

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE ASSIS GURGACZ
LUANA MARIA VIANA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES IDOSOS
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL-PR**

Cascavel-PR

2019

LUANA MARIA VIANA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES IDOSOS
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL-PR**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Farmácia.

Professor Orientador: Vagner
Fagnani Linartevichi

Cascavel-PR

2019

CENTRO UNIVERSITARIO FACULDADE ASSIS GURGACZ
LUANA MARIA VIANA COSTA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES IDOSOS
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL-PR**

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Prof
Banca avaliadora

Prof
Banca avaliadora

Cascavel-PR, 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por estar sempre ao meu lado, dando sabedoria e iluminando todos meus passos.

Aos meus pais, João Viana (in memória) e Zilma Viana, principalmente a minha mãe pelo imenso apoio, incentivo, orações, me ajudando sempre que precisei.

Ao meu marido Ronildo, meu grande amor, companheiro, por seu carinho, compreensão, pelo suporte para que eu pudesse desenvolver este projeto, e pelo presente que recebemos, nossa filha Beatriz e pelo irmãozinho (a) que chegará.

À minha irmã Sílvia Santos, e meu cunhado, Uederson Santos, pela ajuda incondicional. Em especial à minha irmã, por me mostrar que eu seria capaz, que chegaria ao final dessa longa trajetória, e por sua dedicação comigo.

À minha amiga Rúbia, que contribuiu para que eu seguisse em frente.

Ao meu orientador, professor Vagner Linartevichi, pelas dicas.

Aos meus professores, que me mostraram quão linda é esta profissão farmacêutica.

Aos meus colegas, pelo auxílio.

Enfim, obrigada a todos que de alguma maneira, colaboraram para que eu chegasse até aqui.

Gratidão eterna!

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais João (in memória) e Zilma,
Pelos ensinamentos, valores, pois, sem eles,
nada disso seria possível.

SUMÁRIO

1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
3.ARTIGO.....	21
4.ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH).....	35
5.ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO.....	42
6.ANEXO 3 – TESTE DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO.....	46

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 ENVELHECIMENTO

A velhice é a última fase do desenvolvimento da vida e visto por fatores sociais, políticos, econômicos e biológicos que fazem parte do dia a dia de quem passa por esse momento (SILVA *et al.*, 2010).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) determinou em 1985, a idade de 65 anos para o idoso. Portanto, lugares que tem uma perspectiva inferior de vida como o Brasil, estipula-se 60 anos segundo o Estatuto do Idoso (SILVA *et al.*, 2010).

Em 1970 no Brasil, houve mudanças nas características da população, de uma família maior da zona rural para uma família menor na zona urbana, evidenciando assim outros conceitos. De uma população jovem para uma população com pessoas de mais de 60 anos ou mais de idade (MIRANDA, 2015).

O aumento de pessoas mais velhas é uma ocorrência mundial, e, no Brasil, as alterações acontecem de maneira rápida. Pesquisas apontam que em 2020, o Brasil será o sexto país no mundo em quantidade de idosos, sendo superior a 30 milhões de indivíduos, atingindo em 2050 o quinto maior país do planeta chegando a ter 253 milhões de pessoas, atrás somente da Índia, China, EUA e Indonésia (MENDES *et al.*, 2018).

É indispensável o papel da família na vida de um idoso, pois é uma pessoa que ainda tem sonhos e que precisa de todo o cuidado. Essa é uma situação pessoal e cultural na comunidade que muitas vezes não avalia realmente a necessidade de um idoso. No entanto, o idoso deve ser visto como uma pessoa sábia e viva (ALMEIDA, 2019).

1.2 DOENÇAS DO ENVELHECIMENTO

De acordo com Birren e Schroots (1996), o envelhecimento secundário ou patológico, relaciona-se com doenças que não se misturam ao envelhecimento natural. As enfermidades podem ser de origem cardiovascular, cerebral, algumas espécies de cancro (sendo o último devido ao estilo de vida do indivíduo). O

envelhecimento secundário está relacionado a manifestações clínicas e também os impactos da doença e do ambiente (FECHINE & TROMPIERI, 2012).

Certas mudanças biológicas no idoso com o envelhecimento, acontecem no sistema cardiovascular, podendo haver uma redução no coração dos batimentos cardíacos. Também pode acontecer uma diminuição da frequência cardíaca em repouso, uma dislipidemia e ocasionar ainda aumento da pressão arterial (FECHINE & TROMPIERI, 2012).

Atualmente, destacam-se três elementos de risco para a saúde: pressão arterial alta, tabagismo e poluição do ar, depois motivos dietéticos e falta de exercícios físicos. Esses elementos citados anteriormente contribuem para o surgimento de doenças metabólicas, Doenças Cardiovasculares e câncer. Evidencia-se como uma das doenças metabólicas o diabetes mellitus tipo 2, que influencia de maneira muito negativa sobre a qualidade de vida do paciente, piorando sua saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

A hipertensão atinge um quarto de pessoas em todo o mundo, imaginando-se um número mais elevado para 2025. No Brasil, pesquisas indicam que há uma oscilação entre 20 e 30% crescendo com a idade e com a obesidade. A DCV é a causa de 30% de mortes no mundo (FERREIRA *et al.*, 2019).

O câncer de próstata e o de mama feminino representam uma predominância sobre os demais nos dois sexos. Estilos de vida não saudáveis, destacando o tabagismo que pode ser considerado fator de risco para desenvolvimento de câncer. (FERREIRA *et al.*, 2019).

Com o envelhecimento também, surge alterações na deglutição abrangendo vários sistemas – esquelético, neuromuscular, dentário, sensorial, com muitas reações devido ao uso de medicamentos. Sendo assim as mudanças mais vistas são: perda de dentes e atrofia, prótese dentária, elevação do tecido adiposo e conjuntivo da língua, diminuição da saliva e modificações sensoriais (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

1.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é uma situação relacionada a muitos fatores, detectada e tratada no Brasil, sendo que atinge quase um terço das pessoas

e é agravante para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SIMÃO *et al.*, 2016).

O tratamento da HAS necessita de um parecer de muitos profissionais, e isso implica em uma mudança de vida e terapêutica medicamentosa. No entanto, algumas pessoas são resistentes a esse questionamento e seguem sem o controle adequado da pressão arterial (PA) surgindo dessa maneira um grupo de pessoas com hipertensão arterial resistente (HAR) (SIMÃO *et al.*, 2016).

A HAR é vista como a persistência da PA acima de 140/90mmHg, mesmo com uso de três medicamentos anti-hipertensivos, que agem sinergicamente e sejam usados em dose máxima, sendo um deles diurético; ou por PA controlada, porém em uso de quatro ou mais anti-hipertensivos. Imagina-se que 15% dos indivíduos hipertensos atestem critérios para HAR, nessa situação, apresentam morbimortalidade cardiovascular ainda maior (SIMÃO *et al.*, 2016).

A HAS é uma patologia oriunda de diversos fatores, de alta prevalência e baixas taxas de controle, representado um encefálico e vascular. Estima-se que haja no mundo pessoas com HAS, sendo 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. No Brasil, investigações populacionais notificaram uma prevalência acima de 30% (MACHADO *et al.*, 2016).

É relatado na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas agravações está relacionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com enfoque a diminuição dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo exagerado de álcool e apontam que esses riscos estão vigorosamente presentes na população brasileira (MACHADO *et al.*, 2016).

