

Therapeutic adherence in the elderly involved in a health care program[#]

Beatriz Pavan*

Marcela Pedrasini Shimazaki***

Larissa Laurentino Silva*

Ivonete Sanches Giacometti Kowalski*

Claudia D'Arco*

Elizabete Calabuig Chapina Ohara**

Carla Maria Maluf Ferrari*

Abstract

From an epidemiological point of view, the increase in the elderly population leads to an increase in chronic non-communicable diseases, making this population the main consumer of medications. Simultaneous treatment of various health problems, common in the elderly, can result in a complex and long-term therapeutic regimen requiring the correct follow-up of the therapy in order to avoid serious consequences. Adherence to treatment is an active attitude, with the voluntary and collaborative involvement of the patient acting together with the professional. Thus, the objective of this study was to describe adherence to treatment among elderly individuals, who are inserted in a program of care for the elderly with chronic diseases. This was a descriptive, quantitative, cross-sectional analysis. A total of 69 elderly people, independent of their daily living activities, who had no cognitive and/or psychiatric problems diagnosed, attended the health service at Nossa Senhora do Rosario Parish for at least one month. For the collection of demographic and epidemiological data, an instrument was elaborated by the authors; to measure adherence to the Morisky-Green Test and the therapeutic complexity by Medication Regimen Complexity Index (MRCI). Regarding the presence of diseases, 46 (68.6%) reported having hypertension and 29 (43.3%) dyslipidemia, 18 (26.9%) presented high adherence and 49 (73.1%) medium/low adherence; as for the therapeutic complexity measured by MRCI, the ranged went from 2.5 to 46.5 points among individuals using one to 12 drugs. In this sample, moderate/low adherence was identified with moderate therapeutic complexity, making it clear that health monitoring and education should be prioritized by nurses.

Keywords: Adhesion. Medication. Care. Elderly. Nursing.

INTRODUCTION

Population aging is a worldwide phenomenon. According to the census conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE)¹, the number of elderly people in Brazil is 22.9 million (11.34% of the population) and the trend is that this number will triple in the next 20 years.

Population aging occurs as a consequence

of the demographic transition by changing the high mortality and birth rate profile in predominantly young populations to a situation with low mortality and birth rates that increase the proportion of the elderly population².

In a more specific approach concerning population aging we have an increase in the prevalence of chronic diseases and a paradigm

DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410121031

*São Camilo University Center. São Paulo - SP, Brazil.

**Health Sciences Education College. São Paulo - SP, Brazil.

***Our Lady of the Rosary Social Center. São Paulo - SP, Brazil.

[#]Article was selected from abstracts presented at the XII Luso-Brazilian Nursing Meeting, held in November 2018.

shift in public health³. Health is no longer measured by the presence or absence of diseases, but by the degree of preservation of functional capacity, as a result of adherence to treatment, medicinal or otherwise, through which autonomy is maintained, and thus a healthy aging.

Chronic non-communicable diseases (CNCDs), such as cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, diabetes, cancer, among others, are of multifactorial origins⁴. Prevention is required for treatment, which includes “primary, secondary or tertiary approaches, which differ from one another in their specific objectives”⁵. These approaches correspond, respectively, to the decrease in the incidence, prevalence and complications generated by the intermediary risk factors of CNCDs. In these situations, the first option is to institute a non-drug treatment that includes, mainly, the change of eating habits, the practice of physical activities, associated to the absence of alcohol and tobacco consumption. In secondary and tertiary approaches, pharmacological and non-pharmacological measures are used concomitantly to control diseases, reduce morbidity and mortality, and improve the quality of life of individuals with CNCDs⁴.

In order to control these diseases, it is necessary to have an adequate understanding of them and to follow pharmacological and non-pharmacological treatments correctly. Therefore, adherence to treatment is defined as the patient’s behavior in relation to the use of medications and change in lifestyle, according to the prescription and guidelines provided by a health professional⁶. Another study also describes that in addition to complying with medical guidelines, the patient must understand and agree with the arranged prescription⁷. Adherence involves an active attitude, with the voluntary and collaborative involvement of the patient and the health professional acting together to change the patient’s way of life.

In addition to the term adherence we also have complacency, which is defined as a passive behavior, associated with the traditional function of the patient, to follow the advice and guidance of the health professional, or rather, to correspond to the indicated clinical

instructions, unlike adherence, if referring to the patients’ lack of autonomy in relation to their health care, where it is only necessary to obey them⁸. In the present study, we chose to use the term treatment adherence.

Chronic non-communicable diseases and lack of therapeutic adherence have been growing simultaneously in our society, becoming a universal problem and a challenge for health professionals.

According to studies carried out, there are several factors that contribute to the elderly not having a good therapeutic adherence, be they socioeconomic factors: such as the high cost of medications, low educational level, low purchasing power and difficulty to obtain information about the therapeutic regimen; the physical aspects such as: physical limitations, difficulty in accessing medications; environmental factors: difficulty in changing one’s lifestyle, accessibility to medications and information, dependence on others to access medication; psychological factors: forgetting to take medications, uncertainty with treatment or lack of hope of improvement, lack of family support, loneliness, beliefs; health factors: fear of side effects, the complexity of treatment due to polypharmacy, time of treatment, fear of using the drug associated with alcohol use, smoking, absence of symptoms; relationship with the health team: lack of confidence, lack of information about the disease and the treatment regime, lack of quality of service and lack of reception by the professionals involved in the treatment, in the most varied types of care^{9,10,11}.

With the increase in the elderly population and the prevalence of chronic non-communicable diseases, there is a need for a diversity of services, such as outpatient clinics, hospitals, Family Health Programs and home care to care for this population.

Home care, according to Administrative Rule No. 963¹², aims to facilitate care for the elderly, promoting the autonomy of these users, since this service replaces or reduces the length of stay of these hospitalized users, “[...] allowing the elderly to stay with the family, favoring their recovery and reducing the risk of hospital infections.” This modality of health care is characterized by “a set of actions to

promote health, prevention and treatment of diseases and rehabilitation [...]”, adding to the treatment and health education of this population.

Elderly Home Care Programs (EHCP) provide services to individuals 60 years of age or older, with acute chronic diseases, temporary or permanent dependence on their functional capacity, due to prolonged and/or recurrent hospitalizations, with difficulty or impossibility of locomotion, elderly people in palliative care and other functionally recoverable diseases that require continuous care that can be done in the home under the guidance and supervision of the health team¹³.

Health education should be prioritized by the nurse, emphasizing the importance of healthy habits, and should stimulate the practice of self-care¹⁴.

Educational practices should meet individual and family needs for greater adherence to drug and non-drug treatments. The nurse “through scientific knowledge and their performance has the possibility to guide the individual concerning the disease and its treatment [...]”¹⁴, clarifying their doubts and anxieties about the disease, providing the necessary information, for treatment, care, aggravations, adverse drug reactions, which are often the cause of their discontinuation of the treatment. Therefore, the patient and the family feel more secure with the care provided.

