

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Enfermagem

Beatriz Pavan Campos
Larissa Laurentino Silva

**ADESÃO TERAPÊUTICA ENTRE INDIVÍDUOS IDOSOS QUE
FREQUENTAM O CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO
ROSÁRIO.**

São Paulo
2019

Beatriz Pavan Campos
Larissa Laurentino Silva

**ADESÃO TERAPÊUTICA ENTRE INDIVÍDUOS IDOSOS QUE
FREQUENTAM O CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO
ROSÁRIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Enfermagem do Centro
Universitário São Camilo, orientado pela Prof^a
Dra. Carla Maria Maluf Ferrari, como requisito
parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

São Paulo
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Campos, Beatriz Pavan

Adesão terapêutica entre indivíduos idosos que frequentam o Centro Social Nossa Senhora do Rosário / Beatriz Pavan Campos, Larissa Laurentino Silva. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.
43 p.

Orientação de Carla Maria Maluf Ferrari

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2019.

1. Adesão à medicação 2. Assistência a idosos 3. Cuidados de enfermagem
I. Silva, Larissa Laurentino II. Ferrari, Carla Maria Maluf III. Centro Universitário São Camilo IV. Título

CDD: 610.7365

Beatriz Pavan Campos
Larissa Laurentino Silva

**ADESÃO TERAPÊUTICA ENTRE INDIVÍDUOS IDOSOS QUE
FREQUENTAM O CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO
ROSÁRIO.**

São Paulo, 10 de dezembro de 2019.

Professor Orientador Dra. Carla Maria Maluf Ferrari

Professor Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente a Deus por nos permitir chegar até aqui, por nos conceder a força necessária para vencer as batalhas e iluminar nosso caminho para tornar esse sonho possível.

Dedicamos aos nossos pais ***Solange e Sebastião, Luciana e Francisco*** por ser nossa fortaleza durante esses cinco anos e aos nossos familiares que tanto nos apoiaram e nos incentivaram, por se fazerem presentes nos momentos de dificuldade, nos impulsionando para seguir em frente.

Agradecemos aos nossos amigos e colegas que estiveram conosco nessa trajetória, ouvindo nossas angústias, aguentando nosso estresse e contribuindo com palavras de força e determinação.

Agradecemos nossa querida orientadora, ***Carla Maria Maluf Ferrari***, pelos ensinamentos e paciência (obrigada mesmo pela paciência), por acreditar em nosso potencial e nos mostrar que somos capazes de conquistar o que almejamos.

Agradecemos também a todos os professores e educadores que fizeram parte dessa trajetória, agregando conhecimento e contribuindo para nossa formação e desenvolvimento profissional e pessoal.

Um agradecimento especial a ***Carlos Coutinho***, por tornar esse trabalho possível, com sua inteligência MASTER, criando nossa base de dados (você é demais !!).

E por fim, mas não menos importante, nos agradecer como dupla (e que dupla perfeita né amiga), quantos momentos compartilhamos juntas durante esses cinco anos e hoje é uma honra compartilhar esse ponto final e inicial de uma nova trajetória, tão esperada e tão importante de nossas vidas, juntas. Que nossa amizade possa durar para todo sempre.

RESUMO

O processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da população idosa, resulta na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, tornando esta população a principal consumidora de medicamentos. Considerando o tratamento simultâneo das doenças que acometem os idosos, o aumento da complexidade terapêutica pode interferir na adesão ao tratamento e controle da doença. A adesão ao tratamento é uma atitude ativa, com o envolvimento voluntário e colaborativo do paciente numa ação conjunta com o profissional. Assim, o objetivo do estudo foi descrever a adesão e complexidade terapêutica entre indivíduos idosos que frequentam um programa ambulatorial de atendimento ao idoso com doença crônica. Tratou-se de uma análise descritiva, quantitativa, transversal, com amostragem de 85 indivíduos, com 60 anos ou mais, independentes nas suas atividades de vida diária, que não apresentavam problemas cognitivos e/ou psiquiátricos diagnosticados, e frequentavam o serviço de atendimento na Paróquia Nossa senhora do Rosário há pelo menos um mês. A coleta de dados iniciou após aprovação da pesquisa pelo CoEP mediante o parecer nº 2.448.411 e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelo participante. Para coleta de dados demográficos e epidemiológicos foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras; para mensurar a adesão, o Teste de Morisky-Green; e a complexidade terapêutica foi o Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). A amostra foi constituída por 76 (89,4%) mulheres, 9 (10,6%) homens; 33 (38,8%) na faixa etária entre 60 e 70 anos, 24 (28,2%) entre 71 e 80 anos e 25 (29,4%) entre 81 e 90 anos; 60 (70,6%) da raça branca, 21 (24,7%) da raça parda/morena; 4 (4,7%) da raça preta/negra; 39 (45,9%) viúvos, 21 (24,7%) casados, 9 (10,5%) solteiros, 16 (18,8%) divorciados/separados; 84 (98,8%) possuíam uma religião e destes, 68 (80,9%) eram católicos; quanto ao nível de escolaridade 4 (4,7%) nunca estudou, 45 (52,9%) apresentaram ensino fundamental incompleto, 21 (24,7%) médio incompleto, 3 (3,5%) superior incompleto, 9 (10,6%) superior completo; quanto à presença de doenças, 57 (67,0%) informou hipertensão, 35 (41,2%) dislipidemia, 25 (29,4%) diabetes mellitus e 20 (23,5%) alterações da tireoide. Segundo o Teste de Morisk-Green, 30 (35,3%) apresentavam alta adesão e 55 (64,7%) média/baixa adesão; quanto à complexidade terapêutica, mensurada pelo ICFT, variou de 4 a 46,5 pontos entre os indivíduos que faziam uso de um a 12 medicamentos; 50 (58,8%) conseguiam a medicação pelo SUS, 18 (21,2%) em igrejas e 15 (17,6%) compram a medicação e, quando não conseguem, 54 (79,4%) compram a medicação, 6 (8,8%) adquirem por outros meios e 8 (11,8%) ficam sem tomar; quanto ao apoio de amigos/familiares para seguir tratamento, 44 (51,8%) tem apoio e 41 (48,2%) não tem apoio; quanto a percepção da saúde 10 (11,8%) consideraram ótima, 41 (48,2%) muito boa/boa, 28 (32,9%) razoável e 6 (7,0%) ruim/ muito ruim. Nesta amostra, identificou-se média/baixa adesão com média complexidade terapêutica, influenciada pelo baixo nível de escolaridade e, muitas vezes, da alta complexidade terapêutica, evidenciando a importância do monitoramento da adesão e da educação em saúde de forma individualizada priorizada pelo enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: adesão à medicação, assistência a idosos e cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The demographic transition process, characterized by the increase in the elderly population, results in the prevalence of non-communicable chronic diseases, making this population the main consumer of medicines. Considering the simultaneous treatment of diseases that affect the elderly, increased therapeutic complexity may interfere with treatment adherence and disease control. Adherence to treatment is an active attitude, with the voluntary and collaborative involvement of the patient in a joint action with the professional. Therefore the target of this study was to describe the adherence and therapeutic complexity among elderly individuals attending an outpatient care program for the elderly with chronic disease. It was a descriptive, quantitative, cross-sectional analysis, with a sample of 85 individuals, 60 years old or older, independent in their daily living activities, who did not present diagnosed cognitive and / or psychiatric problems, and attended the service at Paróquia Nossa Senhora do Rosário for at least a month. Data collection began after approval of the research by CoEP through record No. 2,448,411 and signature of informed consent by the participant. To collect demographic and epidemiological data, an instrument developed by the authors was used; To measure adherence, the Morisky-Green test was used and the therapeutic complexity was the Pharmacotherapy Complexity Index (ICFT). The sample consisted of 76 (89.4%) women, 9 (10.6%) men; 33 (38.8%) between 60 and 70 years old, 24 (28.2%) between 71 and 80 years old and 25 (29.4%) between 81 and 90 years old; 60 (70.6%) white ethnicity, 21 (24.7%) brown race; 4 (4.7%) of the black ethnicity; 39 (45.8%) widowed, 21 (24.7%) married, 9 (10.5%) single, 16 (18.8%) divorced/separated; 84 (98.8%) had a religion and of these, 68 (80.9%) were Catholic; Regarding the level of education 4 (4.7%) never studied, 45 (52.9%) had not completed elementary school, 21 (24.7%) had not completed high school, 3 (3.5%) had not completed college, 9 (10.5%) completed college; Regarding the presence of diseases, 57 (67%) reported hypertension, 35 (41.2%) dyslipidemia, 25 (29.4%) diabetes mellitus and 20 (23.5%) thyroid abnormalities. According to the Morisk-Green Test, 30 (35.3%) had high adherence and 55 (64.7%) medium / low adherence; Regarding therapeutic complexity, measured by the ICFT, it ranged from 4 to 46.5 points among individuals who used one to 12 drugs; 50 (58.8%) got the medication from SUS, 18 (21.2%) from churches and 15 (17.6%) bought the medication and, when they couldn't, 55 (80.9%) bought the medication, 6 (8.8%) acquire by other means and 8 (11.8%) do not take; Regarding the support of friends / family to follow treatment, 44 (51.8%) have support and 41 (48.2%) have no support; Regarding health perception, 10 (11.8%) considered it excellent, 41 (48.2%) very good / good, 28 (32.9%) reasonable and 6 (7%) bad / very bad. In this sample, we identified medium / low adherence with medium therapeutic complexity, influenced by the low level of education and, often, the high therapeutic complexity, highlighting the importance of monitoring adherence and health education individually prioritized by the nurse.