A obtenção de uma alimentação e uma vida mais equilibrada é imprescindível para se conseguir resultados ideais com a HAS, pois em algumas situações, a única terapêutica indicada. A baixa adesão das pessoas a essas indicações não medicamentosas, contribuem para um não controle da gravidade dessa doença (MACHADO *et al.*, 2014).

O controle da HAS representa uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). Os métodos educativos compõem um importante instrumento para incentivar mudanças no estilo de vida e diminuir os fatores de risco cardiovascular. Pesquisas têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS. Como resultados tem sido verificado a diminuição

da pressão arterial, a redução do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, alterações ideais na alimentação habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado (MACHADO *et al.*, 2014).

A relação entre HAS e desenvolvimento da rigidez arterial está bem estabelecida. O aumento da pressão provoca aumento do estresse pulsátil na parede vascular promovendo uma degradação mais rápida das fibras de elastina. No entanto, a relação de causa/efeito entre hipertensão e rigidez arterial alta tem sido muito refletida na última década (ALVIM *et al.*, 2017).

Estatísticas mostram que a rigidez arterial elevada, em indivíduos normotensos, está relacionada à evolução dos níveis de pressão arterial e aumento do risco de hipertensão, supondo que a rigidez poderia ser vista como motivo e não consequência do aumento pressórico. A probabilidade é a existência de relação entre estas duas variáveis. Somente estudos longitudinais de longo prazo poderão determinar a contribuição do aumento pressórico para o aumento da rigidez ou, ao contrário, o aumento da rigidez (que eleva a pós-carga) delimitando a resposta adaptativa de elevação da pressão (ALVIM *et al.*, 2017).

Mesmo sendo de fácil diagnóstico e tratamentos acessíveis, a HAS ainda é uma patologia com menor taxa de controle. Dados sobre a predominância, a percepção do diagnóstico, tratamento e controle entre idosos são limitados em países em desenvolvimento, mesmo que sejam vistas como essencial, almejando o acompanhamento e estratégias efetivas para o controle da HAS (SOUSA *et al.*, 2018).

A HAS é uma manifestação poligênica e apresenta fatores genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais. A hereditariedade desenvolve uma função importante na gênese da hipertensão. A hipertensão arterial é, pois, quantitativa, complicada e poligênica sendo a resposta final da interferência dos motivos ambientais sobre a presença de alguns genes (NOBRE *et al.*, 2013).

Os fatores ambientais influenciam de maneira notável, sendo que alterações de hábitos mudam o comportamento da pressão arterial. São tradicionais as pesquisas de indivíduos referentes a grupos populacionais que não apresentam hipertensão arterial e que, ao irem para lugares de alto predomínio de hipertensão, tornam-se hipertensos (NOBRE *et al.*, 2013).

O sal tem relevância na gênese da HAS em pessoas geneticamente predispostas. O aumento de sal na alimentação e a incapacidade dos rins de excretar a sobrecarga de sódio instigam a hipertensão por acréscimo do volume plasmático, da pré-carga e, como consequência, do débito cardíaco (NOBRE *et al.*, 2013).

A sensibilidade ao sal é mutável e pode ser analisada pela variação da pressão arterial devido a uma carga salina. As pessoas chamados de resistentes ao sal, a respeito do exagero de sal consumido, não demonstram maior aumento da PA, ao contrário daquelas pessoas sensíveis. Os negros e os idosos são, de uma forma geral, os mais sensíveis ao sal entre os hipertensos (NOBRE *et al.*, 2013).

De acordo com as definições tradicionais, a pressão arterial é determinada pelo débito cardíaco multiplicado pela resistência vascular periférica total. Esses fatores dependem da relação de uma série de fatores. A HAS pode aparecer por desequilíbrios em um deles ou em ambos (NOBRE *et al.*, 2013).

O estreitamento funcional da musculatura lisa é vista como um dos primordiais mecanismos presentes na hipertensão arterial. O aumento da resistência vascular periférica estabelecida pela hipertrofia da parede vascular resultará a elevação contratilidade da musculatura lisa dos vasos (NOBRE *et al.*, 2013).

Nota-se grandes indícios de que o sistema nervoso simpático desenvolve uma função indispensável através de sua atividade elevada na gênese e na sustentação da HAS. De uma forma geral isso é mais comumente observado em pessoas jovens hipertensas, que significam por apresentar débito cardíaco e frequência cardíaca elevados, enquanto a resistência periférica é normal ou mesmo diminuída (NOBRE *et al.*, 2013).

As mudanças das características vasculares da aorta, que surgem com o envelhecimento, têm indispensável função na gênese e progressão da HAS. O fluxo de sangue na aorta, originado do ventrículo esquerdo, é pulsátil e descontínuo, porém a liberação de sangue para a circulação periférica é contínua. A aorta precisa ter tolerante estender-se durante a sístole ventricular, armazenando energia para se encolher durante a diástole e enviando o sangue para a periferia (MIRANDA *et al.*, 2002).

A associação entre as modificações de volume e de pressão é que determina a resistência. A extensão aórtica na sístole promove uma onda que se espalha pela aorta e seus ramos, que é definida de onda de pulso. O pulso gerado nos vasos

periféricos é consequência desta onda de pulso e não um reflexo direto do fluxo sanguíneo. Ao atingir a periferia a onda bate e volta, originando a chamada onda reflexa, que volta à circulação central, influenciando na fisiologia aórtica. As causas que mudam a complacência aórtica irão interferir nestas características e, por em seguida, a circulação periférica (MIRANDA *et al.*, 2002).

O diâmetro aórtico eleva em 15% a 35% dos 20 aos 80 anos de idade. Fisiologicamente ocorre uma mudança da orientação laminar das fibras murais, desintegração da elastina e acréscimo do conteúdo de colágeno, surgindo uma redução da elasticidade do tecido conjuntivo, que junto à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e do retorno da aorta (MIRANDA *et al.*, 2002).

Há uma grande associação entre o envelhecimento normal e a redução da resistência aórtica, por meio de vários parâmetros de medição. Idosos com elevado nível de condicionamento físico apresentam menor intensidade de enrijecimento aórtico (MIRANDA *et al.*, 2002).

A forma certa de aferir a PA e a determinação e classificação da hipertensão arterial no idoso são iguais as utilizadas para os adultos. Todavia, ao se medir a pressão arterial de um idoso, necessita uma atenção para algumas particularidades mais vistas entre os idosos; como: Pseudo-hipertensão (medida falsamente elevada devido à rigidez arterial), hipertensão do avental branco (medida elevada em serviços de saúde), entre outros (MIRANDA *et al.*, 2002).

Dentre os novas medidas para a verificação da pressão arterial, aparecem o MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) e a MRPA (monitorização residencial da pressão arterial), que possibilitam o diagnóstico de hipertensão do avental branco, as análises da eficácia terapêutica, HAR e da desconfiança de situações sintomáticos de hipotensão arterial (MIRANDA *et al.*, 2002).