The family, in this context, assumes great importance in the patient’s correct intake of the medication, as a facilitator of the care with regard to medication schedules, changes in lifestyle and mainly giving psychological support.

The nurse as a member of the multiprofessional team must know the patient and family, their psychosocial conditions, follow the patient in the consultations, perform health promotion actions to prevent complications and the emergence of other diseases, establishing a relationship of trust concerning the need to link the worker and the patient and family as a facilitator for therapeutic adherence¹⁴.

The objective of the study, then, was to describe adherence to treatment among elderly individuals, who were included in a program of care for the elderly with chronic diseases.

MATERIALS AND METHODS

This was a descriptive, quantitative, cross-sectional study, aiming to identify adherence to the treatment of elderly individuals with chronic non-communicable diseases.

It was held at the Our Lady of the Rosary Social Center of Pompeia, CNPJ 60.809.837/0001-08, located in the district of Pompéia, in the Western Region of the Municipality of São Paulo, after approval by the Research Ethics Committee (REC) through opinion No. 2.448.411. The institution is a philanthropic association for public use, recognized by the Federal, State and Municipal Governments, but its maintenance is made by spontaneous contributions of volunteers and parishioners.

They have psychological, social, pharmaceutical, dental, nursing, nutritional, physiotherapeutic services, as well as medical specialties, cohabitation nucleus for the elderly, permanent bazaar, legal assistance, literacy courses, health education (memory, singing and movement groups and bingo) and assistance programs such as the home care for the elderly (EHCP), pasteurized milk and food baskets. Created in 1998 with the objective of providing specialized home care to the elderly community residents and their families, who are residents of a delimited area near the Nossa Senhora do Rosário Parish. They serve an estimated population of 600 people, in addition to home care.

The sample consisted of elderly people registered at the Nossa Senhora do Rosário Social Center of Pompeia who have used the services for at least one month. The calculation of the sample was based on a 5% error and a certainty level of 95%¹⁵.

Inclusion criteria were individuals who were aged 60 years or older, independent of their daily living activities (DLA), with no diagnosis of cognitive alteration and/or psychiatric illness, who accepted to participate in the study by signing the informed consent form (Appendix A).

The criteria were established, considering

the instruments used in data collection. These require participants to have instructional and cognitive ability to understand and answer questions.

Individuals that were dependent in their daily life activities (DLA), with cognitive and/or psychiatric problems diagnosed were excluded.

During data collection, the following instruments were applied as described below:

1) Informed Consent Form

This was used to obtain the consent of the elderly to participate in the study. It includes data concerning the study, information on the person in charge of the study and on the responsible institution, offering guarantees of the confidentiality of the individual's data and the absence of any punishment as a consequence of the withdrawal or non-participation of the research.

2) Morisky-Green test

The test consists of four questions, with dichotomous answers (YES/NO), which use as a sum of the answers the evaluation of the adherence or non-adherence. high adherence was considered when there were four negative responses, moderate adherence when there were three and two and low adherence for one or zero negative questions.

3) Medication Regimen Complexity Index (MRCI)

The instrumentation that will be used to quantify the complexity of therapy, the Medication Regimen Complexity Index (MRCI), was translated and validated by Melchior, Correr and Fendández-Llimos. In the Brazilian version, it has the name Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)¹⁶. Divided into three sections consisting of 65 items: A (information on pharmaceutical forms); B (information on medication frequency); C (additional information such as specific times, drug use with food and dissolution in water). In cases where the dosage is optional, one would choose the instructions with the lowest dose/

frequency. Finally, the sum of the points of the three sections attributed to each drug was made, since no categories for grade complexity had been stipulated, as there is also no limit to the number of drugs that may be prescribed or to the additional instructions associated with a drug in an individualized therapeutic regimen. Thus, the higher the MRCI score, the greater the therapeutic complexity¹.

4) Instrument for data collection

Questionnaire prepared by the authors to collect data on demographic characteristics, information related to disease and treatment; family support and related to the place of care (PADI).

The elderly were invited to participate in the study after the activities or consultations offered by the Social Center. Those who accepted to participate in the study signing the informed consent form (ICF) were referred to a site made available for the interview and the questionnaires were applied.

The data were stored in databases prepared in the Microsoft Excel® worksheet, followed by the presentation of the descriptive results.

RESULTS

The study included 69 elderly people who consented by signing the ICF. Of the 69 elderly people interviewed, 27 (40.3%) were between 60 and 70 years of age, and 60 (89.5%) were women; 47 (70.1%) of the white race; 31 (46.3%) widowers; 13 (20.3%) divorced/separated; 66 (98.5%) have a religion and of these 54 (80.6%) were Catholics, and 29% (43.3%) of the population had an incomplete elementary education.

According to the most frequent diseases, 46 (68.6%) reported having hypertension, 19 (28.3%) diabetes mellitus, 29 (43.3%) dyslipidemia and 16 (23.9%) with thyroid alterations as shown in table 2 below.

When assessing therapeutic adherence according to the Morisk-Green instrument, Table 3 shows that 49 (73.1%) reported moderate/low adherence, compared to 18 (26.9%) who had high adherence.

Table 4 shows the data related to the therapeutic complexity measured by the MRCI, which ranged from 2.5 to 46.5 points among individuals who used one to 12 drugs.

It was identified that 40 (59.7%) of the study population managed their medication through the Unified Health System - SUS, 14 (20.9%) bought their medication and 13 (19.4%) acquired it in churches.

This population, when they cannot get their medication, 43 (81.1%) buy the medication, 6 (11.3%) do not take it and 4 (7.6%) buy it by other means.

To continue with the treatment, 37 (55.2%) had the support of friends or relatives and 30 (44.8%) did not have support.

In the current study, the socio-demographic profile of the participants showed that 89.5% were women, 40.3% were between 60 and 70 years of age, 70.1% were white, 46.3% were widows, 98.5% had a religion and, in most cases, were Catholic.

It was found that the majority of the population studied was considered in very good/good or reasonable health, as follows: 8 (11.9%) were considered optimal, 30 (44.8%) very good/good, 25 (37.3%) reasonable and 5 (7.5%) bad/very poor; along with considering the care at the social center and very good (54; 80.6%), good (11; 16.4%) and (2; 3.0%) did not give an opinion.

Table 1 – Distribution of studied population by age group, gender, race and marital status and religion, São Paulo, 2018.