Key words: medication adherence, elderly care and nursing care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO GERAL	13
3. MÉTODOS	14
3.1. Tipo de estudo	14
3.2. Local do Estudo	14
3.3. Variáveis do estudo	15
3.4. Instrumentos de coleta de dados	17
3.5. Operacionalização da coleta de dados	18
3.6. Análise dos resultados	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	29
6. REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	38
ANEXO A – Teste de Morisky-Green	43
ANEXO B – Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)	44

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que desencadeia mudanças no organismo decorrentes da idade, que influenciam no desenvolvimento ativo e saudável e na qualidade de vida. Além de gerar um desgaste orgânico natural, esse processo também provoca alterações nos aspectos sociais, culturais e emocionais (CIOSAK et al., 2011).

Em uma abordagem mais específica sobre o envelhecimento populacional, nota-se um aumento da prevalência das doenças crônicas e uma mudança de paradigma na saúde pública. A saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional, como resultante da adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, por meio do qual mantém-se a autonomia, e, logo, um envelhecimento saudável (RAMOS, L., 2003).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, de acordo com Minayo (2012), no século XX a expectativa de vida no Brasil era em torno de 33,5 anos. A Projeção da População do IBGE, atualizada em 2018, aponta que, em 2043 um quarto da população terá mais de 60 anos, enquanto a porcentagem de jovens de até 14 anos será de apenas 16,3%. A relação entre esses números determina o chamado Índice de Envelhecimento, que deve aumentar de 43,19% para 173,47% em 2060 (PERISSÉ; MARLI, 2019).

Com o processo de transição demográfica, no qual a população tipicamente jovem e adulta torna-se idosa, surge a necessidade de adaptação dos serviços de saúde buscando proporcionar qualidade de vida para essa população que é mais acometida por doenças crônicas, resultando em maior utilização do sistema de saúde (ALVES et al., 2016).

Dentre os impactos do envelhecimento, destaca-se o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Bernal et al. (2016), cita como mais recorrentes as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes. Quando estas aparecem simultaneamente, caracterizando o conceito de multimorbidade, aumenta o risco de mortalidade na população (SILVA, et al., 2017).

De acordo com Silva et al. (2017), as doenças crônicas são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais. Estas são doenças de longa duração, no geral, de progressão lenta e raramente apresentam cura total, podendo gerar impactos no estado emocional e físico, afetando o desenvolvimento de atividades diárias e relações sociais (RIBEIRO, J., et al., 2017).

O estudo realizado por Bernal et al. (2016), considerando os fatores de risco modificáveis: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, evidencia os planos e metas nacionais, estaduais e municipais definidos por diretrizes e ações como o cumprimento de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral aos indivíduos.

Considerando as doenças crônicas, a primeira opção de escolha é instituir um tratamento não medicamentoso que inclui, principalmente, a mudança dos hábitos alimentares, a prática de atividades físicas e não consumir o álcool e tabaco. Em abordagens secundárias e terciárias, faz-se o uso concomitantemente de medidas farmacológicas e não farmacológicas visando o controle das doenças, redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida dos indivíduos com DCNTs (TAVARES et al., 2015).

A educação em saúde deve ser priorizada pelo enfermeiro, como lembra Costa et al. (2014), enfatizando a importância de hábitos saudáveis, devendo estimular o autocuidado. As práticas educativas devem atender as necessidades individuais e familiares para maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A adesão ao tratamento está relacionada a fatores comportamentais e externos que determinam as formas de enfrentamento e a rede de apoio de cada indivíduo (TADDEO et al., 2012). Além disso, destacam-se também como fatores determinantes as condições que o próprio tratamento causa, como a complexidade terapêutica, custo do tratamento, reação adversa, duração, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim (BRASIL, 2016).

Daniel e Veiga (2013) mostraram em seu estudo que os principais fatores dificultadores do processo de adesão à terapêutica medicamentosa são o

esquecimento na tomada de medicamentos, os efeitos colaterais dos medicamentos, a complexidade do regime de tratamento, o alto custo do medicamento, a falta de acesso à medicação, o tempo de tratamento, o receio de uso de medicamentos com bebida alcóolica, insegurança quanto ao tratamento, interrupção do tratamento e modificação nos hábitos de vida.

Desta forma, a participação do paciente em seu tratamento, depende da forma como vê a doença, portanto, o profissional da saúde deve adaptar a assistência de forma individualizada buscando a adesão ao plano terapêutico (TADDEO et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a adesão ao tratamento acontece quando o comportamento do indivíduo condiz com o plano acordado com os profissionais de saúde. É caracterizada pelo desenvolvimento de pelo menos 80% do tratamento prescrito.

Dois perfis podem ser avaliados em pacientes não aderentes ao plano terapêutico: o involuntário, que abandona o tratamento por falta de conhecimento de sua condição de saúde, falha do profissional em instruir o indivíduo ou por esquecimento e desorganização na ingestão medicamentosa, caracterizando a subutilização medicamentosa (quando o medicamento é utilizado de forma ineficaz); e o voluntário, aquele que opta abandonar, parcial ou totalmente, o tratamento por diversos motivos mesmo consciente das consequências (BRASIL, 2016).