1.4 O ENVELHECIMENTO E O USO DE MEDICAMENTOS

Muitas modificações podem comprometer a metabolização dos medicamentos, sendo motivo de muita apreensão, principalmente porque muitos idosos necessitam do seu uso diariamente, o que contribuir para o surgimento de problemas relacionados com o tratamento medicamentoso (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

E fundamental a observação que o envelhecimento é diferente para cada ser, pois as características de cada organismo sofrem alterações farmacocinéticas específicas, compreendendo absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos. O uso de medicamentos por muitos idosos, relaciona-se com muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) proveniente desse público e o aumento da administração de medicamentos nos últimos tempos é influenciado pela indústria farmacêutica, o incentivo à prescrição de medicamentos analisado na prática dos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O medicamento é uma ferramenta indispensável para a preservação e melhora da saúde dos idosos, sendo de extrema importância a análise da farmacoterapia. O aperfeiçoamento da prescrição, dispensação e o uso de fármacos devem ser específicos para uma melhor atenção aos idosos, pois fazem o uso de muitos medicamentos. Estudo feito na Espanha indicou que a média diária de uso de medicamentos nessa idade é de quatro a oito por pessoa (LUTZ *et al.*, 2017).

Em pessoas mais velhas, a farmacologia demonstra particularidade, pois ocorre a redução de massa muscular e da água corporal. No metabolismo hepático, os recursos homeopáticos e a utilidade renal podem ficar prejudicados. Com isso há uma complicação na excreção de metabolitos, aglomeração de compostos tóxicos e efeitos adversos na pessoa (LUTZ *et al.*, 2017).

Os tipos de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) são considerados fármacos, com possibilidade de causar efeitos colaterais maiores do que os benefícios em idosos. Mesmo possuindo opções acessíveis para trocá-los, os MPI ainda são prescritos como recurso terapêutico de primeira linha para muitos pacientes, porém há indícios de resultados insatisfatórios (LUTZ *et al.*, 2017).

As pessoas mais velhas, são as que mais fazem uso de medicamentos no mundo atual. Avalia-se que 23% dos brasileiros gastam 60% do que é gerado de medicamentos e que 64,5 milhões de indivíduos em situação de miséria não têm uma condição favorável de vida, muito menos possibilidade de comprar medicamentos, aproveitando do setor público, e sendo mais de 80% os que consomem medicamentos todos os dias (SILVA *et al.*, 2010).

Pesquisas têm apontado que a polifarmácia diminui a adesão ao tratamento medicamentoso, aumentam as reações adversas e interações medicamentosas, podendo levar à morte. Diante disso é necessário o estudo da farmacoterapia em

idosos com o conhecimento da gravidade e dos causadores do uso inadequado de medicamentos (MARTINS *et al.*, 2015).

Muitos métodos vem sendo evidenciados e pesquisados em todo o mundo, no intuito de analisar o uso de medicamentos inadequados e seu efeito entre idosos. A lista de Beers são avaliações mais usadas desde a sua origem, em 1991, estando na quarta renovação. Essa lista apresenta medicamentos ou categorias de medicamentos separados em três grupos: medicamentos potencialmente inadequados, medicamento não sendo indicado para idosos em algumas situações e medicamentos possam ser usados com muita cautela em idosos (MARTINS *et al.*, 2015).

1.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A definição de adesão é complicada, pois cada autor tem uma forma diferente de conceitua-la. Dois conceitos são enfatizados: o primeiro sugerido em 1979 por Hayes, Taylor, Sacket e depois de duas décadas, em 2003, a OMS também apresentou a definição de adesão Os dois conceitos relacionam-se com a conduta do indivíduo ao usar medicamentos, da continuação da dieta ou alterações na maneira de vida. Adesão também pode ser definida, como que uma pessoa reage perante as dicas do médico ou outros profissionais de saúde (FREITAS *et al.*, 2015).

O significado de adesão a terapia medicamentosa, mostra-se em muitas literaturas, destacando o tratamento de um tipo de doença, como exemplo a Aids, tuberculose, hipertensão, ou em algumas pessoas, como crianças e idosos. Escolher fontes de pesquisa, que retrate sobre o assunto de maneira geral, vira uma função difícil (LEITE& VASCONCELOS, 2003).

A adesão à terapêutica é indispensável quando se fala de doenças crônicas, pois apresentam enorme repercussão nas pessoas. Certifica-se que, com o desenvolvimento da medicina, houve uma redução de mortes e aumento do envelhecimento populacional, influenciando o surgimento de novas doenças (DIAS *et al.*, 2011).

O termo “adesão ao tratamento” retrata o nível de seguimento das orientações terapêuticas medicamentosas ou não. É uma técnica de conduta complicada, sendo dominada pelo local, profissionais de saúde e assistência

médica. A adesão é conveniente e poderia acontecer com 100% das pessoas, por exemplo hipertensas, sujeita ao tratamento (DANIEL & VEIGA, 2013).

1.6 OS INTERVENTORES A ADESÃO AOS MEDICAMENTOS NA IDADE AVANÇADA

O Ministério da Saúde gerou o Programa de Saúde da Família, atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), que inclui o enfermeiro como líder de outros profissionais, passando a ter funções importantes no acompanhamento, por exemplo de idosos hipertensos. A ESF é um local indispensável para a atenção total ao idoso, pois está perto das pessoas, possibilita que o enfermeiro exerça um papel fundamental perante a vida do idoso no ambiente familiar (FONSECA, 2015).

O enfermeiro tem a missão de orientar o paciente, ajudando-o a melhorar sua saúde e definindo-se como um profissional de confiança. As pessoas idosos com HAS, precisam não só tirar as dúvidas, mas também de uma pessoa que amenize o sofrimento (FONSECA, 2015).

Nesse contexto aparece o assistente social como interventor diante dos obstáculos que o cuidador informal passa dia a dia. O assistente social atua por meio de políticas sociais de ajuda aos idosos que necessitam de um cuidador, informando, esclarecendo dúvidas, conduzindo e ajudando o cuidador e família (NICOLAU, 2018).

1.7 PROBLEMAS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO NA IDADE AVANÇADA

Existem muitos motivos que dificultam um tratamento. A baixa acessibilidade do tratamento deve-se ao fato de: obstáculos no sistema de saúde, problemas financeiros, reações adversas e a não adesão, que pode alterar dependendo das pessoas e também o caminho a ser percorrido pelas pessoas até os locais de saúde, tipo de vida e situações de saúde, sendo empecilhos na adesão (GARCIA *et al.*, 2018).

Os motivos que interferem na adesão estão associados à complicação do método terapêutico, com a quantidade de doses, comprimidos e horário de tomar os medicamentos, o período da terapia, resultados insatisfatórios de outros

tratamentos, alterações constantes no tratamento e interferência no padrão de vida. A adesão é maior em pessoas que jamais modificaram o sistema terapêutico e que ingerem somente um comprimido por dia (SILVA *et al.*, 2010).

A não adesão ao tratamento resulta em muitos problemas, piorando a saúde dos pacientes a até a internação hospitalar. Outros elementos como: situações demográficas e sociais, pouco entendimento das doenças e dos efeitos vindo de medicamentos e o cuidado do paciente e dos profissionais, (CARVALHO & SENA, 2016).

Para doenças, que precisam de um tratamento mais complicado, com o uso de muitos medicamentos, controle todos os dias, problemas relacionados com área de aplicação, como a asma, diabetes, os obstáculos diários referentes a utilização de medicamentos estabelecem um impedimento a adesão ao tratamento (TAVARES *et al.*, 2016)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a não adesão a farmacoterapia pelos indivíduos, por um período maior e de 50%. Dimatteo (2004), indicou um limite médio de 24,8% de não adeptos ao tratamento (TAVARES *et al.*, 2016).