Age Group	No.	%
60 to 70 years	27	40.3
71 to 80 years	17	25.4
81 to 90 years	21	31.3
Above 90 years	2	3
Gender	No.	%
Female	60	89.5
Male	7	10.5
Race	No.	%
White	47	70.1
Brown	17	25.3
Black	3	4.6
Marital Status	No.	%
Widowed	31	46.2
Married	18	26.9
Single	5	7.5
Divorced/separated	13	19.4
Religion	No.	%
Has a religion	66	98.5
Does not have a religion	1	1.5
Education	No.	%
Never studied	3	4.5
Incompleted primary	29	43.3

to be continued...

...continuação - table 1

Faixa etária	No.	%
Incompleted secondary	8	11.9
Incompleted higher	17	25.4
Completed higher	8	11.9
Did not know	2	3.0
Total		100.0

1017

Table 2 – Distribution of diseases reported by the study population, São Paulo, 2018

Diseases Informed	No.	%
Hypertension	46	68.6
Dyslipidemia	29	43.3
Diabetes <i>mellitus</i>	19	28.3
Altered Thyroid	16	23.9

Table 3 – Distribution of therapeutic adherence by Morisk-Green in the study population, São Paulo, Brazil, 2018.

Morisk-Green	No.	%
High adhesion	18	26.9
Moderate/low adhesion	49	73.1
Total	67	100.0

Table 4– Distribution in relation to the Medication Regimen Complexity Index (MRCI) therapeutic complexity by the FT Therapeutic Complexity Index and quantity of drugs used by the study population, São Paulo, 2018.

MRCI	No.	%
$\geq 2.5 \leq 17$	34	50.7
$\geq 18 \leq 31$	24	35.8
$\geq 32 \leq 46.5$	9	13.4
Total	67	100.0
	<i>Mean: 19.10</i>	
	<i>Min – Max: 2.5 – 46.5</i>	
Number of medications		
$\geq 1 \leq 4$	31	46,2%
$\geq 5 \leq 8$	31	46,2%
$\geq 9 \leq 12$	5	7,4%
Total	67	100%

DISCUSSION

Some studies report that most elderly people are female¹⁷. Women constitute the majority of the elderly population in all regions of the world, and

it is estimated that a woman's life expectancy is, on average, five to seven years longer than men¹⁸. These data corroborate with the results of this

study, which were mostly female (89.5%).

In a qualitative study conducted by Araujo and Nascimento (2007)¹⁹ with male subjects aged 40 to 64 years, aiming to analyze the explanations present in the male discourses concerning their low demand for health services, which demonstrated that men presented more severe and chronic health conditions than women; since the representation of care is attributed to the female sex. Moreover, women are influenced by cultural and social factors to seek more health services which contributes to early diagnosis and the possibility of healing¹⁹.

The lower presence of men in the primary health care services seems to be related to factors such as: work, shortage of specific units for the care of the male health and difficult access to the services.

Another relevant aspect is related to the image of man as an invulnerable being that helps him not to take care of himself and is exposed to situations of risk that can lead to death. In this context the feminization of old age occurs, with the prolonged widowhood period, corroborating with the data found in this sample, that 46.3% of the population declared themselves widows. As age increases, so does the number of widows. These differentials by sex and marital status are due to the greater longevity of women associated with the fact that men marry again and with younger women²⁰, making these elderly widows vulnerable due to isolation and the difficulties of sustaining themselves²¹.

In São Paulo 11.9% of the population is over 60 years of age. In the 60-69 age group, there were 7 men for every ten women residing in the municipality, while among those over 80 this ratio is 5 to 10. In the state, these values are, respectively, 8 and 6 men for 10 women²². In this study, 70.1% of the population declared themselves to be of the white race, however it is known that browns and blacks are about half of the Brazilian population, however, the 2010 IBGE revealed that São Paulo is one of the states of the federation with a lower proportion of blacks, or 60.6% of the inhabitants of São Paulo declared themselves white, 30.5% brown and 6.5% black, confirming the data found in this study²².

Religious behaviors are frequent in advanced age usually associated with health practices that are confirmed in this study in which having a religion was a very frequent characteristic among the interviewees (98.5%), which is justified by

very ancient historical-cultural roots present in the Greek myths, indigenous rituals and biblical inscriptions, and the influence of modern Western culture.

Many attribute the appearance or cure of disease to God and use religion as a cognitive, emotional or behavioral resource to deal with their health problems²³.

In old age, a condition that can cause suffering is functional incapacity, imposing limitations on the individual for performing their daily activities or restricting their social participation²².

As for the other sociodemographic characteristics, the majority of the individuals were retired (68.6%); the educational level of the population was low, with 32 (47.8%) not having completed primary school and only 8 (11.9%) achieved higher education, corroborating with data from IBGE, CENSO 2010, where illiteracy among the elderly in São Paulo was 8.9%²².

Women, who accumulate over the course of their lives, some disadvantages such as violence, social discrimination, lower wages in relation to men, return trips, among others, are more likely to present a lower income and more dependence on external resources¹⁸.

In a study conducted by Ramos, Tavares, Bertoldi et al. (2016) among elderly people living in urban Brazilian municipalities, the number of diseases reported varied from one to eight: 31.0% reported one disease, 22.0% two, 13.0% three and 9.0% four, and among these 59.0% reported having hypertension, 19.2% diabetes *mellitus* and 23.0% cholesterol increase. In the present study, 26.9% of the patients reported having a disease, 50.7% had two to three and 16.4% had 4 to 6 diseases. Among them, the most frequent were systolic hypertension (68.6%); diabetes *mellitus* (28.3%); dyslipidemia (43.3%)²⁵.

Participants were questioned in this study concerning medication use, and 53.8% used 5 to 12 medications/day, with an average of 5.5 medications per patient; 73.1% presented moderate/low adherence to treatment, and a complexity of therapeutic regimen of 19.10 points on average and maximum value of 46.5 points for 12 drugs and 2.5 points for one drug.

Multiple factors may influence adherence to therapy among the elderly, such as: factors intrinsic to the patient, referring to the disease and/or characteristics of the therapy, number of pills ingested per day, pharmacotherapeutic complexity and those related to the interaction

between the patient and health professionals²⁶. Simultaneous treatment of various health conditions, common in the elderly, can result in a complex regimen of medication. Polymedication, defined as the simultaneous and chronic use of multiple drugs (more than five)²⁷, besides presenting pharmacological risks, predisposes the elderly to low adherence^{28,26}.

In a study carried out with 279 elderly patients with hypertension living in Juiz de Fora, evaluated adherence to the pharmacological treatment using the Morisky-Green test and a questionnaire for the collection of socio-demographic variables related to health status, health service and pharmacological therapy²⁹. The authors obtained a sample composed of mostly women (69%), with a mean age of 73.9 years; and 76.8% reported having systemic arterial hypertension (SAH). Regarding the pharmacological therapy consumed by the sample, in addition to the antihypertensive drugs, the use of an average of 5.19 medications/day was identified. As for the access to medication, 51.6% of the elderly were able to obtain them through SUS and 37.2% purchased them through the Popular Pharmacy program. 47% of the elderly were classified as adherents to the pharmacological treatment. In our study, 53.8% of the elderly had used 5-12 medications per day, 79.1% of which were obtained through SUS (59.7%) and churches (19.4%), and 26.9% were considered adherent to their treatments and 73.1% did not adhere to their treatments.