O teste de Morisky-Green consiste em uma escala composta por quatro perguntas que identificam atitudes e comportamentos frente à tomada de medicações. Esse método se mostra bastante efetivo na avaliação da adesão ou não adesão ao tratamento medicamentoso (UNGARI, 2007).

A teoria desenvolvida pelos criadores desse teste determina que o uso inadequado de medicamentos pode estar relacionado ao esquecimento, falta de cuidado em tomar a medicação, interromper o medicamento quando se sentir melhor ou pior. Esse método de avaliação é de fácil aplicação e interpretação, é validado e tem apenas quatro questões de fácil entendimento (BORGES, 2012).

O Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) é um instrumento utilizado para avaliar a complexidade terapêutica considerando os medicamentos. Ele é dividido em três seções: **A** contém informações sobre dosagens, **B** relacionada às informações de frequência de doses e **C** correspondente as informações adicionais da terapia. O resultado é obtido a partir da somatória das três seções (MARTINEZ; FERREIRA, 2012).

Quando o idoso não adere ao seu plano terapêutico, as consequências colocam sua saúde e qualidade de vida em risco, podendo afetar até mesmo sua família e se tornar um problema de saúde pública, atingindo a comunidade e sociedade. Por isso, é importante o enfermeiro ter conhecimento dos fatores relacionados a não adesão ao tratamento, para que sua assistência seja integral, com planejamento de intervenções adequadas (GAUTÉRIO-ABREU et al. 2016). Com isso, no presente estudo, buscou-se analisar a população estudada, em relação a perfil sociodemográfico, adesão ao tratamento e fatores que interferem a adesão ou não adesão dos indivíduos.

2. OBJETIVO GERAL

Descrever a adesão e complexidade terapêutica entre indivíduos idosos que frequentam um programa ambulatorial de atendimento ao idoso.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de análise descritiva, quantitativa, transversal, objetivando identificar a adesão ao tratamento de indivíduos idosos com doença crônica não transmissível e os fatores relacionados.

3.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Centro Social Nossa Senhora do Rosário da Pompeia, CNPJ 60.809.837/0001-08, localizado no bairro da Pompéia, na Região Oeste do Município de São Paulo, após aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa (CoEP) mediante o parecer nº 2.448.411. A instituição é uma associação filantrópica de utilidade pública, reconhecida pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, mas sua manutenção é feita por contribuições espontâneas de voluntários e paroquianos. Conta com serviços de atendimento psicológico, social, farmacêutico, odontológico, serviços de enfermagem, nutrição, fisioterapia, especialidade médica, núcleo de convivência para idosos, bazar permanente, atendimento jurídico, curso de alfabetização, educação em saúde (grupos de memória, canto e movimento e bingo) e os programas assistenciais (PADI, Viva Leite e cesta básica). Criado em 1998 com o objetivo de prestar atendimento domiciliar especializado aos idosos moradores da comunidade e suas famílias, residentes de uma área delimitada nas proximidades da Paróquia Nossa Senhora do Rosário. Atendem uma população estimada de 600 pessoas, além do atendimento domiciliar.

A amostra foi composta por 85 idosos cadastrados no Centro Social Nossa Senhora do Rosário da Pompeia que utilizam os serviços há pelo menos um mês. O cálculo da amostra foi com base em 5% de erro e com nível de segurança de 95% (SANTOS, 2017).

Quadro 1. Cronograma das atividades oferecidas pelo Centro Social Nossa Senhora do Rosário de Pompéia. São Paulo, 2019.

Atividades Centro Social Nossa Senhora do Rosário				
Farmácia	Serviço de Enfermagem	Serviço Social	Artesanato	Ambulatório de Incontinência
3^a/4^a/5^a/6^a feira 09h00 às 11h00 14h00 às 16h00	2^a a 6^a feira 08h00 às 12h00 13h00 às 17h00	2^a a 6^a feira 09h00 às 12h00 14h00 às 17h00	2^a e 4^a feira 14h00 às 16h00	2^a feira 08h00 às 12h00 14h00 às 16h00
Oficina de Canto	Atividade Fisioterapêutico para idosos	Oficina de Memória	Atividade Física	Bingo
3 ^a feira 14h00 às 16h00	4 ^a feira 08h00 às 10h00 14h00 às 16h00	5 ^a feira 14h00 às 16h00	6 ^a feira 08h00 às 10h00	6 ^a feira 14h00 às 16h00

3.2.1. Critérios de inclusão

Indivíduos que tinham idade igual ou superior a 60 anos, eram independentes nas suas atividades de vida diária (AVD), com ausência de problemas cognitivos e/ou psiquiátricos diagnosticados, que aceitaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Os critérios foram estabelecidos, tendo em vista os instrumentos utilizados na coleta de dados. Estes requerem que os participantes tenham capacidade instrucional e cognitiva para compreender e responder as questões.

3.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos indivíduos dependentes nas suas atividades de vida diária (AVD), com problemas cognitivos e/ou psiquiátricos diagnosticados.

3.3. Variáveis do estudo

Nas análises de relações entre variáveis, estas foram consideradas como dependente a adesão terapêutica e independentes as variáveis relacionadas aos aspectos pessoais, físicos, sociais e os envolvidos ao tratamento e ao serviço.

3.3.1. Variável dependente

- Adesão terapêutica: para avaliação da adesão, será aplicado o Teste de Morisky Green.

3.3.2. Variáveis independentes

3.3.2.1. Variável sociodemográfica

- Gênero: variável categórica nominal dicotômica (feminino ou masculino);
- Idade: variável quantitativa contínua referida pelo entrevistado no dia da entrevista;
- Vive em companhia de alguém: categoria nominal, relatada pelo participante separando-os em: viúvo (a), separado (a), divorciado (a), casado (a) ou tem um (a) companheiro (a);
- Cor da pele: variável categórica nominal que será categorizada em brancos, pardos, amarelos, indígenas ou pretos/negros, conforme informado pelo participante;
- Religião: variável categórica nominal considerando a informada pelo entrevistado e organizando-as em dois grupos: dos que referiam alguma religião e nenhuma religião;
- Escolaridade: variável categórica nominal referida pelo entrevistado separando em grupos com: nenhuma escolaridade, ensino médio (completo ou incompleto) ensino fundamental (completo ou incompleto) ou ensino superior (completo ou incompleto);
- Renda per capita familiar: categórica nominal referida pelo participante;
- Situação ocupacional: variável categórica nominal classificada em dois grupos: os que estão inseridos no mercado de trabalho (empregado e autônomo) e os que não estão inseridos (aposentados ou pensionistas, auxílio-doença, desempregados ou do lar).

3.3.3. Variáveis clínicas e medicamentosas

- Comorbidades: variável nominal coletada pela informação do participante;
- Medicação: variável nominal referida pelos entrevistados separando-os em grupo dos que fazem o uso da medicação e os que não fazem uso de medicação;
- Como faz para conseguir a medicação: categórica nominal referida pelo participante e classificado entre os que compram e não compram a medicação;
- Complexidade terapêutica: variável que será mensurada pelo Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT);

- Percepção da saúde: variável categórica nominal referida pelo entrevistado quanto a sua percepção de muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim.