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.S.S.P. Estratégias para o aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso na ESF Santa Rosália no município de Poços de Caldas-MG. 2017. **Sistema UNA-SUS**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9489/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 795-804, 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300795/Acesso em: 29 de Mai de 2019.

CARVALHO, J. C.; ANDRADE, S.; C, F. Problemas relacionados à manutenção do tratamento medicamentoso em pacientes idosos e as contribuições da atenção farmacêutica. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5n.1, 2017. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/112/75/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E.V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 331-7, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eugenia_Veiga/publication/258056110_Factors_that_interfere_the_medication_compliance_in_hypertensive_patients/links/552d0a2/Acesso em 01 de Mai de 2019

GARCIA, F. *et al.* Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Disponível em: <http://rbgg.com.br/mobile/arquivos/proximas-publicacoes/20180106.pdf/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

GUSMÃO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>. Acesso em 01 de Mai de 2019.

OLIVEIRA, A.R. *et al.* Rigidez Arterial: Aspectos Fisiopatológicos e Genéticos. **Internacional Jornal of Cardiovascular Science**, v. 30, n. 5, p. 433-441, 2017. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/30/pdf/v30n5a09.pdf/Acesso> em 22 de Mai de 2019a.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M.A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 167-179, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361044716021.pdf/Acesso> em 01 de Mai de 2019b.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Revista Millenium**, p. 201-219, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1211/2/Ades%C3%A3o%20ao%20regime%20Terap%C3%AAutico.pdf>/Acesso em 01 de Mai de 2019.

DUARTE MIRANDA, G.M.; GOUVEIA MENDES, A.C.; ANDRADE DA SILVA, A. L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/4038/403846785012/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, 2015. Disponível em: <http://www.inter-scienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

FERNANDES, A.C.A. Processos-chave do sistema de gestão da qualidade na resposta social centro de dia. 2015. **Tese de Doutorado**. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/36468/1/RELAT%C3%93RI%20Ana%20Catarina%20Ara%C3%BAjo%20Fernandes%202015.pdf>/Acesso em 01 de Mai de 2019.

FIGUEIREDO, L. *et al.* Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiology Communication Research**, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/324931/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

FONSECA, W. S. O Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Cuidado ao Idoso Hipertenso. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p. 218-227, 2015. Disponível em: <http://periodicosbh.estacio.br/index.php/saudeasantacatarina/article/view/1767/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232003000300011&script=sci_arttext&lng=pt/Acesso em 01 de Mai de 2019.

LUTZ, B. H.; MIRANDA, V. I. A.; BERTOLDI, A. D. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591053.pdf/>Acesso em 01 de Mai de 2019.

MACHADO, J.C.*et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 611-620, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232016000200611&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 22 de Mai de 2019.

MARTINS, G. A. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2401-2412, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n11/2401-2412>. Acesso em 01 de Mai de 2019.

MENDES, J. L. V. *et al.* O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-26, 2018. Disponível em: <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165>. Acesso em 01 de Mai de 2019.

MIRANDA, R. D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43087824/hipertensaoarterial.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1558559286&Signature=jwNNWR/Acesso> em 22 de Mai de 2019.

MODÉ, C. L. Atenção farmacêutica em pacientes hipertensos: um estudo piloto. 2011. **Trabalho de Conclusão do Curso**. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/120011/mode_cl_tcc_arafcf.pdf?sequence=1&isAllowed=y/Acesso em 27 de Mai de 2019

NICOLAU, A. P D. O cuidador informal: estratégias vividas pelo cuidador informal da pessoa idosa dependente. 2018. **Tese de Doutorado**. Disponível em: <http://periodicosbh.estacio.br/index.php/saudeasantacatarina/article/view/1767>. Acesso em 01 de Mai de 2019.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 46, n. 3, p. 256-272, 2013. Disponível em: periodicos.usp.br. Acesso em 22 de Mai de 2019.

PEREIRA, I. M.O. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **LiphScience**, v. 2, n. 2p.2140,2015. Disponível em: <http://crfmq.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>. Acesso em 01 de Mai de 2019.

PINHEIRO, F. M. *et al.* Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar/Acesso> em 29 de Mai de 2019

RAMOS, M. C. Intervenção educativa em pacientes com hipertensão arterial em programa saúde da família. 2017. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8983/Acesso> em 27 de Mai de 2019.

SILVA, C. S. O. *et al.* Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a22/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 91-104, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832005000100008&script=sci_abstract/Acesso em 01 de Mai de 2019.

SOUSA, A. L. L. *et al.* Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 112, n3, p.271278, 2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11203/pdf/11203012.pdf/Acesso> em 22 de Mai de 2019.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.50, p.10s10s, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126589/123581/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

VARONA, M.M.V. Adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde São José, São José dos Brasileiros, **Maranhão, Sistema UNASUS**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/11744/Acesso> em 01 de Mai de 2019.

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CASCAVEL-PR

ADHESION TO MEDICAL TREATMENT OF HYPERTENSE ELDERLY PATIENTS IN A FAMILY HEALTH UNIT IN CASCAVEL-PR

Luana Costa¹; Vagner Fagnani Linartevichi^{2*}

¹Acadêmica, curso de Farmácia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz

²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz

* Autor correspondente: linartevichi@gmail.com; [https://orcid.org/0000-0002-2624-](https://orcid.org/0000-0002-2624-7744)

7744

RESUMO

A pessoa idosa é a que mais faz uso de medicamento no mundo atual, isto devido às suas limitações e conseqüentemente o surgimento das doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Este trabalho teve como finalidade investigar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos e hipertensos. Os participantes pertencem há uma Unidade de Saúde de Família em Cascavel-PR e tiveram a adesão ao tratamento avaliada por meio da escala de Morisky e Green. Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas. Entrevistou-se 80 pacientes, 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino, com idade média de 71 anos. Este estudo mostrou que a população idosa é polimedicada, baixo nível de escolaridade, baixa renda, o que pode interferir na adesão ao tratamento. No entanto, os pacientes possuem acompanhamento semestral na USF, e os dados obtidos mostraram uma média de PA 120x80 mmHg, sugerindo que há um controle da patologia. De modo geral segundo a ferramenta utilizada, os pacientes possuem uma boa adesão (média de 72,6%) ao tratamento, porém 26,8% usam MPI, ou seja, políticas de saúde deverão ser direcionadas para observar o surgimento de novos problemas relacionados a estes medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: atenção farmacêutica; medicamentos; hipertensão arterial.

ABSTRACT

The elderly is the one who makes the most use of medicine in the world today, due to its limitations and consequently the emergence of chronic diseases, such as high blood pressure. This study aimed to investigate adherence to drug treatment of elderly and hypertensive patients. Participants belong to a Family Health Unit in Cascavel-PR and had adherence to treatment assessed by the Morisky and Green scale. Data were presented in graphs and tables. We interviewed 80 patients, 70% female and 30% male, with an average age of 71 years. This study showed that the elderly population is polymedicated, low level of education, low income, which can interfere with treatment adherence. However, the patients have a semiannual follow-up at the USF, and the data obtained showed an average BP of 120x80 mmHg,

suggesting that there is a control of the pathology. Generally according to the tool used, patients have good adherence (average 72.6%) to treatment, but 26.8% use MPI, ie health policies should be directed to observe the emergence of new problems related to these medicines.