In Brazil, results on therapeutic complexity were observed with the use of the Medication Regimen Complexity Index¹⁶, a generic instrument that presents three sections: drug dosage, frequency and additional guidelines. This index was translated and validated in our culture and, in this process, the Brazilian authors analyzed the medical records of 105 patients with type 2 diabetes. For this study, the use of medication from each patient was analyzed in its entirety, including medications prescribed for other diseases, drugs prescribed for acute conditions and those indicated when necessary. Their results showed an average of 4.5 drugs per patient, a complexity of the therapeutic regimen of 15.7 points on average, a maximum value of 45.5 for 12 drugs and a minimum of 4 points for one drug; values very close to the findings of this study. The therapeutic complexity is a factor associated with taking drugs, that is, as the complexity of

the therapeutic regimen increases, it decreases the patient's understanding of the medication dosage, which can lead to failure to follow the therapeutic regimen^{30,31,32}. Consequently, the therapeutic complexity also interferes with the control of disease symptoms.

When the interviewees were questioned about their health perception 11.9% considered it optimal; 44.8% very good/good; 37.3% reasonable and 7.5% bad/very poor. Self-perception in health is called self-evaluation in health or perceived health. It is a variable that has a strong association with mortality, morbidity and use of medical services³³. In a study with a sample of 274 elderly individuals of a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, when evaluating the health perception, they observed that 13.52% considered their health to be optimal, 47.81% good; 34.67% regular, 3.0% bad/very bad; these results are close to the findings of this study³⁴. The perception of the elderly about their own health is related to the presence of disabilities and not to the number of diseases³⁴.

Regarding the opinion of the interviewees about the quality of the care they received in the social center, 80.6% of the elderly considered the service very good; 16.4% good; 3.0% did not say. The care offered by the health services can influence the adherence to the treatment, emphasizing the structure, access, professionals and available technologies. The measure of user satisfaction is an assessment of the care and health services that are dispensed. Satisfaction studies in primary health care show that users give a better evaluation of relational aspects (care, interpersonal communication, etc.) than organizational ones (physical structure, access to consultations and medication)³⁵.

Another relevant aspect investigated in this study was the support of family members and/or friends who assisted in treatment, 89% reported always/almost always receiving support from family or friends and 44.8% reported not receiving support.

Family support has a great influence in the treatment of every chronic disease, since the family plays a fundamental support role so that the elderly can adequately comply with the guidelines of the multiprofessional team and, with this, obtain a better control of the disease. When the family is present and participates in their treatment, there is greater adherence to treatment³⁶.

CONCLUSION

In this descriptive analysis there was a moderate and low adherence to treatment and it seems to be influenced by the low educational level of the population and high therapeutic complexity. However, for more conclusive results there is a need to analyze the association

of adherence with the other variables related to the characteristics of the individual, disease, therapy and social support, and considering the specific needs of these individuals to propose strategies that corroborate with adherence to treatment.

ACKNOWLEDGMENTS: We thank Prof. Rosana Pires Russo Bianco and students Lisa Catherine Miranda dos Santos Pereira; Genilson de Jesus Oliveira; for all their contributions in the preparation of this study.

REFERENCES

1. BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2002 jul [acesso 2 mar 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
2. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Rev UFG. 2003; 5(2): 7-10.
3. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 793-98.
4. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Júnior JBS. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(2): 315-23.
5. Goulart FA. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: https://apsredes.org/pdf/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf/ Acesso em: 12 out 2016.
6. Amarante LC, Shoji LS, Beijo LA, Lourenço EB, Marques LAM. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010; 31(3): 209-15.
7. Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. 1998. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15conceitos_rec_basicas.pdf/ Acesso em: 6 mar 2017.
8. Remodi FA, Oda S, Cabrera MAS. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2014; 35(2): 177-85.
9. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. Rev Soc Bras Clin Med. 2015; 13(1): 75-84.
10. Amadei JL, Marcon SS, Bertolini DA. Adesão ao tratamento medicamentoso em doenças não transmissíveis. Revista Saúde e Pesquisa. 2011; 4(3): 407-16.
11. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein. 2013; 13(3): 331-37.
12. BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil. 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html/ Acesso em 3 mar 2017.
13. Rio de Janeiro. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/padi/> Acesso em: 6 mar 2017.
14. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. O Mundo da Saúde. 2014; 38(4): 473-81.
15. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <https://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/> Acesso em 21 jun 2017.
16. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llmos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. Arq Bras Cardiol. 2007; 89(4): 210-18.
17. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud interdiscip envelhec. 2002; 4[sn]: 7-19.
18. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. Rev Ciênc Ext. 2010; 6(1): 40-53.
19. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3): 565-74.
20. Baldin CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. RBCEH. 2007; 5(1): 43-54.

21. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf/ Acesso em: 24 out 2018.
22. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento regional. SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/> Acesso em: 23 out 2018.
23. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(8): 2319-28.
24. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18(3): 381-89.
25. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica*. 2016; 50(supl 2): 1s-13s.
26. World Health Organization, Adherence to long-term therapies: evidences for action 2003 [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/> Acesso em: 24 out 2018.
27. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1).
28. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: wich tools to use in clinical practice? *Drug Aging*. 2005; 22(3): 231-55.
29. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017 fev; 20(1): 116-27.
30. George J, Yee-Teng P, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004; 38: 1369-76.
31. Figueiredo RM, Sinkoo VM, Tomazin CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e propoeição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(4): 50-5.
32. Barbosa RGB, Costa LNK. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1): 35-8.
33. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *The Gerontologist*. 2008; 48(4): 415-22.
34. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. 2014; 17(1): 79-86.
35. Barros ACM, Rocha MB, Helena ETS. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes *mellitus* atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2008; 37(1): 54-62.
36. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH*. 2010; 7(2): 267-79.