3.3.4. Variáveis relacionadas ao apoio familiar.

O apoio familiar é variável categórica nominal que classificará o apoio familiar ou de amigos em: contínuo quando a resposta a pergunta 18.1 do Apêndice B for sim, e sempre a pergunta 18.2; intermitente, quando as respostas a essas perguntas foram sim e quase sempre, respectivamente; raro, quando a resposta for afirmativa na questão 18.1, porém raramente na pergunta 18.2. O apoio familiar e social for considerado ausente nos casos de respostas negativas no item 18.1 do questionário (Apêndice B). Na análise de associação, essa variável será categorizada em dois grupos sempre/quase sempre e raramente/não tem apoio.

3.3.5. Variáveis relacionadas ao serviço

- Frequência das consultas médicas: variável numérica contínua, mensurada em dias/meses. Expressa o período entre as consultas médicas;
- Satisfação com relação ao atendimento recebido no Centro Social Nossa Senhora do Rosário.

3.4. Instrumentos de coleta de dados

Durante a coleta de dados, foram aplicados os instrumentos descritos a seguir:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A): utilizado para obter o consentimento do paciente na participação da pesquisa. O mesmo compreende os dados sobre a pesquisa, informações sobre o responsável pelo estudo e sobre a Instituição responsável, oferecendo garantias do sigilo dos dados individuais e de ausência de prejuízo em consequência da desistência ou não participação da pesquisa.
- Teste de Morisky-Green (Anexo A): o teste é constituído por quatro questões, com respostas dicotômicas (SIM/NÃO), que usam como soma das respostas a avaliação da adesão ou não adesão. Será considerada alta adesão quando houver quatro respostas negativas, média adesão quando for três ou duas e baixa adesão, para uma ou zero questões negativas.

- Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) (Anexo B): instrumento que foi utilizado para quantificação da complexidade de terapêutica, o Medication Regimen Complexity Index (MRCI), traduzido e validado na versão brasileira, tem o nome de Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). Dividido em três seções constituídas por 65 itens: A (informações sobre formas farmacêuticas); B (informações sobre a frequência de tomada de medicação); C (informações adicionais, como horários específicos, uso do medicamento com alimentos e dissolução em água). Nos casos em que a dosagem é opcional, deve-se escolher as instruções com a menor dose/frequência. Ao fim é realizado a soma da pontuação das três seções atribuída a cada medicamento, sendo que não foi estipulado categorias para gradação da complexidade, pois não há também um limite para o número de medicamentos que podem ser prescritos ou para as instruções adicionais associadas a um esquema terapêutico individualizado. Sendo assim, quanto mais alta a pontuação no ICFT, maior será também a complexidade terapêutica. (MELCHIORS et al., 2007; GEORGE et al., 2008).
- Instrumento para coleta de dados (Apêndice B): questionário elaborado pelas autoras para coleta dos dados relacionados à alguns itens considerados nas variáveis.

3.5. Operacionalização da coleta de dados

Os idosos que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice A), foram entrevistados individualmente nos consultórios do Centro Social Nossa Senhora do Rosário, abordados no dia das atividades propostas pelo local da pesquisa, conforme agendamento das atividades demonstradas no quadro 1, momento que foi aplicado os instrumentos de coleta de dados apêndices A e B e anexos B e C. Os pesquisadores aguardaram o final da participação dos idosos nas atividades propostas pelo Centro Social e realizaram o convite para participar da pesquisa.

3.6. Análise dos resultados

Os dados foram coletados e armazenados em banco de dados Excel e apresentados em números e porcentagens.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra obtida, 57 (67,0%) apresentavam faixa etária entre 60 a 80 anos; quanto ao gênero prevaleceu o sexo feminino 76 (89,4%); 60 (70,6%) se consideraram da raça branca; 39 (45,9%) eram viúvos e 21 (24,7%) casados; 84 (98,8%) possuíam religião, destes, 68 (80,9%) eram católicos; quanto ao nível de escolaridade, 45 (52,9%) tinham o ensino fundamental incompleto e 9 (10,6%) o superior completo; quando avaliada sua ocupação, 60 (70,6%) eram aposentados e 12 (14,1%) pensionistas. Dados representados no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição da população estudada por faixa etária, gênero, raça, estado civil, religião, nível escolar, ocupação e renda. São Paulo, 2019.

Indicadores sociodemográficos		
Idade	Nº	%
60 a 70 anos	33	38,8
71 a 80 anos	24	28,2
81 a 90 anos	25	29,4
Acima de 90 anos	03	3,6
Total	85	100
Gênero	Nº	%
Feminino	76	89,4
Masculino	09	10,6
Total	85	100
Raça	Nº	%
Branca	60	70,6
Parda/Morena	21	24,7
Preta/Negra	04	4,7
Total	85	100
Estado civil	Nº	%
Viúvos	39	45,9
Casados	21	24,7
Solteiros	09	10,6
Divorciados/Separados	16	18,8
Total	85	100
Religião	Nº	%
Possuem religião	84	98,8
Não possuem religião	01	1,17
Total	85	100

Indicadores sociodemográficos		
Nível de escolaridade	Nº	%
Nunca estudou	04	4,7
Ensino fundamental incompleto	45	52,9
Ensino médio incompleto	21	24,7
Ensino superior incompleto	03	3,5
Ensino superior completo	09	10,6
Não sabe	03	3,5
Total	85	100
Ocupação	Nº	%
Aposentado	60	70,6
Desempregado	07	8,2
Autônomo	04	4,7
Empregado	02	2,3
Pensionista	12	14,1
Total	85	100
Renda	Nº	%
Não sabe ou não quer informar	28	32,9
Sem renda própria	01	1,2
≤ 1 salário mínimo	15	17,6
> 1 ou ≤ 5 salários mínimos	32	37,6
≥ 5 salários mínimos	09	10,6
Total	85	100

Em 2010 a esperança de vida ao nascer na população brasileira era de 73,9 anos e a população idosa tinha uma relação de 39 a cada 100 jovens, com um total de cerca de 20,5 milhões de idosos no país. Para 2040 estima-se que a proporção de idosos no Brasil seja de 153 a cada 100 jovens, com expectativa de vida ao nascer de 79,9 anos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Entre as características do processo de envelhecimento, verificou-se a prevalência da feminização na população brasileira com mais de 60 anos (PORCIÚNCULA et al., 2014). Um estudo realizado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Características dos Moradores e Domicílio, mostrou que em 2012 houve um aumento de 4,8 milhões, comparado ao total de 25,4 milhões de idosos, ou seja, um crescimento de 18% deste grupo etário nos últimos cinco anos. As mulheres representam uma parte sobressalente deste grupo, com 56% de idosas (16,9 milhões) e os homens retratam 44% (13,3 milhões) dessa população (IBGE, 2018). Os dados do IBGE condizem com a característica da

amostra obtida a partir deste estudo, destacando a prevalência de mulheres (89,4%) entre a população entrevistada.

Quando comparada a expectativa de vida entre gêneros, dados do IBGE (2018) mostravam que a esperança de vida das mulheres era de 79,6 anos, superior à dos homens, que chegava aos 72,5 anos. Essa distinção de faixa etária entre os sexos ocorre devido ao comportamento individual, social e cultural, uma vez que as mulheres são mais propícias a procurarem o serviço de saúde, a aderir aos programas de prevenção e ao tratamento medicamentoso, porém isso não impede que o sexo feminino seja o mais acometido pelas DCNTs. Por outro lado, o sexo masculino, fica exposto a doenças letais, acidentes de trabalho, ao tabagismo, alcoolismo e comorbidades provenientes das DCNTs (PORCIÚNCULA et al., 2014).