Keywords: *pharmaceutical attention; medicines; arterial hypertension.*

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), determinou-se em 1985, a idade de 65 anos para o idoso. Portanto, lugares que tem uma perspectiva inferior de vida como o Brasil, estipula-se 60 anos segundo o Estatuto do Idoso (SILVA *et al.*, 2010).

As pessoas mais velhas são as que mais fazem uso de medicamentos no mundo atual. Avalia-se que 23% dos brasileiros gastam 60% do que é gerado de medicamentos e que 64,5 milhões de indivíduos em situação de miséria não tem uma condição favorável de vida, muito menos possibilidade de comprar medicamentos, aproveitando do setor público, e sendo que mais de 80% dos idosos consomem medicamentos todos os dias, sendo a doença mais prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SILVA *et al.*, 2010).

Estima-se que haja no mundo uma prevalência de HAS alta, sendo 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. No Brasil, investigações populacionais notificaram uma prevalência acima de 30% (MACHADO *et al.*, 2016).

A HAS é uma situação clínica observada por muitos fatores, identificada pela elevação prolongada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg para as pressões sistólica e diastólica, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O medicamento é uma ferramenta indispensável para a preservação e melhora da saúde dos idosos, sendo de extrema importância a análise da farmacoterapia. O aperfeiçoamento da prescrição, dispensação e o uso de fármacos devem ser específicos para os idosos, que necessitam de uma atenção especial, pois os mesmos fazem o uso de muitos medicamentos. Estudo feito na Espanha indicou que a média diária de uso de quatro a oito medicamentos por pessoa nessa idade. O aumento da quantidade de medicamentos a ser utilizados traz consigo uma série de problemas, incluindo aqueles relacionados à adesão (LUTZ *et al.*, 2017).

O termo “adesão ao tratamento” retrata o nível de seguimento das orientações terapêuticas medicamentosas ou não. É uma técnica de conduta complicada, sendo influenciada pelo local, profissionais de saúde e assistência médica. A adesão é conveniente e poderia acontecer com todas as pessoas, por exemplo, hipertensas, sujeitas ao tratamento (DANIEL & VEIGA, 2013).

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar a adesão ao tratamento em pacientes idosos hipertensos, descrevendo as características e verificando a farmacoterapia dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Atendendo às normas das Resoluções CNS 466/12 e 510/16 e suas complementares, bem como a Norma Operacional CNS 001/13, e após aprovação do comitê de ética em pesquisas com seres humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG, sob CAAE: 16459719.8.0000.5219, iniciou-se a pesquisa caracterizada por um estudo transversal descritivo, que contou com voluntários que freqüentavam a Unidade de Saúde de Família (USF) de Cascavel-PR, com um grupo de pacientes hipertensos, de ambos os sexos, não treinados, com idades acima de 60 anos. Os participantes eram moradores da região Oeste da cidade de Cascavel que assinaram e tiveram ciência do TCLE.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado contendo dados sócio demográficos; clínica dos pacientes e também obteve-se as informações sobre o medicamento pela carteirinha do hiperdia, a qual encontrava-se com o paciente (ANEXO 2). A avaliação do questionário ocorreu por meio do teste MAT -Medida de Adesão ao Tratamento (ANEXO 3). As informações pertinentes, foram registradas em banco de dados e em seguida analisadas por meio de uma planilha do software *Microsoft Office Excel*®.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 84 pacientes hipertensos, dos quais 4 não atenderam aos critérios de inclusão, colaborando com a pesquisa 80 pacientes, atendidos na USF Parque Verde, no município de Cascavel-PR. Ao analisar o sexo dos pacientes, verificou-se que 70% (56) eram do sexo feminino e 30 % (24) do sexo masculino, com

idade média de 71 anos. Desses 47,5% (38) casados, 3,75% (3) solteiros, 30%(24) viúvos e 15%(12) separados. Além desses dados, 20% (16) declararam morar sozinhos e 80%(64) disseram morar acompanhados.

Este resultado corrobora com os estudos de Pimenta *et al.*, (2015) e Brito Vieira *et al.*, (2016), os quais observaram que a maior parte dos pacientes era do sexo feminino, pelo fato de as mulheres zelarem mais por sua saúde, o que contribui para um tratamento antecipado. No quesito idade média, nos estudos de Sudré *et al.*, (2014) e Oliveira *et al.*, (2018), diferentemente desta pesquisa, a idade máxima foi de 69 anos.

Quanto à etnia, 76,25% (61) eram brancos. Todos os pacientes pertenciam a alguma denominação religiosa, sendo 80% (64) católicos. Em relação à renda, a média salarial foi de R\$1785,00. E no quesito formação acadêmica, a maioria possuía primário 30% (24) incompleto.

A pesquisa mostrou também que, 90%(72) não fumam e 78,75% (63) não ingerem bebida alcoólica. Considerando fatores complementares para controle dos níveis pressóricos, destacaram-se: atividades físicas 18,75%(15), disciplina alimentar 70 %(56) e 10%(8) não utilizavam nenhum método.

No que se refere a aferição da pressão arterial, notou-se que a maior registrada foi de 200X90 mmHg e a menor 100x60 mmHg, com média de 120x80 mmHg, sendo que somente 20% necessitaram de internação, devido há descontrole arterial.

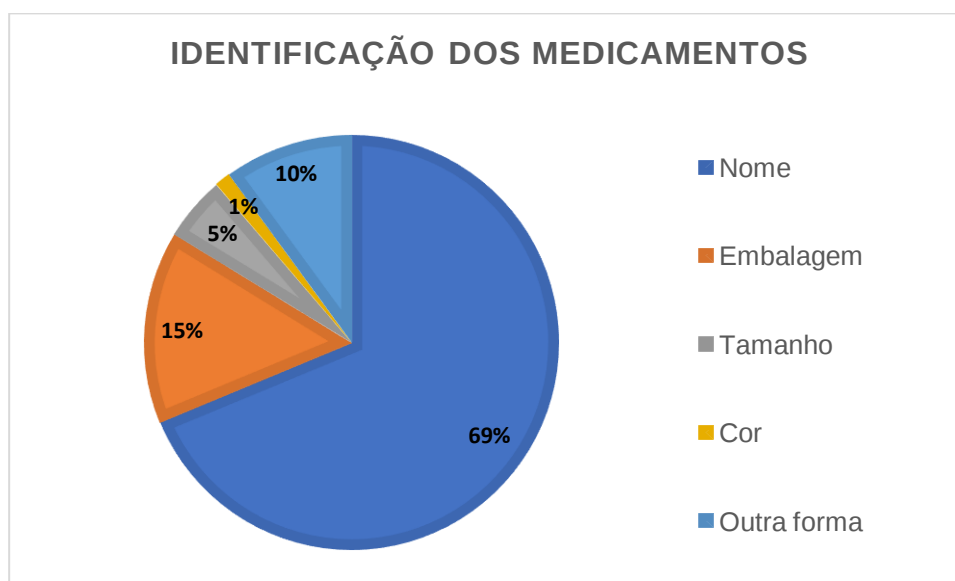
Quanto à USF, todos frequentam essa unidade há 10 anos, com consulta semestral, porém apenas 12,5% participam de algum grupo de apoio à pressão arterial.

Durante a pesquisa 15% (12) pacientes disseram ter sentindo algumas reações ruins com o uso de medicamento, dentre elas: dores de cabeça e estômago, tontura, tosse, falta de ar, náusea, diarreia, vômito.