Adesão terapêutica em idosos inseridos em um programa de atendimento em saúde[#]

Beatriz Pavan Campos*

Marcela Pedrasini Shimazaki***

Larissa Laurentino Silva*

Ivone Sanches Giacometti Kowalski*

Claudia D'Arco*

Elizabete Calabuig Chapina Ohara**

Carla Maria Maluf Ferrari*

Resumo

Do ponto de vista epidemiológico, o aumento da população idosa acarreta aumento das doenças crônicas não transmissíveis tornando esta população a principal consumidora de medicamentos. O tratamento simultâneo de diversos problemas de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime terapêutico complexo e de longa duração requerendo o seguimento correto da terapêutica a fim de evitar consequências graves. 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 ao tratamento entre indivíduos idosos, que são inseridos em um programa de atendimento ao idoso com doenças crônicas. Tratou-se de uma análise descritiva, quantitativa, transversal. Participaram desta pesquisa 69 idosos, independentes nas suas atividades de vida diária, que não apresentavam problemas cognitivos e/ou psiquiátricos diagnosticados, e que frequentavam o serviço de atendimento na Paróquia Nossa senhora do Rosário há pelo menos um mês. 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 por Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). Quanto a presença de doenças, 46 (68,6%) informou ter hipertensão arterial e 29 (43,3%) dislipidemia, 18 (26,9%) apresentam alta adesão e 49 (73,1%) média/baixa adesão; quanto a complexidade terapêutica mensurada pelo ICFT variou de 2,5 a 46,5 pontos entre os indivíduos que faziam uso de um a 12 medicamentos. Nesta amostra identificou-se média/baixa adesão com média complexidade terapêutica, deixando claro que o monitoramento e a educação em saúde devem ser priorizados pelo enfermeiro.

Palavras-chave: Adesão. Medicação. Cuidados. Idoso. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, segundo o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹ o número de idosos no Brasil é de 22,9 milhões (11,34% da população) e a tendência é que este número triplique nos próximos 20 anos.

O envelhecimento da população ocorre em consequência da transição demográfica por meio da mudança do perfil de mortalidade e natalidade elevadas, em populações predominantemente jovens, para uma situação

com índices de mortalidade e natalidade baixas, que aumentam a proporção de idosos da população².

Em uma abordagem mais específica, sobre o envelhecimento populacional temos um aumento da prevalência das doenças crônicas e uma mudança de paradigma na saúde pública³. 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,

DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410121031

*Centro Universitário São Camilo. São Paulo – SP, Brasil.

**Faculdade de Educação em Ciências da Saúde. São Paulo – SP, Brasil.

***Centro Social Nossa Senhora do Rosário. São Paulo – SP, Brasil.

E-mail: beatrizpavancampos@gmail.com

#Artigo selecionado, por meio de resumo apresentado no XII Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem, ocorrido em novembro de 2018.

logo, um envelhecimento saudável.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer entre outras são de etiologia multifatorial⁴. Para o tratamento é necessário a prevenção, que inclui “abordagens primárias, secundárias ou terciárias, que diferem entre si quanto aos objetivos específicos”⁵. Essas abordagens correspondem, respectivamente, à diminuição da incidência, da prevalência e das complicações geradas pelos fatores de risco intermediários das DCNTs. Nestas situações, a primeira opção é instituir um tratamento não medicamentoso que inclui, principalmente, a mudança dos hábitos alimentares, a prática de atividades físicas, associado a ausência de consumo de 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 DCNTs⁴.

Para o controle destas doenças é necessário que se tenha a adequada compreensão sobre elas e seguir corretamente o tratamento farmacológico e não farmacológico. Neste sentido, a adesão ao tratamento, define-se como conduta do paciente em relação ao uso das medicações e mudança nos hábitos de vida, de acordo com a prescrição e orientações fornecidas por um profissional de saúde⁶. Outro estudo, descreve também, que além de obedecer às orientações médicas, o paciente deve entender e concordar com a prescrição estabelecida⁷. A adesão abrange uma atitude ativa, com o envolvimento voluntário e colaborativo do paciente e do profissional de saúde numa ação conjunta para a mudança do estilo de vida.

Além do termo adesão, temos também a complacência, que é definida como um comportamento passivo, associado a função tradicional do doente, em seguir os conselhos e orientações do profissional de saúde, ou seja, corresponde as instruções clínicas indicadas, diferentemente da adesão, se refere a não autonomia do paciente em relação aos cuidados com sua saúde, cabendo apenas obedecê-las⁸. No presente estudo, optou-se

em usar o termo adesão ao tratamento.

As doenças crônicas não transmissíveis e a falta de adesão terapêutica vêm crescendo simultaneamente em nossa sociedade, tornando-se um problema universal e um desafio para os profissionais da saúde. Conforme estudos realizados, existem vários fatores que colaboram para que o idoso não tenha uma boa adesão terapêutica, sejam eles fatores socioeconômicos: como o alto custo dos medicamentos, a baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e dificuldade para obter informações sobre o regime terapêutico; os aspectos físicos como: limitações físicas, dificuldade no acesso para conseguir os medicamentos; ambientais: dificuldade na mudança do estilo de vida, acessibilidade para conseguir as medicações e informações, dependência de terceiros para ter acesso a medicação; psíquicos: o esquecimento de tomar as medicações, insegurança com o tratamento ou falta de esperança da melhora, falta de apoio familiar, solidão, crenças; saúde: medo dos efeitos colaterais; a complexidade do tratamento devido a polifarmácia, tempo do tratamento, receio do uso do medicamento associado ao uso do álcool, tabagismo, ausência dos sintomas; relação com a equipe de saúde: falta de confiança, carência de informações da doença e do regime de tratamento, falta de qualidade do serviço e falta do acolhimento pelos profissionais envolvidos no tratamento, nas mais variadas modalidades de assistência^{9,10,11}.

Com o aumento da população idosa e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, é necessário que exista uma diversidade de serviços como: ambulatórios, hospitais, Programas de Saúde da Família e atendimento domiciliar para atender essa população.

A atenção domiciliar, de acordo com a Portaria n. 96312, tem como objetivo facilitar o atendimento ao idoso, promovendo a autonomia desses usuários, já que, esse serviço substitui ou diminui o período de permanência desses usuários internados, “[...] permitindo ao idoso ficar com a família, favorecendo sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares”. Essa modalidade de atenção à saúde é caracterizada por “um conjunto

de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitações [...]”, dando continuidade ao tratamento e educação à saúde dessa população.

Os Programas de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) prestam serviços aos indivíduos com 60 anos ou mais, com doenças crônicas agudizadas, dependência provisória ou permanente na sua capacidade funcional, decorrente de internações prolongadas e/ou recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade de locomoção, idosos em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional que necessitam de cuidados contínuos que possam ser feitos na residência sob a orientação e supervisão da equipe de saúde¹³.

A educação em saúde deve ser priorizada pelo enfermeiro, enfatizando a importância de hábitos saudáveis, devendo estimular a prática do autocuidado¹⁴. As práticas educativas devem atender as necessidades individuais e familiares para maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O enfermeiro “por meio do conhecimento científico e do seu desempenho tem a possibilidade de orientar o indivíduo em relação a doença e o seu tratamento [...]”¹⁴, esclarecendo suas dúvidas e angústias em relação a doença, oferecendo as informações necessárias, para o tratamento, cuidado, agravos, reações adversas aos medicamentos, que muitas vezes são a causa de interrupção do tratamento. Desta forma, o paciente e a família sentem-se mais seguros com os cuidados prestados. A família, neste contexto, assume grande importância na tomada correta do medicamento pelo paciente, por ser um facilitador do cuidado com, em relação aos horários da medicação, mudanças no estilo de vida e principalmente dando apoio psicológico.