Um fator determinante que justifica a expectativa de vida do público masculino é a baixa procura dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária. Este acontecimento está relacionado a fatores comportamentais (machismo), culturais e patriarcais que influenciam negativamente no processo do autocuidado (LIMA et al., 2018).

O resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2007, mostrou que, dos 20 milhões de idosos do Brasil, 8,8 milhões são brancos, mostrando maior predominância dessa etnia no país. Conforme o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro de 1999, o Brasil assumia a 79ª posição no ranking mundial, que o colocou numa condição de país miscigenado e de maioria branca (SILVA, et al., 2012). O estudo desenvolvido por estes autores evidenciou a prevalência da população branca entre os idosos, reforçando a predominância de brancos (70,6%) entre os indivíduos deste estudo.

O estudo realizado por Silva e Dal Prá (2014), descreveu os dados do IBGE de 2012 que analisaram as características da população idosa no Brasil. Entre os seguimentos investigados, encontrou-se a questão étnica, com predomínio da cor branca em 55% da população.

Porciúncula et al. (2014), em seu estudo com a população idosa no Nordeste do Brasil, identificou a viuvez como estado conjugal mais observado entre idosos

longevos. Quando analisado separadamente, a população masculina é composta por maioria casada, enquanto a feminina, viúva. Considera-se que a viuvez feminina é duas vezes maior que a masculina, fato que pode ser justificado com a maior mortalidade entre homens jovens, consequentemente, tornando a viuvez comum entre as mulheres.

De acordo com dados do IBGE de 2016, em 2010 o Brasil tinha oito milhões de viúvos, representando cerca de 4% da população. A proporção de brasileiros viúvos cresce com a idade, ao mesmo tempo em que decresce a de casados. Com isso, pode-se inferir que, quanto mais o Brasil envelhece, paralelamente aumentam o número de indivíduos viúvos (FERNANDES; BORGATO, 2016). Desta forma, como o perfil dos entrevistados é composto por maioria entre 60 e 80 anos, consequentemente, foi observada a prevalência da viuvez (45,9%) na população.

Com a perda de seu parceiro, muitos idosos continuam morando sozinhos. Junto com a senescência, vem às dificuldades para realizar algumas atividades cotidianas que podem levar o indivíduo a depender de terceiros (AIOLFI et al., 2015). Quando questionados sobre a rede de apoio, 51,8% referiram ter apoio de amigos ou familiares quando precisam de acompanhamento e 48,2% relataram não dispor de uma rede de apoio.

Para Cabral et al. (2019) pessoas com maiores níveis educacionais tendem a buscar com mais frequência a saúde preventiva e a aderir um estilo de vida mais saudável. Moura et al. (2019) dizem que o nível escolar pode auxiliar no processo de autogestão da doença, compreender a doença e o planejamento acerca do tratamento, facilitando a alfabetização em saúde, ou seja, o paciente é capaz de pôr em prática as orientações recebidas pelo profissional de saúde e aplicá-las em seu tratamento consciente dos benefícios da adesão terapêutica.

No presente estudo, vale ressaltar, que apenas 9 entrevistados (10,6%) possuíam o ensino superior completo e, compondo a maioria, 45 idosos (52,9%) não concluíram o ensino fundamental.

Os dados obtidos vão de encontro com a literatura, visto que o estudo realizado por Melo, Ferreira e Teixeira (2014) evidenciou que a maioria da população idosa do país, independente da região, cursou apenas o ensino

fundamental. E analisando os idosos com ensino superior ou pós-graduação, esse perfil soma menos de 10% da população estudada por região.

A pesquisa desenvolvida por Melo et al. (2016), considerando a participação dos idosos nas atividades econômicas, mostrou que apenas 27,6% possuíam alguma ocupação. Tal estatística corrobora os dados obtidos neste estudo, destacando que apenas 7,0% da amostra informou possuir alguma ocupação.

O presente estudo realizou o levantamento da renda dos entrevistados, e 37,6% possuíam de 1 a 5 salários mínimos; 32,9% não quiseram informar ou não sabiam; 17,6% recebiam uma renda menor ou igual a um salário mínimo; 10,5% eram renumerados com mais de 5 salários mínimos e somente um participante (1,2%) não tinha renda própria.

Reis et al. (2016), ao avaliar o perfil sociodemográfico e de saúde da população idosa, constataram que a renda dos indivíduos estudados era, em geral, inferior a dois salários mínimos, compondo 85,2% da faixa etária entre 60 e 75 anos. Os autores mostram que a baixa renda e, conseqüentemente a dependência dos serviços públicos de saúde, reflete a realidade de muitos brasileiros.

Em consonância com os dados apresentados, outro estudo avaliou o perfil sócio epidemiológico e autonomia dos idosos, no qual observou-se a prevalência da aposentadoria entre os indivíduos (PORCIÚNCULA et al., 2014). Esta pesquisa comprova a presente amostra formada por 70,6% de aposentados.

Este estudo evidenciou uma população predominantemente religiosa, em que 98,8% dos idosos declararam possuir uma religião, sendo a maioria composta por indivíduos católicos, 80,9%.

A religiosidade, na percepção dos idosos, está relacionada com a qualidade de vida, satisfação com a vida e suporte para enfrentamento de problemas, perdas e lutas, além disso, o contato com o divino proporciona segurança e conforto espiritual. Outro ponto importante a ser destacado é a referência da população idosa a respeito da influência da espiritualidade em todos os aspectos e momentos do dia a dia, interferindo em como se sentem emocional e fisicamente (NUNES et al., 2017).

Debia e Silveira (2019), em seu estudo, mostraram uma afinidade dos idosos à religião, destacando que a maioria composta por 69,2% da população pesquisada, referiu participar do catolicismo. Esses dados permitem confirmar o obtido por meio da amostra deste estudo.

Quadro 3. Distribuição das DCNT informadas pela população estudada. São Paulo, 2019.

Presença das doenças	Nº	%
Hipertensão	57	67,0
Dislipidemia	35	41,2
Diabetes Mellitus	25	29,4
Alterações de tireoide	20	23,5

As doenças crônicas surgiram como consequência negativa da globalização e urbanização acelerada. Outro fator determinante está relacionado ao estilo de vida e comportamento do indivíduo (BERNAL et al., 2016). Seus efeitos afetam a população idosa por aumentar o risco de multimorbidades neste grupo, diminuição da qualidade de vida, uso de polifarmácia, que dificultam a realização das atividades de vida diária e do processo de autocuidado. Isso pode elevar o risco de hospitalização e ser a principal causa de incapacidade ou mortalidade dos idosos (SILVA et al., 2017).

Dentre as doenças mais frequentes, 57 (67,0%) participantes relataram ter hipertensão, 35 (41,2%) dislipidemia, 25 (29,4%) diabetes e 20 (23,5%) possuir alterações de tireoide, conforme apresentado no quadro 3.

A pesquisa evidenciada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), com dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, evidenciou que a parcela de entrevistados mais afetada por hipertensão (60,9%), são idosos com idade acima de 65 anos. Neste estudo, conforme apresentado no quadro 3, ocorreu a prevalência (67,0%) de hipertensos na população estudada, o que mostra a proximidade com os dados encontrados na literatura.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2017 o Brasil registrou 141.878 mortes com causa relacionada a hipertensão. Estima-se que todos os dias morram 388,7 vítimas da doença, sendo 16,2 óbitos a cada hora e 37%

desses casos ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade (BRASIL, 2019).

