o ideal seria a combinação de duas ou mais medidas de adesão, de forma a procurar garantir a fidedignidade e a confiabilidade dos resultados obtidos<sup>(5)</sup>. Neste estudo, o comportamento de adesão foi avaliado por métodos indiretos através do autorrelato e teste padronizado, obtendo-se valores diferenciados, porém complementares.

O grau de adesão autorreferido é uma medida simples, mas subjetiva da avaliação do seguimento farmacológico. Neste estudo, mostrou-se condizente com os 80% recomendados na literatura<sup>(6)</sup>. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 165 idosos assistidos a nível ambulatorial na cidade de São Paulo, cujo percentual de adesão medicamentosa correspondeu a 88,5% dos entrevistados<sup>(13)</sup>. Contudo, quando da utilização do teste padronizado (Teste de Batalha), que avalia o seguimento dos cuidados com a

saúde através do conhecimento que o idoso possui sobre o diabetes e o tratamento, o valor obtido para adesão mostrou-se inferior, corroborando com outra investigação onde o mesmo instrumento foi utilizado<sup>(12)</sup>.

Neste estudo, ambos os métodos de avaliação foram complementares para o entendimento do fenômeno da adesão farmacológica do idoso diabético. A discrepância dos valores relativos à auto-referência as práticas de cuidado quando comparado ao teste padronizado pode estar relacionada com a necessidade do idoso de se auto-afirmar independente para o autocuidado com a saúde. No entanto, a falta de informação da maioria dos entrevistados acerca da sua doença e tratamento, demonstrada pelo resultado do Teste de Batalha, mostrou de forma real, que o conhecimento pode influenciar o comportamento dos indivíduos, ao tomar decisões em seguir ou não a terapêutica prescrita para o diabetes<sup>(6)</sup>.

Desse modo, a insipiência de informações sobre a doença e o tratamento remete muitas vezes a necessidade de adequação de linguagem, quer no atendimento individual ou em grupo, por parte do profissional de saúde, em especial pelo enfermeiro. Além disso, prima-se por um maior conhecimento do público-alvo, o entendimento do processo de adesão sob o enfoque biológico, comportamental e emocional dos indivíduos, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança, considerando as especificidades do processo de envelhecimento.

Assim, ambos os métodos, possibilitam a identificação de possíveis entraves ao seguimento terapêutico e o desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde, alicerçadas nas reais necessidades do idoso, e com vistas à prevenção das complicações do diabetes e manutenção da capacidade funcional.

A educação em saúde é um dos pilares da prática do enfermeiro na busca do desenvolvimento da



autonomia e na corresponsabilização dos sujeitos no cuidado com sua saúde. Neste sentido, a participação em atividades educativas favorece a aquisição de conhecimentos e habilidades acerca do autocuidado que a doença demanda<sup>(2)</sup>, além de oportunizar a identificação de possíveis problemas que possam estar interferindo nas práticas de cuidado.

Na literatura especializada registra-se de forma positiva o uso de metodologias ativas nas práticas de educação em saúde ao idoso diabético, as quais possibilitam a troca entre o diálogo e a elaboração das vivências, relacionadas ao conviver com o diabetes, favorecendo o empoderamento no lidar com a doença através da (re)construção do conhecimento sobre o diabetes e a adoção de comportamentos especiais de autocuidado<sup>(20)</sup>.

Conhecer o perfil dos idosos, sua situação de saúde e, principalmente, suas necessidades, possibilita planejar cuidados de enfermagem e direcioná-los para as intervenções específicas<sup>(19)</sup>. Considerar as questões ligadas à realidade dos idosos, como ponto de reflexão para entender melhor a problemática do seguimento medicamentoso vivenciada por essa população, possibilitará a elaboração e o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades específicas desse grupo.

Na análise das variáveis socioeconômicas e demográficas como possíveis fatores interferentes na adesão ao tratamento medicamentoso, a não observância de associação significativa condiz com a literatura pesquisada<sup>(2,12)</sup>.

## CONCLUSÕES

O uso de recursos próprios com comprometimento da renda familiar para aquisição do medicamento com vistas ao controle glicêmico ainda é uma realidade na parcela da população mais medicada da sociedade.

Apesar das variáveis socioeconômicas e demográficas não se mostrarem como possíveis fatores interferentes na adesão autorreferida ao tratamento medicamentoso, observa-se uma maior prevalência de cuidados entre os idosos mais jovens, viúvos e com baixa escolaridade, podendo estar relacionada com a necessidade do idoso de se auto-afirmar independente para o autocuidado com a saúde. Além disso, a falta de informações sobre a doença e o tratamento interferiu de forma real no seguimento terapêutico quando avaliado por teste padronizado.

Desse modo, visualiza-se a necessidade do fortalecimento das políticas de saúde para melhorar o acesso gratuito da população idosa aos medicamentos para o tratamento do diabetes. Também é relevante a promoção de ações educativas pelos serviços de saúde que favoreçam o conhecimento do público-alvo sobre a doença e o tratamento, incluindo os aspectos biológico, cultural e motivacional através de metodologias ativas embasadas no cotidiano do viver com diabetes.

## REFERÊNCIAS

1. Castellar JI, Karnikowski MGO, Vianna LG, Nóbrega OT. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. *Acta Med Port.* 2007; 20:97-105.
2. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(1):175-84.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD; 2007.
4. Cipe Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fatima Marin]. 2ª ed. São Paulo: Algor; 2011.

5. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com Ciênc Saúde*. 2007; 18(1):57-67.
6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-82.
7. World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
8. Silva LWS, Santos K MO. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. *Rev Kairós Gerontol*. 2010; 13(1):245-57.
9. Batalla Martínez C, Blanquer Laguarda A, Ciurana Misol R, Garcia Soldevilla M, Jordi Cases E, Pérez Callejón A, et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1984;1(4):185-91.
10. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):149-56.
11. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:267-80.
12. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(7):1885-92.
13. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl. 3): 3507-15.
14. Camarano AA, Kanso S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: IPEA; 2009.
15. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues Neto JF, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(4):811-8.
16. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene*. 2008; 9(1):86-95.
17. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(5):625-31.
18. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enferm*. 2012; 20(1):52-8.
19. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.):988-94.
20. Borba AKOT, Ramos RSPS, Marques APO, Linhares FMP, Ramos VP, Leal MCC. Health Education: operative group experience for diabetic elderly people. *Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]*. 2011[citado 2012 set 10]; 5(spe):2665-71. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2377>.

Recebido: 08/01/2013  
Aceito: 25/02/2013