O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional deve conhecer o paciente e a família, suas condições psicossociais, acompanhar o paciente nas consultas, realizar ações de promoção da saúde para prevenir complicações e o surgimento de outras doenças, estabelecendo uma relação de confiança relacionada a necessidade do vínculo entre o funcionário e o paciente e família como um facilitador para a adesão terapêutica¹⁴.

O objetivo do estudo, então, foi descrever a adesão ao tratamento entre indivíduos idosos, que são inseridos em um programa de atendimento ao idoso com doenças crônicas.

MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de um estudo de análise descritiva, quantitativa, transversal. Objetivando identificar a adesão ao tratamento de indivíduos idosos com doença crônica não transmissível.

Foi realizado no Centro Social Nossa Senhora do Rosário do 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. Contam 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 como o programa de assistência domiciliar ao idoso (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 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%¹⁵.

Foi utilizado como critério de inclusão indivíduos que tinham idade igual ou superior a 60 anos, independentes nas suas atividades de vida diária (AVD), com ausência de

diagnóstico de alteração cognitiva e/ou doença psiquiátrica, que aceitassem 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.

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

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

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Utilizados para obter o consentimento do idoso 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.

2) Teste de Morisky-Green

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. Foi considerado alta adesão quando houveram quatro respostas negativas, média adesão quando foram três e duas e baixa adesão para uma ou zero questões negativas.

3) Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

Instrumento que será utilizado para quantificação da complexidade de terapêutica, o Medication Regimen Complexity Index (MRCI), traduzido e validado Melchior, Correr e Fendández-Llimos, na versão brasileira, tem o nome de Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)¹⁶. 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 estipulada 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 terapêutica¹).

4) Instrumento para coleta de dados

Questionário elaborado pelos autores para coleta dos dados quanto as características demográficas, informações relacionadas a doença e tratamento; apoio familiar e relacionado ao local de atendimento (PADI).

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa após as atividades ou consultas oferecidas pelo Centro Social. Aqueles que, aceitaram em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram encaminhados a um local disponibilizado para a entrevista e realizada a aplicação dos questionários.

Os dados foram armazenados em bancos de dados elaborados na planilha Microsoft Excel®, seguidos pela apresentação dos resultados descritivos

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 69 idosos que consentiram assinando o TCLE. Destes 69 idosos entrevistados 27 (40,3%) estavam na faixa etária entre 60 e 70 anos, quanto ao gênero a maioria 60 (89,5%) eram mulheres; 47 (70,1%) da raça branca; 31 (46,3%) viúvos; 13 (20,3%) divorciados/separados; 66 (98,5%) possuem uma religião e destes 54 (80,6%) eram católicos e quanto ao nível de escolaridade da população estudada a maioria 29 (43,3%) tem ensino fundamental incompleto.

Diante as doenças mais frequentes, 46 (68,6%) informou ter hipertensão, 19 (28,3%) diabetes *mellitus* e 29 (43,3%) dislipidemia, 16 (23,9%) alterações da tireoide como mostra o quadro 2 abaixo.

Ao avaliarmos a adesão terapêutica segundo o instrumento de Morisk-Green, observa-se o quadro 3 que 49 (73,1%) informou média/baixa adesão, em relação aos 18 (26,9%) que apresentavam alta adesão.

No Quadro 4 segue os dados relacionados a complexidade terapêutica mensurada pelo ICFT o qual variou de 2,5 a 46,5 pontos entre os indivíduos que faziam uso de um a 12 medicamentos.

Identificou-se que 40 (59,7%) da população do estudo consegue a medicação pelo SUS, 14 (20,9%) compra a medicação e 13 (19,4%) adquire em igrejas. Esta população quando não consegue a sua medicação 43 (81,1%)

compra a medicação, 6 (11,3%) fica sem tomar e 4 (7,6%) adquirem por outros meios. Para continuar com o tratamento a maioria 37 (55,2%) conta com o apoio de amigos ou familiares e 30 (44,8%) não conta com apoio.

No atual estudo, o perfil sociodemográfico dos participantes mostrou que 89,5% eram mulheres, 40,3% com idade média entre 60 e 70 anos, 70,1% da raça branca, 46,3% eram viúvas, 98,5% possuíam uma religião e, na maioria dos casos, a católica

Constatou-se que quanto a percepção da saúde a maioria da população estudada considerou muito boa/boa ou razoável a sua saúde, como segue: 8 (11,9%) considerou ótima, 30 (44,8%) muito boa/boa, 25 (37,3%); razoável e 5 (7,5%) ruim/ muito ruim; além de considerar o atendimento no centro social como muito bom 54 (80,6%), bom 11 (16,4%) e 2 (3,0%) não opinou.

Quadro 1 – Distribuição da população estudada por faixa etária, gênero, raça e estado civil e religião, São Paulo, 2018.

Faixa etária	nº	%
60 a 70 anos	27	40,3
71 a 80 anos	17	25,4
81 a 90 anos	21	31,3
Acima de 90 anos	2	3
Gênero	nº	%
Feminino	60	89,5
Masculino	7	10,5
Raça	nº	%
Branca	47	70,1
Parda/morena	17	25,3
Preta/negra	3	4,6
Estado civil	nº	%
Viúvos	31	46,2
Casados	18	26,9
Solteiros	5	7,5
Divorciados/separados	13	19,4
Religião	nº	%
Possuem religião	66	98,5
Não possui religião	1	1,5
Escolaridade	nº	%
Nunca estudou	3	4,5
Fundamental incompleto	29	43,3

continua...

...continuação - quadro 1

Faixa etária	nº	%
Médio incompleto	8	11,9
Superior incompleto	17	25,4
Superior completo	8	11,9
Não sabe	2	3,0
Total	67	100,0

Quadro 2 – Distribuição das doenças informadas pela população estudada, São Paulo, 2018

Doenças informadas	nº	%
Hipertensão	46	68,6
Dislipidemia	29	43,3
Diabetes <i>mellitus</i>	19	28,3
Alterações de tireoide	16	23,9

Quadro 3 – Distribuição da adesão terapêutica por Morisk -Green na população estudada, São Paulo, 2018.

Morisk-Green	nº	%
Alta adesão	18	26,9
Média/baixa adesão	49	73,1
Total	67	100,0

Quadro 4– Distribuição em relação ao Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) complexidade terapêutica pelo Índice de Complexidade Terapêutica FT e quantidade de medicamentos utilizadas pela população estudada, São Paulo, 2018.