Um estudo realizado por Ramos et al. (2016), com idosos de cinco regiões brasileiras, apresentou 23% de casos de dislipidemia, seguido pela ocorrência de 19,2% de diabetes. Os dados coletados nesta pesquisa condizem com o estudo realizado pelos autores, mostrando que, com o avançar da idade, aumentam as chances de adquirir as multimorbidades e uso da polifarmácia.

No presente estudo foi observada a ocorrência de 23,5% de idosos com alterações de tireoide. De acordo com Ferreira, Costa e Costa (2018), os distúrbios tireoidianos têm prevalência de 0,5 a 1,0% na população em geral, enquanto na população idosa, com idade acima de 65 anos, ocorre de 2,0 a 4,0% de acometimento.

Apesar das multimorbidades, quando questionados sobre a percepção da saúde, 48,2% dos entrevistados relatam ser muito boa/boa; 32,9% razoável; 11,8% ótima e 7,0% ruim/muito ruim.

Em estudo realizado por Pereira et al. (2017), foi identificada a autopercepção de saúde positiva (boa ou muito boa) relatada por 51,2% da população estudada. Os autores associaram a autoavaliação da saúde com a polifarmácia, mostrando que a percepção positiva está relacionada com a baixa prevalência de polifarmácia, enquanto a percepção negativa está associada à alta prevalência de polifarmácia.

De acordo com Tavares et al. (2015), o tratamento medicamentoso possibilita o controle das doenças, além da redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida dos indivíduos com diversos agravos a saúde. A multimorbidade, ou seja, a ocorrência de diversas doenças em um mesmo indivíduo, é comum entre a população idosa brasileira. Isso se deve a fatores socioeconômicos e ao estilo de vida da população (MELO, L., 2019).

A maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos leva a um esperado aumento no número de medicações utilizadas para seu tratamento, consequentemente, entre essa população, encontra-se cada vez mais o cenário da polifarmácia, entendido pelo uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente (PEREIRA et al., 2017).

Neste estudo, quando questionado o número de medicações utilizadas pelos participantes, obteve-se uma média de 4,8 medicamentos por dia, variando entre um e 12. Foi possível observar a polifarmácia em 49,0% dos idosos. Os dados obtidos

superaram os encontrados por Pereira et al. (2017) em seu estudo, no qual a prevalência de polifarmácia foi de 32% da população idosa.

Para Secoli (2010) a polifarmácia fomenta diversos riscos ao usuário, como o aumento das reações adversas e interações medicamentosas, toxicidade cumulativa e erros no consumo do fármaco (horário e modo de administração, por exemplo), que podem tanto reduzir a adesão quanto elevar a morbimortalidade.

Além das medicações prescritas utilizadas pelos pacientes dependentes da polifarmácia, é frequente entre os idosos a automedicação para aliviar sintomas de dor ou constipação intestinal. Estima-se que ao utilizarem um medicamento, a incidência de erros de medicação é de 15% entre os idosos, elevando-se para 35% quando o uso for igual ou superior a quatro fármacos (SECOLI, 2010).

Os resultados alcançados com o instrumento de Índice de Complexidade da Farmacoterapia foi uma média de 18,8 pontos, valor máximo de 46,5 para 12 medicamentos e valor mínimo de quatro pontos para uma medicação. O total de pontos do índice são a somatória das três seções, obtendo o valor mínimo de quatro pontos.

Para Martínez e Ferreira (2012), quanto maior a pontuação, maior sua complexidade terapêutica que, conseqüentemente, aumenta os riscos para que ocorram falhas no esquema de tratamento. Ou seja, a complexidade terapêutica também interfere no controle da doença.

Quadro 4. Adesão terapêutica dos idosos segundo o teste de Morisky-Green. São Paulo, 2019.

Moriski-Green	Nº	%
Alta adesão	30	35,3
Média/baixa adesão	55	64,7
Total	85	100

O quadro 4 mostra a média/baixa adesão dos idosos entrevistados (64,7%), destacando que apenas 35,3% dessa população apresentou boa adesão ao seu tratamento. Tais dados podem ser confirmados com o estudo realizado por Ramos, Carvalho Filha e Silva (2015), que avaliou a adesão ao tratamento por idosos cadastrados no Programa Hiperdia, utilizando o teste de Morisky-Green, no qual observou-se 67,3% dos participantes não aderentes.

Um estudo realizado por Vieira e Cassiani (2014), mostrou que 81,2% da população estudada foi considerada menos aderente ao tratamento, sendo que

84,4% dos participantes do estudo se esqueciam de tomar as medicações, 87,5% eram negligentes quanto ao horário de toma-los, 9,4% deixavam de tomar quando se sentiam bem e 21,9% deixavam de tomar quando se sentiam mal.

Para Aiolfi et al. (2015), diversos fatores podem influenciar a adesão terapêutica, tais como: a clareza das recomendações oferecidas pelos profissionais de saúde, o desejo pessoal do idoso em executar o tratamento proposto, o vínculo com o serviço de saúde, o período do tratamento, o custo e o modo de aquisição dos medicamentos.

Quando questionados sobre a forma de obtenção dos medicamentos utilizados, 58,8% conseguiam por meio do SUS; 21,2% retiravam em igrejas; 17,6% compravam e 2,3% utilizavam a farmácia popular.

Quando o indivíduo não conseguia obter a medicação pelo SUS ou serviços sociais, 79,4% referiram comprá-los; 8,8% adquiriam por outros meios (principalmente com auxílio de familiares e amigos) e 11,8% ficavam sem tomar a medicação até a disponibilidade na rede pública. Desta forma, observa-se neste estudo que a baixa adesão ao tratamento não pode ser justificada pela forma de obtenção dos medicamentos, como citado anteriormente por Aiolfi et al. (2015), visto que, mesmo apenas 11,8% da amostra deixando de tomar a medicação, adesão foi baixa.

Quadro 5. Distribuição da relação quanto ao tempo que vai a consulta, onde se consulta e a avaliação do atendimento do Centro Social Nossa Senhora do Rosário. São Paulo, 2019.

Consultas médicas		
Quanto tempo vai à consulta	Nº	%
Uma ou duas vezes ao mês	8	9,4
A cada 2 a 4 meses	32	37,5
A cada 6 meses	29	34,1
Em cada 8 meses ou 1 vez ao ano	13	15,2
Quando necessário	3	3,5
Total	85	100
Onde se consulta	Nº	%
Centro Social	7	8,2
Particular	7	8,2
Convênio	26	30,6
SUS	45	52,9
Total	85	100

Consultas médicas		
Avaliação do atendimento recebido no Centro Nossa S. do Rosário	Nº	%
Muito bom	68	80,0
Bom	15	17,6
Não opinou	2	2,3
Total	85	100

Conforme apresentado no quadro 5, 37,5% dos entrevistados vai a consulta médica a cada 2 a 4 meses. De acordo com Ribeiro, Banhato e Guedes (2018), o número de consultas médicas pode estar associado à prevalência de doenças crônicas, desta forma, quanto mais doenças o paciente apresenta, maior será a frequência com que utiliza os serviços de saúde. Com isso, pode-se considerar que a amostra estudada apresenta maior frequência em consultas médicas devido a presença de multimorbidade.

Os idosos que apresentam maior número de doenças crônicas, consequentemente se consultam com maior frequência, associado a isso, recebem mais prescrições. Tais condições podem dificultar a tomada correta dos medicamentos, o que pode interferir na adesão medicamentosa desses indivíduos (GAUTÉRIO-ABREU et al., 2016).