Analisando o conhecimento sobre os medicamentos, verificou-se que 76,54% (62) dos pacientes sabiam para que utilizavam e 22,5% (18) não tinham entendimento.

Sobre a identificação dos medicamentos, 68,75% (55) dos entrevistados informaram conhecer o medicamento pelo nome, 15% (12) pela embalagem, 5% (4) pelo tamanho ou forma de medicação, 1,25% (1) pela cor e 10% (8) por outra forma (Figura 1). E 77,5% (62) declararam não receber ajuda para tomar o medicamento, mas, sabiam qual era a indicação do mesmo.

Figura 1 - Identificação dos medicamentos pelos idosos



Fonte: Autores (2019). Distribuição percentual da maneira de identificação dos medicamentos pela população estudada.

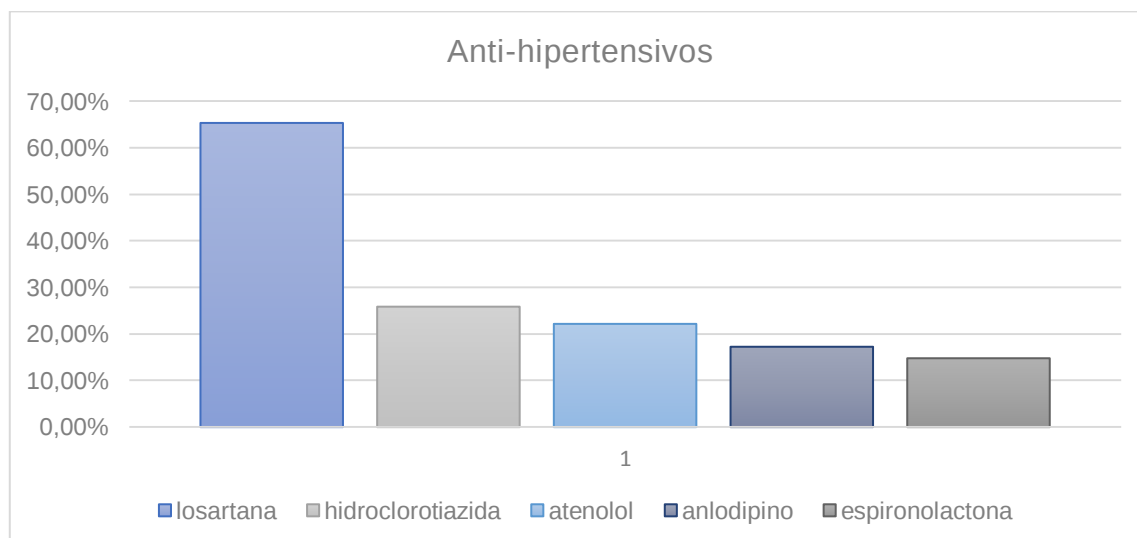
Semelhantemente à este estudo, no trabalho de Frohlich; Dal Pizzol; Mengue (2010), os resultados indicaram que a maioria dos idosos reconheceram os medicamentos primeiramente pelo nome, dose, duração do tratamento, como utilizar e horário de administração.

Diferentemente deste estudo, os autores (Silva *et al.*, 2000; Ceccato *et al.*, 2004 e Pinto *et al.*, 2016), verificaram que os idosos identificaram os medicamentos mais pela dose, do que pelo nome, justificando-se pelo fato desses nomes não se assemelharem ao vocabulário dos mesmos.

Além da hipertensão, 32,5% (26) dos pacientes relataram não ter nenhuma outra patologia, 31,25% (25) tem diabetes tipos I e II, 20% (16) colesterol alto, 6,25% (5) doença do coração.

Ao avaliar os anti-hipertensivos mais utilizados no local da pesquisa, certificou-se que em primeiro lugar a losartana, presente na farmacoterapia de 52 (65%) pacientes, hidroclorotiazida 27,5% (22), atenolol 22,5% (18), anlodipino 17,5% (14), espironolactona 15% (12) e outras drogas com menos de 20% de prescrição, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Anti-hipertensivos mais utilizados por pacientes em Unidade de Saúde de Família.



Fonte: Autores (2019). Percentual de anti-hipertensivos mais utilizados pelos idosos

A politerapia é prevista para a população idosa, visto que, há manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento e associações de várias patologias, como mencionado na literatura (Stefano *et al.*, 2017; Alpert, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Resultado semelhante, foi encontrado no estudo de Aquino (2017), que apontou losartana (22,9%), hidroclorotiazida (18,7%) e atenolol (7,3%) como anti-hipertensivos mais utilizados.

Diferentemente deste estudo, Mengue *et al.*, (2016), mostrou que os mais usados foram a hidroclorotiazida, seguida da losartana, captopril e enalapril.

Dentre os medicamentos prescritos para os idosos, 71,33% (116) são de uso contínuo e 8,7% (11) foram prescritos de forma casualmente. Desta totalidade, identificou-se 26,8% (34) MPI (Medicamentos Potencialmente Inapropriados) de acordo com os Critérios de Beers (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Os mesmos foram prescritos para 75%(59) idosos, como apontado na tabela 1.

Tabela 1. Medicamentos potencialmente inapropriados.

Medicamentos Potencialmente Inapropriados	n=34	%=26,7
Amitripitilina ³	3	2,36
Amiodarona	1	0,78
Carbamazepina	1	0,78
Carvedilol ⁶	6	7,72
Celecoxibe	1	0,78
Ciclobenzaprina	1	0,78
Cilostazol	1	0,78
Citalopram ²	2	1,57
Clonazepam ³	3	2,36
Codeína ⁴	4	3,14
Dexametasona	1	0,78
Diclofenaco	1	0,78
Digoxina ³	3	2,36
Espironolactona ¹²	12	9,44
Fluoxetina ³	3	2,36
Furosemida ¹¹	11	8,66
Gabapentina ²	2	1,57
Glibenclamida ⁴	4	3,14
Hidroclorotiazida ²²	22	17,32
Ibuprofeno ³	3	2,36
Morfina	1	0,78
Nifedipino ³	3	2,36
Nimesulida	1	0,78
Nortripitilina	1	0,78
Omeprazol ¹⁷	17	13,38
Pantoprazol	1	0,78
Prednisona ²	2	1,57
Pregabalina	1	0,78
Quetiapina	1	0,78
Ranitidina ²	2	1,57

Fonte: Autores (2019). Quantidade e percentagem de MPI, prescritos para os pacientes entrevistados.

Conforme Oliveira *et al.*, (2016), a classificação de um fármaco como MPI não representa uma contraindicação integral para a utilização em idosos. Entretanto, a prescrição de um MPI precisa de toda atenção para associar o risco-benefício, da opção de meios diferentes e de auxílios não farmacológicos, da seleção da menor dose essencial, das possíveis interações medicamentosas e do acompanhamento das reações no paciente.

Resultado semelhante foi identificado no estudo de Araújo, Magalhães e Chaimowicz (2010), que encontraram prevalência do uso de medicamentos inapropriados de 33,5% entre idosos do Programa Saúde da Família de um Centro de Saúde de Belo Horizonte.

Diferentemente desta pesquisa, no estudo de Nishtala *et al.*, (2014), realizado na Nova Zelândia com idosos, os resultados apontaram valor superior, pois houve uma prevalência de 42,7% do uso de MPI.