ICFT	nº	%
$\geq 2,5 \leq 17$	34	50,7
$\geq 18 \leq 31$	24	35,8
$\geq 32 \leq 46,5$	9	13,4
Total	67	100,0
	<i>Média: 19,10</i>	
	<i>Min – Max: 2,5 – 46,5</i>	
Número de medicamentos		
$\geq 1 \leq 4$	31	46,2%
$\geq 5 \leq 8$	31	46,2%
$\geq 9 \leq 12$	5	7,4%
Total	67	100%

DISCUSSÃO

Alguns estudos relatam que a maioria das pessoas com idade avançada são do sexo feminino¹⁷. As mulheres constituem a maioria

da população idosa em todas as regiões do mundo, e estimasse que a expectativa de vida das mulheres é em média cinco a sete anos mais

que os homens¹⁸. Esses dados corroboram com os resultados deste estudo, que a maioria são do sexo feminino (89,5%).

Em estudo qualitativo realizado por Araujo e Nascimento (2007)¹⁹ com indivíduos do sexo masculino, com 40 anos a 64 anos, com o objetivo de e analisar as explicações presentes nos discursos masculinos sobre a baixa procura por serviços de saúde, evidenciou que homens apresentam condições mais graves e crônicas de saúde do que as mulheres, visto que a representação do cuidar é atribuída ao sexo feminino, além do que as mulheres influenciadas por fatores culturais e sociais procuram mais os serviços de saúde o que contribui para diagnósticos precoce e a possibilidade de cura¹⁹.

A menor presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde parece estar relacionada a fatores como: trabalho, escassez de unidades específicas para o cuidado da saúde do homem, dificuldade de acesso aos serviços. Outro aspecto relevante está relacionado a imagem do homem como ser invulnerável que contribui para que ele não se cuide e fique mais exposto a situações de risco que podem provocar o óbito. Neste contexto ocorre a feminização da velhice, com o prolongado período de viuvez, corroborando com os dados encontrados nesta amostra, que 46,3% da população se declararam viúvas. À medida que a idade aumenta também se eleva o número de viúvas. Estes diferenciais por sexo e estado conjugal devem-se à maior longevidade das mulheres associado ao fato que os homens casam novamente e com mulheres mais jovens 20, tornando estas idosas viúvas vulneráveis, devido ao isolamento e as dificuldades de se sustentar²¹.

Em São Paulo 11,9% da população tem mais de 60 anos de idade. No grupo de 60 a 69 anos, existiam 7 homens para cada dez mulheres residindo no município, enquanto entre aqueles com mais de 80 anos essa relação é de 5 para 10. No Estado, esses valores são, respectivamente, 8 e 6 homens para 10 mulheres²².

Neste estudo, 70,1% da população declarou-se da raça branca, contudo sabe-se que pardos e pretos são cerca de metade da população brasileira, no entanto, o IBGE em 2010, revela que São Paulo é um dos estados da federação com menor proporção de negros, ou seja 60,6% dos habitantes paulistas se declararam brancos, 30,5% pardos, 6,5% pretos confirmando os dados encontrados neste estudo²².

Comportamentos religiosos são frequentes em

idade avançadas geralmente associado às práticas de saúde que são confirmados neste estudo no qual ter uma religião foi uma característica muito frequente entre os entrevistados (98,5%), justificado a raízes histórico-culturais muito antigas presentes nos mitos gregos, rituais indígenas e nas inscrições bíblicas e influenciam a cultura ocidental nos tempos atuais. Muitos atribuem a Deus o aparecimento ou a cura da doença e recorrem a religião como um recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentar seus problemas de saúde²³.

Na velhice, uma condição que pode gerar sofrimento é a incapacidade funcional, impondo limitações para o indivíduo realizar suas atividades cotidianas ou restringindo sua participação social²². Quanto às demais características sociodemográficas, a maioria dos indivíduos estavam aposentados (68,6%); o nível de escolaridade da população foi baixo com 32 (47,8 %) não tinha o fundamental completo e apenas 8 (11,9%) cursaram o nível superior, corroborando com os dados do IBGE, CENSO 2010, o analfabetismo entre idosos em São Paulo era de 8,9%²².

As mulheres acumulam, no decorrer da vida, algumas desvantagens como violência, discriminação social, menores salários em relação aos homens, duplas jornadas, entre outros, têm maior probabilidade de apresentar menor renda e dependência de recursos externos¹⁸.

Em estudo realizado por Ramos, Tavares, Bertoldi et al (2016), entre idosos residentes em municípios brasileiros urbanos, obteve-se que o número de doenças relatadas varou de uma a oito: 31,0% referiu uma doença, 22,0% duas, 13,0% três e 9,0% quatro, e entre estas 59,0% referiram ter hipertensão, 19,2% diabetes *mellitus*, 23,0% aumento do colesterol. Nesta pesquisa, quanto aos problemas de saúde 26,9% relatou ter uma doença, 50,7% de duas a três e 16,4% de 04 a 06 doenças e entre elas as mais frequentes foram hipertensão arterial sistólica (68,6%); diabetes *mellitus* (28,3%); dislipidemia (43,3%)²⁵.

Os participantes foram questionados neste estudo sobre o uso de medicação e 53,8% faziam uso de 5 a 12 medicamentos/dia, com uma média de 5,5 medicamentos por paciente; 73,1% apresentam média/baixa em relação a adesão ao tratamento e complexidade de regime terapêutico de 19,10 pontos em média e valor máximo de 46,5 pontos para 12 medicamentos e 2,5 pontos para um medicamento.

Múltiplos fatores podem influenciar a adesão

à terapêutica dentre os idosos como: fatores intrínsecos ao próprio paciente, referentes à doença e/ou características da terapêutica, número de comprimidos ingeridos ao dia, complexidade farmacoterapêutica e relacionados à interação entre o paciente e os profissionais de saúde²⁶. O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime complexo de medicação. A polimedicação, definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos medicamentos, mais que cinco²⁷, além de apresentar riscos farmacológicos, predispõe os idosos à baixa adesão 28;26.

Em estudo realizado com 279 idosos com hipertensão arterial residentes em Juiz de Fora, avaliaram a adesão ao tratamento farmacológico por meio do teste de Morisky-Green e questionário para coleta de variáveis sócio-demográficas, relacionadas à condição de saúde, ao serviço de saúde e terapia farmacológica²⁹. Os autores obtiveram em seus resultados uma mostra composta pela maioria de mulheres (69%), com média de idade de 73,9 anos; 76,8% relataram apresentar hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Em relação à terapia farmacológica consumida pela amostra, além dos anti-hipertensivos foi identificado a utilização de uma média de 5,19 medicamentos/dia. Quanto à via de acesso aos medicamentos, 51,6% dos idosos conseguiam pelo SUS e 37,2% adquiriam pelo programa Farmácia Popular. Foram classificados como aderentes ao tratamento farmacológico 47% dos idosos. Em nosso estudo obteve-se que 53,8% dos idosos faziam uso de 05 a 12 medicamentos por dia, no que concerne ao local de aquisição da medicação 79,1% conseguiam por meio do SUS (59,7%) e igrejas (19,4%) e 26,9% foram considerados aderentes ao tratamento e 73,1% não aderentes ao tratamento.