Neste estudo, evidenciou-se a maior utilização do Sistema Único de Saúde para consultas médicas pela população, compondo 52,9% dos indivíduos. Este dado pode estar associado ao fato de que a baixa renda é uma realidade dos brasileiros, tornando-os dependentes dos serviços públicos, conforme Reis et al. (2016) mostram em seu estudo.

Quando questionados sobre a qualidade do atendimento recebido no Centro Social, 68 (80,0%) entrevistados referiram ser muito boa, evidenciando boa satisfação com o serviço. Gautério-Abreu et al. (2016), mostraram em seu estudo que tanto os indivíduos aderentes ao tratamento, quanto os não aderentes, referiram satisfação com o atendimento de saúde recebido, concluindo que tal fator não influencia a adesão terapêutica.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo com 85 indivíduos idosos que frequentam um programa de atendimento domiciliar ao idoso pode-se observar que a maioria eram mulheres, 38,8% na faixa etária entre 60 a 70 anos; 70,6% se consideraram da raça branca; 45,8% viúvas; 98,8% se declararam possuir uma religião, a maioria católica (80,9%; 52,9% apresentavam ensino fundamental incompleto; 70,6% eram aposentadas; 37,6% apresentavam uma renda familiar de 1 a 5 salários mínimos. Ao se investigar a presença de doenças, a hipertensão prevaleceu em 67% da amostra, seguida da dislipidemia (41,2%). Quanto a adesão mensurada pelo questionário de Morisky-Green, 64,7% apresentava média/baixa adesão; quanto ao número de medicamentos utilizados pelos idosos variou de 1 a 12 medicamentos e a complexidade terapêutica mensurada pelo ICFT correspondente variou de 04 pontos a 46,5, com uma média de 18,8 pontos e 97,6% dos entrevistados consideraram o atendimento muito bom/bom no Centro Social.

Com o envelhecimento populacional, observa-se o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, o que ocasiona a crescente utilização de medicamentos, ocorrendo, com frequência, a polifarmácia entre os idosos acometidos pela multimorbidade.

Provavelmente vários fatores contribuem para esses apresentarem média/baixa adesão terapêutica, porém vale ressaltar a polifarmácia e a complexidade da farmacoterapia. Além disso, a literatura mostra que outros fatores podem influenciar na adesão terapêutica, como a falta de informação e a insegurança com o tratamento.

Diante disso, torna-se essencial que o enfermeiro, como educador em saúde, esteja presente no acompanhamento destes pacientes, fornecendo informações sobre seu tratamento e auxiliando nas dificuldades que permeiam esse processo.

6. REFERÊNCIAS

AIOLFI, Claucia Raquel; et al. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.397-404, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00397.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

ALVES, Davi da Silveira Barroso; et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.63-69, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010272.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

BERNAL, Regina Tomie Ivata; et al. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.25, n.3, p.455-466, jun./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00455.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

BORGES, José Wicto Pereira. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e validação de conteúdo. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/JOSE%20WICTO%20PEREIRA%20BORGES.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. maio 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 20 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf. Acesso em: 20 novembro 2019.

CABRAL, Juliana Fernandes; et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.3227-3236, set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3227.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

CIOSAK, Suely Itsuko; et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.spe2, p.1763-1768, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 novembro 2019.

COSTA, Yasmin Fernandes; et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.4, p.473-481, 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acesso em: 19 novembro 2019.

DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, São Paulo, v.11, n.3, p.331-7, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/a12v11n3.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

DEBIA, Nicole; SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz. Indicadores socioculturais e histórias de vida de idosos longevos: heterogeneidade e ressignificações de hábitos na velhice. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v.22, n.1, p.291-305, 2019. Disponível em: <http://200.144.145.24/kairos/article/view/44086/29234>. Acesso em: 20 novembro 2019.

FERNANDES, Bruna Luise; BORGATO, Maria Helena. A Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.19, n.3, p.187-204, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/32957/22743>. Acesso em: 20 novembro 2019.

FERREIRA, Fábio Castro; COSTA, Sérgio Henrique Nascente; COSTA, Iasmin Ribeiro da. Prevalência de disfunções tireoidianas em pacientes atendidos no Laboratório Clínico do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás no período de 2015 a 2016. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.50, n.1, p.57-64, 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2018/06/RBAC-vol-50-1-2018-ref-639.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GAUTÉRIO-ABREU, Daiane Porto; et al. Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.1, p.335-42, mar./abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0335.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

IBGE. PNAD Contínua. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. out. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 19 novembro 2019.

IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade. Expectativa de vida do brasileiro sobe para 76 anos; mortalidade infantil cai. nov. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23206-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-76-anos-mortalidade-infantil-cai>. Acesso em: 19 novembro 2019.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de; et al. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para discussão acerca da produção do cuidado integral o usuário masculino. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n.64, p.29-41, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160725.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

MARTÍNEZ, Beatriz Bertolaccini; FERREIRA, Nathália Camilo. Avaliação da complexidade da farmacoterapia em diabéticos. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.22, n.2, p.133-138, 2012. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/93>. Acesso em: 19 novembro 2019.

MELO, Laércio Almeida de. **Prevalência e fatores associados à multimorbidade em idosos brasileiros**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/26804>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MELO, Natália Calais Vaz de; et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.139-151, jan./fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n1/pt_1809-9823-rbagg-19-01-00139.pdf. Acesso em: 20 novembro 2019.

MELO, Natália Calais Vaz de; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v.25, n.1, p.004-019, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/3687/1959>. Acesso em: 20 novembro 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.208-209, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/01.pdf>. Acesso em: 19 novembro 2019.

MIRANDA; Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

MOURA, Nádyá dos Santos; et al. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.3, p.734-40, maio/jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0700.pdf. Acesso em: 20 novembro 2019.

NUNES, Marília Gabrielle Santos; et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1102-1115, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1102.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

PEREIRA, Karine Gonçalves; et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.20, n.2, p.335-344, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PERISSÉ, Camille; MARLI, Mônica. Caminhos para uma melhor idade. **Retratos a Revista do IBGE**, Rio de Janeiro, n.16, p.19-25, fev. 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 20 novembro 2019.

PORCIÚNCULA, Rita de Cássia Román; et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife – PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.315-325, 2014. Doi: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00315.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

RAMOS, Joerbeth Sousa; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; SILVA, Rosângela Nunes Almeida. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no Programa do Hiperdia. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v.4, n.1, p.29-39, jan./jun. 2015. Doi: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/127/151>. Acesso em: 20 novembro 2019.

RAMOS, Luiz Roberto; et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50(supl 2), p.1s-13s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006145.pdf. Acesso em: 20 novembro 2019.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-797, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

REIS, Cibelle Barbosa; et al. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.17, n.1, p.120-127, jan./fev. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160016.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

RIBEIRO, José Pais; et al. O estigma e as doenças crônicas – como o avaliar. **Psicologia, Saúde & Doença**. v.18, n.3, p.625-639, out. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a01.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

RIBEIRO, Pricila. C. C.; BANHATO, Eliane F. C.; GUEDES, Danielle V. Perfil clínico e uso de serviços de saúde em idosos. **Revista HUPE**, v.17, n.2, p.25-34, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40808/28382>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p.136-40, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SILVA, Adriana; DAL PRÁ, Keli Regina. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória, v.6, n.1, p.99-115, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4755/475547142008.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

SILVA, Alexandre da; et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.2181-2190, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/28.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

SILVA, Amanda Ramalho; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.45-51, jan./mar. 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0045.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

TADDEO, Patricia da Silva; et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2923-2930, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>. Acesso em 20 novembro 2019.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.315-323, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00315.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2019.