Em relação a escala de Morisky e Green, que mensurou o MAT, os resultados apontaram que 87,5%(64) “nunca deixou de tomar os medicamentos”, 76,2%(61) “nunca interrompeu o tratamento”, 42,5%(34) “nunca descuidou com horário”. Levando-se em consideração o item “nunca”, obteve-se uma média de 72,6% de adesão ao tratamento e outros valores estão descritos na tabela 2.

Tabela 2. Resultados obtidos na escala de Morisky e Green, idosos que usam medicamentos anti – hipertensivos.

Itens	Resultados													
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Sempre			1	1,2										
Com frequência	2	2,5	2	2,5										
Às vezes	30	37,5	24	30	9	11,2	5	6,2	3	3,7	11	13,7	3	3,7
Raramente	10	12,5	19	23,7	7	8,7	5	6,2	7	8,7	8	10	7	8,7
Nunca	38	47,5	34	42,5	64	80	70	87,5	70	87,5	61	76,2	70	87,5

Perguntas

1. Você alguma vez esqueceu de tomar o remédio?
2. Você alguma vez, foi descuidado com o horário para tomar seu remédio?
3. Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?
4. Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?
5. Você alguma vez deixou de tomar mais de um ou vários comprimidos para a sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?
6. Você alguma vez interrompeu o tratamento para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?
7. Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Fonte: Morisky e Green (1986). Porcentagem de respostas relacionadas ao uso de medicamentos.

Resultado diferente foi encontrado no estudo de Barbosa *et al.*, (2012), que avaliou mediante o teste de Morisk-Green, 60 pacientes hipertensos, ambos os sexos, com idade acima de 60 anos. Os resultados demonstraram que apenas 36% dos pacientes apresentaram adesão. Já na pesquisa de Mansour (2015), o resultado foi semelhante, pois 80% dos pacientes apresentaram alta adesão terapêutica.

No entanto, observou-se que no item “as vezes”, uma média de 15% dos pacientes, esqueceu ou descuidou do horário ou interrompeu o tratamento medicamentoso. O que implicaria no comprometimento da sua farmacoterapia, e consequentemente no controle de sua patologia.

5. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a população idosa é polimedicada, baixo nível de escolaridade, baixa renda, o que pode interferir na adesão ao tratamento.

No entanto, os pacientes possuem acompanhamento semestral na USF, e os dados obtidos mostraram uma média de PA 120x80 mmHg, sugerindo que há um controle da patologia.

De modo geral segundo a ferramenta utilizada, os pacientes possuem uma boa adesão (média de 72,6%) ao tratamento, porém 26,8% usam MPI, ou seja, políticas de saúde deverão ser direcionadas para observar o surgimento de novos problemas relacionados a estes medicamentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPERT J,S. Polypharmacy in elderly patients: the march goes on and on [editorial]. Am J Med. 2017;130(8):875-6. doi: 10.1016 / j.amjmed.2017.03.012. Epub 2017 Apr 1.

AQUINO, Glenda de Almeida *et al.* Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 111-122, 2017. doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098.

ARAÚJO, C. M. C., *et al* .Uso de Medicamentos Inadequados e Poli farmácia entre Idosos do Programa Saúde da Família. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 29, n. 2, p. 178-184, 2010.

BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-641, jul. 2012. DOI.org/10.1590/S0066-782X2012005000054.

BRITO VIEIRA, C.P. *et al.* Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 3, p. 413-420, 2016. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i3.28792.

CECCATO M.G.B., *et al.* Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad Saude Publica** 2004; 20(5):1388- 1397.

DANIEL, A. C. Q. G. *et al.* Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 331-7, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eugenia_Veiga/publication/258056110_Factors_that_interfere_the_medication_compliance_in_hypertensive_patients/links/552d0a2/Acesso em 01 de Mai de 2019](https://www.researchgate.net/profile/Eugenia_Veiga/publication/258056110_Factors_that_interfere_the_medication_compliance_in_hypertensive_patients/links/552d0a2/Acesso%20em%2001%20de%20Mai%20de%202019).

FROHLICH, S.E., *et al.* Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, 1046-1054, 2010.

LUTZ, B. H. *et al.* Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017. Disponível em: [https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591053.pdf/Acesso em 01 de Mai de 2019](https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591053.pdf/Acesso%20em%2001%20de%20Mai%20de%202019). DOI.org/10.1590/S0034-89102010000600009.

MACHADO, J.C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 611-620, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232016000200611&script=sci_arttext&tlng=en/Acesso em 22 de Mai de 2019](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232016000200611&script=sci_arttext&tlng=en/Acesso%20em%2022%20de%20Mai%20de%202019). DOI.org/10.1590/1413-81232015212.20112014.

MANSOUR, S.N. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em situação de pleno acesso farmacológico de pacientes com hipertensão arterial. **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742016000300021.

MENGUE, S. S. *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(2), 1s-9s. (2016). Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 50(2), 1s-9s (2016). DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006154.

MORISKY D, *et al.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence to prescribed medicines. *Med. Care*. v.24, n.1, p: 67-74, 1986.

NISHTALA P.S., *et al.* Potentially inappropriate medicines in a cohort of community-dwelling older people in New Zealand. *Geriatr Gerontol Int* v.14, n., p:89-93, 2014. DOI: 10.1111 / ggi.12059.

OLIVEIRA, L. M., *et al.* Resposta de pacientes hipertensos sob tratamento medicamentoso de acordo com os níveis pressóricos. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 9, n. 3, p. 61-71, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6789235>. Acesso em 21 de Out de 2019. DOI: [.org/10.18571/acbm.186](https://doi.org/10.18571/acbm.186).

OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, v.10, n.4, p: 168-81, 2016. DOI: 10.5327/Z2447-211520161600054.

PIMENTA, F.B., *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 248998, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11742014.

PINTO, I.V.L *et al.* Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3469-3481, 2016. DOI.org/10.1590/1413-812320152111.19812015.

SILVA T., *et al.* Nível de informação a respeito de medicamentos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad Saude Publica** 2000; 16(2): 449-455. DOI.org/10.1590/S0102-311X2000000200015.

SILVA, C. S. O.*et al.* Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a22/> Acesso em 01 de Mai de 2019.

STEFANO, I.C.A *et al.* Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 681-692, 2017. DOI.org/10.1590/1981-22562017020.170062.

SUDRÉ, M.R.S., *et al.* Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 933-40, 2014. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.19794.

FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)

[Atual](#) [Arquivos](#) [Sobre](#) [Início](#) / [Informação para Autores](#)

Diretrizes para Autores

APRESENTAÇÃO

A FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH), ISSN 2674-550X, disponível no site <http://fjh.fag.edu.br>, é um periódico especializado, direcionado à comunidade Científica Nacional e Internacional, de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação da produção científica no campo das Ciências da Saúde. São aceitos artigos originais e inéditos, destinados exclusivamente à FJH, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e Áreas afins.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO PARA FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)

Como parte do processo de submissão os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em **Diretrizes para Autores**, na seção Sobre a Revista.
- O trabalho apresentado possui resumo contendo no máximo 200 palavras e apresenta-se nas versões: Português e inglês. Com estrutura preconizada nas Diretrizes para Autores.
- O manuscrito está escrito com letra tipo Arial, tamanho 12, com espaçamento 1,5 cm entre linhas em todo o texto;
- A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis Assegurando a Avaliação por Pares Cega. No final do arquivo está incluída uma lista com indicação dos avaliadores (Mínimo 5).
- Todas as informações prestadas pelo autor estão condizentes com o manuscrito que será anexado. No caso de detecção de informações inverídicas o artigo será recusado em primeira análise.