No Brasil, resultados sobre a complexidade terapêutica foram observados com o uso do *Medication Regimen Complexity Index*¹⁶, instrumento genérico que apresenta três seções: dosagem do medicamento, frequência e orientações adicionais. Este índice foi traduzido e validado em nossa cultura e, nesse processo, os autores brasileiros analisaram os prontuários de 105 pacientes com diabetes tipo 2. Para este estudo, o uso de medicamentos de cada paciente foi analisado em sua totalidade, incluindo as medicações prescritas para outras doenças, os medicamentos prescritos para quadros agudos e

os indicados quando necessário. Os resultados mostraram média de 4,5 medicamentos por paciente, complexidade do regime terapêutico de 15,7 pontos em média, valor máximo de 45,5 para 12 medicamentos e mínimo de 4 pontos para um medicamento, valores muito próximos aos achados desta pesquisa. A complexidade terapêutica é fator associado à tomada do medicamento, ou seja, conforme aumenta a complexidade do regime terapêutico, diminui a compreensão do paciente referente à posologia das medicações podendo acarretar em falha ao seguir o esquema terapêutico^{30;31;32}. Consequentemente, a complexidade terapêutica também interfere no controle dos sintomas das doenças.

Quando os entrevistados foram questionados quanto a sua percepção de saúde 11,9% considerou ótima; 44,8% muito boa/boa; 37,3%; razoável e 7,5% ruim/ muito ruim. A auto percepção em saúde é denominada como auto avaliação em saúde ou saúde percebida. É uma variável que tem forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviço médico³³. Em estudo com uma amostra de 274 indivíduos idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul, ao avaliarem a percepção de saúde obtiveram, 13,52% consideraram sua saúde ótima, 47,81%boa; 34,67% regular, 3,0% ruim/péssima, estes resultados estão próximos aos achados deste estudo³⁴.

A percepção dos idosos quanto a sua saúde está relacionada à presença de incapacidades e não ao número de doenças³⁴.

Em relação a opinião dos entrevistados sobre como é o atendimento recebido no centro social, 80,6% dos idosos considerou o atendimento muito bom; 16,4% bom 3,0% não opinou. O atendimento oferecido pelos serviços de saúde pode influenciar na adesão ao tratamento, merecendo destaque a estrutura, o acesso, os profissionais e tecnologias disponíveis.

A medida da satisfação dos usuários é uma avaliação dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados. Estudos de satisfação em atendimento primário à saúde mostram que os usuários apresentam melhor avaliação dos aspectos relacionais (atendimento, cuidado, comunicação interpessoal, etc.) que organizacionais (estrutura física, acesso a consultas e medicamentos)³⁵.

Outro aspecto relevante investigado neste estudo foi quanto ao apoio de familiares e ou amigo que o auxilia no tratamento, 89% informou sempre/

quase sempre receber apoio de familiar ou amigos e 44,8% informou não receber apoio. O apoio familiar tem grande influência no tratamento de qualquer doença crônica, pois a família desempenha um papel de suporte fundamental para que o idoso consiga cumprir

adequadamente as orientações da equipe multiprofissional e, com isto, obter um melhor controle da doença.

Quando a família está presente e participa do seu tratamento, há maior adesão ao tratamento³⁶.

CONCLUSÃO

Nesta análise descritiva obteve-se uma média e baixa adesão ao tratamento e parece estar influenciada pelo baixo nível de escolaridade da população e pela alta complexidade terapêutica. Porém, para resultados mais conclusivos existe a necessidade da análise

de associação da adesão com as demais variáveis relacionadas com as características do indivíduo, doença, terapêutica e suporte social, e considerando as necessidades específicas destes indivíduos propor estratégias que corroborem com a adesão ao tratamento.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos a Profa. Rosana Pires Russo Bianco e aos alunos Lisa Catherine Miranda dos Santos Pereira; Genilson de Jesus Oliveira; por toda contribuição na elaboração deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2002 jul [acesso 2 mar 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
2. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Rev UFG. 2003; 5(2): 7-10.
3. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 793-98.
4. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Júnior JBS. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(2): 315-23.
5. Goulart FA. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: https://apsredes.org/pdf/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf/ Acesso em: 12 out 2016.
6. Amarante LC, Shoji LS, Beijo LA, Lourenço EB, Marques LAM. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010; 31(3): 209-15.
7. Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. 1998. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15conceitos_rec_basicas.pdf/ Acesso em: 6 mar 2017.
8. Remodi FA, Oda S, Cabrera MAS. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2014; 35(2): 177-85.
9. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. Rev Soc Bras Clin Med. 2015; 13(1): 75-84.
10. Amadei JL, Marcon SS, Bertolini DA. Adesão ao tratamento medicamentoso em doenças não transmissíveis. Revista Saúde e Pesquisa. 2011; 4(3): 407-16.
11. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein. 2013; 13(3): 331-37.
12. BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil. 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html/ Acesso em 3 mar 2017.
13. Rio de Janeiro. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/padi/> Acesso em: 6 mar 2017.
14. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. O Mundo da Saúde. 2014; 38(4): 473-81.
15. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <https://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/> Acesso em 21 jun 2017.

16. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llmos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89(4): 210-18.
17. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud interdiscip envelhec*. 2002; 4[sn]: 7-19.
18. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev Ciênc Ext*. 2010; 6(1): 40-53.
19. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-74.
20. Baldin CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. *RBCEH*. 2007; 5(1): 43-54.
21. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf/ Acesso em: 24 out 2018.
22. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento regional. SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/> Acesso em: 23 out 2018.
23. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(8): 2319-28.
24. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18(3): 381-89.
25. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica*. 2016; 50(supl 2): 1s-13s.
26. World Health Organization, Adherence to long-term therapies: evidences for action 2003 [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/> Acesso em: 24 out 2018.
27. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1).
28. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: wich tools to use in clinical practice? *Drug Aging*. 2005; 22(3): 231-55.
29. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017 fev; 20(1): 116-27.
30. George J, Yee-Teng P, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004; 38: 1369-76.
31. Figueiredo RM, Sinkoo VM, Tomazin CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e propoeição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(4): 50-5.
32. Barbosa RGB, Costa LNK. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1): 35-8.
33. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *The Getontologist*. 2008; 48(4): 415-22.
34. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. 2014; 17(1): 79-86.
35. Barros ACM, Rocha MB, Helena ETS. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes *mellitus* atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2008; 37(1): 54-62.
36. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. *RBCEH*. 2010; 7(2): 267-79.