UNGARI, Andrea Queiróz. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08042008-132951/pt-br.php>. Acesso em: 20 novembro 2019.

VIEIRA, Liliana Batista; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.27, n.3, p.195-202, maio/jun. 2014. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n3a07.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo deste estudo é identificar quais são as medicações que o Sr(a) toma, a quantidade de comprimidos, número de vezes e ações para tomar o remédio. Além disso, desejamos saber se as medicações prescritas pelo seu médico estão sendo tomadas corretamente. Nosso propósito é, com essas informações, contribuir para melhorar a assistência prestada pelo Centro Social Nossa Senhora do Rosário

É necessário que o Sr (a) responda perguntas sobre sua doença e tratamento, com duração de aproximadamente 20 minutos. Se o Sr(a) concordar em participar da pesquisa é garantida sua liberdade de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo à continuidade de seu tratamento no Centro Social. Todas as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras respostas, não será divulgada a identificação de nenhum participante. Os pesquisadores se comprometem em utilizar os dados e o material coletado somente para pesquisa. Não haverá gastos pessoais em qualquer fase do estudo, porém também não há compensação financeira decorrente da sua participação. O Sr(a) terá o direito de conhecer os resultados da pesquisa em qualquer momento, mesmo antes do seu término.

Em qualquer etapa do estudo o Sr (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: Pesquisador responsável Profa Dra Carla Maria Maluf Ferrari que pode ser encontrada no Centro Universitário São Camilo na Rua: Raul Pompéia No 144, 6º andar, tel: 3165-2631 ou cel (11) 99995-9089. Além disso, se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Rua: Raul Pompéia No 144, 6º andar, tel 3465-2654. E-mail: coep@saocamilo-sp.br.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **“Adesão terapêutica em idosos”**.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de continuar o acesso/atendimento no Centro Social Nossa Senhora do Rosário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

APÊNCIDE B – Instrumento de coleta de dados

Pesquisador:

Data:

Dados sociodemográficos

1.Nome:

2. Idade: _____

3. Bairro: _____

4. Gênero: 1. () Masculino 2. () Feminino

5. Qual a cor da sua pele?

1. () Branca

2. () Amarela

3. () Parda

4. () Indígena

5. () Preta/negra

6. () Outra _____

6. Vive em companhia de alguém?

1. () Sim

2. () Não

Em caso afirmativo responda ao lado

1. () Casado (a)

2. () Separado (a)

3. () Divorciado

4. () Viúvo (a)

5. () outro

7. Quantas pessoas residem com o Sr (a) na mesma casa?

RESPOSTA: _____

8. Possui alguma religião? 1. () Sim 2. () Não

3. () Não quis responder

Caso positivo

1. () Católico

2. () Protestante

3. () Espírita

4. () Outra

9. Qual seu nível escolar?

1. () Nunca estudou

2. () Ensino fundamental incompleto

3. () Ensino fundamental completo

4. () Ensino médio incompleto

5. () Ensino médio completo

6. () Ensino superior incompleto

7. () Ensino superior completo

8. () Não sabe

Renda per capita Familiar

10. Quais os ganhos das pessoas que moram com você, qual a renda somada de todos da família no último mês? (Incluir todas as possíveis fontes)

R\$ _____

1. () Não sabe

2. () Não quer informar

11. Quantas pessoas são dependentes dessa renda: _____

12. Qual sua situação ocupacional? :

1. () empregado
2. () Empregador
3. () Autonomo
4. () Auxilio-doença
5. () Aposentado
6. () Desempregado

Relacionada a doença e tratamento

13. O Sr (a) tem Hipertensão Arterial (pressão alta)

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

13 A. Em caso afirmativo:

Toma algum medicamento?

1. () Sim QUAIS:
2. () Não toma medicamentos
3. () Não sabe o nome dos medicamentos que toma

14. O Sr (a) tem Diabetes Melitus

- 1.() Sim 2. () Não 3. () Não sabe

14 A. Em caso afirmativo:

Toma algum medicamento?

1. () Sim. QUAIS:
2. () Não toma medicamentos
3. () Não sabe o nome dos medicamentos que toma

15. O Sr (a) tem aumento do colesterol?

- 1.() Sim 2. () Não 3. () Não sabe

15A.Em caso afirmativo:

Toma algum medicamento?

1.() Sim. QUAIS:

2. () Não toma medicamentos

3. () Não sabe o nome dos medicamentos que toma

16. Como o Sr. (a) faz para conseguir sua medicação?

1. () Unidade de saúde do SUS

2. () Farmácia popular do governo federal

3. () Igreja (PADI)

4. () Compra a medicação (ele próprio compra, um parente, amigo, etc.)

17 E. Faz uso de algum tratamento não medicamentoso 1. () Sim 2. () Não

Se sim. Qual? _____

Variáveis relacionadas ao Apoio Familiar

18. O Sr (a) tem algum familiar e/ou algum amigo que o auxilia no tratamento?

18.1- () Sim 2. () Não

18.2 - Caso SIM, qual a frequência?

1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () raramente

19. Qual a percepção da sua saúde

() Ótima

() Muito boa

() boa

() Razoável

() Ruim

() muito ruim

Variáveis relacionadas ao serviço

20. De quanto em quanto tempo o Sr(a) vem a consulta:

1. () Uma vez ao mês

2. () A cada 02 meses

3. () A cada 03 meses

4. () Outro: _____

21. Com relação ao atendimento recebido no Centro Social Nossa Senhora do Rosário

1. () É muito bom

2. () É bom

3. () É ruim

4. () Não opinou

ANEXO A – Teste de Morisky-Green

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Você alguma vez esqueceu de tomar seu remédio? | SIM () | NÃO () |
| 2. Você às vezes se descuidou para tomar o seu remédio? | SIM () | NÃO () |
| 3. Quando você se sente melhor, às vezes você para de tomar seu remédio? | SIM () | NÃO () |
| 4. Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você para de toma-lo? | SIM () | NÃO () |

Total de respostas negativas: ____

Total de respostas positivas: ____

ANEXO B – Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

FORMAS DE DOSAGEM		
ORAL	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
TÓPICO	Cremes/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1
OUVIDO, OLHOS E NARIZ	Gotas/cremes/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/cremes/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
INALAÇÃO	Accuhalers(pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers(cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers(pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
	Fluido para diálise	5
	Edemas	2
	Injeções (Pré-carregadas ou ampolas/fraco)	3 ou 4

	Supositório/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
Total seção A:		

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção

FREQUÊNCIA DE DOSE	MEDICAÇÕES	TOTAL	PESO	TOTAL X PESO
1x dia			1	
1x dia S/N			0,5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1,5	
4x dia			4	
4x dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	

Dias alternados ou menor frequência			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio < 5 h			2	
Oxigênio > 15 h			3	
TOTAL SEÇÃO B:				

C) Marque [✓] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

INSTRUÇÕES ADICIONAIS	MEDICAÇÕES	TOTAL	PESO	PESOX Nº DE MEDICAÇÕES
Partir ou triturar o comprimido				
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
TOTAL SEÇÃO C				

TOTAL DA COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA: _____