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

O autor principal do artigo deve obrigatoriamente ter registro ORCID - mais informações em <https://orcid.org/>

A análise dos artigos será iniciada no ato de seu recebimento, quando da observância do atendimento das normas editoriais, originalidade e relevância científica. A publicação dependerá do atendimento do parecer encaminhado ao autor da análise do artigo, podendo este conter sugestões para alterações/complementações. Em caso de reformulação, cabe a Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações. A apreciação do conteúdo dos manuscritos é feita pelos membros do Conselho Editorial e por conselheiros *ad hoc*, sendo mantido sigilo quanto à identidade dos mesmos e dos autores. Os trabalhos deverão ser submetidos exclusivamente pelo site <http://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/submission/wizard>.

Durante a Submissão o Autor deverá encaminhar:

A) ARQUIVO PRINCIPAL

O arquivo principal submetido para a revista deve ser dividido em duas partes, a folha de rosto e o Manuscrito:

- **Folha de rosto:** Deve ser a primeira página do arquivo. Para compor a folha de rosto, colocar o título do trabalho, seguido das identificações dos autores e co-autores, com seus respectivos endereços institucionais e endereço de correio eletrônico. Identificar também o autor-correspondente.

- **Manuscrito:** Deve ser inserido na página seguinte à folha de rosto. O manuscrito deve conter a categoria do artigo, seguido do título (em português e inglês), resumo, abstract e demais elementos textuais, conforme será descrito mais adiante.

B) DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

Os documentos suplementares que devem ser anexados no momento da submissão são:

- 1) Documento Suplementar 1: Carta ao Editor, informando os objetivos dos autores, bem como a contribuição científica que o manuscrito trará se for publicado.
- 2) Documento Suplementar 2: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética para as pesquisas que envolvem seres humanos e/ou animais. No corpo do trabalho explicitar o atendimento das regras

da Resolução CNS 466/12, indicando número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

3) Documento Suplementar 3: Termo de responsabilidade de autoria e acordo de transferência do copyright, indicando a categoria do artigo, segundo as definições explicitadas nestas normas, responsabilizando os autores quanto a existência de plágio e autorizando a publicação pela FJH. Este documento deve estar assinado por todos os autores, detalhando a participação de cada um na autoria do manuscrito.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO E ENVIO DOS MANUSCRITOS A FJH

Categoria dos artigos

A FJH publica, preferencialmente, artigos originais, incluindo na sua linha editorial também estudos cienciométricos (artigos de revisão sistemática, Meta-análise), comunicações breves e relato de casos e relato de experiência. Artigos de revisões narrativas só serão aceitas quando as mesmas forem de autoria de editores da Revista ou de pesquisadores convidados pela Equipe Editorial. A apresentação dos manuscritos deve obedecer à regra de formatação definida nessas normas, diferenciando-se apenas pelo número permitido de páginas em cada uma das categorias.

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusão. A hipótese de pesquisa, bem como os objetivos devem ser facilmente identificados no final da Introdução. Apresentação máxima de 15 laudas.
- **Artigos de Estudos Cienciométricos:** são contribuições que têm por objeto a análise sistematizada da literatura. Deve incluir Introdução, delimitação do problema, procedimentos metodológicos, resultados e discussão (desenvolvimento) e conclusões/ Considerações Finais. Apresentação máxima de 20 laudas.
- **Relatos de Experiência:** se caracterizam pela descrição de tecnologias em saúde desenvolvidas de forma a contribuir para o desenvolvimento do Sistema de Saúde. Deve incluir Introdução, metodologia, resultados e discussão (desenvolvimento) e Considerações Finais. Apresentação em até 10 laudas.
- **Relatos de caso:** se caracterizam por relatos de caso de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. Deve incluir Introdução, relato e discussão do caso, e conclusões. Apresentação em até 10 laudas.
- **Comunicações breves:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa inédito ou relevante. Apresentação em até 5 laudas.

Forma de apresentação dos manuscritos

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato compatível ao Microsoft Word (.doc), digitados para papel tamanho A4, com letra tipo ARIAL, tamanho 12, com espaçamento 1,5 cm entre linhas em todo o texto, margens 2,5 cm (superior, inferior, esquerda e direita), parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Autores: a identificação deve ser feita somente na FOLHA DE ROSTO, conforme indicado anteriormente. Devem ser apresentadas as seguintes informações: nome(s) completo(s) do(s) autor(es), formação universitária, titulação, atuação profissional, local de trabalho ou estudo, e-mail, de preferência institucional e ORCID.

Título: Letra tipo Arial, justificado, em caixa alta, tamanho 16, negrito, nas versões da língua portuguesa e inglesa, na primeira página do MANUSCRITO. O título em inglês deve vir logo após ao título em português, este deve estar no formato justificado, caixa alta, em itálico, tamanho 14, letra tipo Arial. Não utilizar abreviações no título e resumo.

Resumo e descritores: devem ser apresentados na primeira página do trabalho em português e inglês, digitados em espaço simples, com até 200 palavras. A sequência de apresentação dos resumos deve seguir a seguinte ordem: resumo em português e inglês, independente da língua utilizada para o desenvolvimento do manuscrito. Os resumos devem contemplar os seguintes itens: contextualização, objetivo, materiais e métodos, resultados, conclusões. Ao final do resumo devem ser apontados de 3 a 5 descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/> ou <http://decs.bvs.br/>). Os descritores não poderão estar presentes no título.

Estrutura do Texto: a estrutura do texto deverá obedecer às orientações de cada categoria de trabalho já descrita anteriormente, acrescida das referências bibliográficas e agradecimentos (quando houver). Matérias-primas, equipamentos especializados e programas de computador utilizados deverão ter sua origem (marca, modelo, cidade, país) especificada. As unidades de medida devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Unidades (SI) e as temperaturas devem ser descritas em graus Celcius. Os anexos (quando houver) devem ser apresentados ao final do texto.

Tabelas e figuras: devem ser inseridas ao longo do texto e apresentar informações mínimas (título e legenda) pertinentes. Os títulos das tabelas devem estar posicionados acima e as legendas abaixo da mesma. Os títulos das figuras devem estar posicionados abaixo das mesmas. As tabelas e figuras, bem como, seus títulos, devem estar centralizados e sem recuo, tamanho 9, fonte Arial. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Cada tabela e/ou figura deve estar em uma única página e as páginas separadas por “quebra de página”. As notas de rodapé: devem ser apresentadas quando forem absolutamente indispensáveis, indicadas por números e constar na mesma página a que se refere.

Citações: Para citações “ipsis literis” de referências bibliográficas deve-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em itálico, em letra tamanho 10, na sequência do texto.

As citações bibliográficas inseridas no texto devem ser indicadas pelo(s) sobrenome(s) do(s) autor(es) em letra maiúscula, seguido(s) pelo ano da publicação (ex.: SILVA et al, 2005), sendo que:

- Artigos com até três autores, citam-se os três sobrenomes;
- Artigos com mais de três autores, cita-se o sobrenome do primeiro autor, seguido da expressão "et al.";
- Se o nome do autor não é conhecido, cita-se a primeira palavra do título.

Referências bibliográficas: Toda a literatura citada no texto deverá ser listada em ordem alfabética. Artigos em preparação ou submetidos a avaliação não devem ser incluídos nas referências. A formatação das referências deve seguir o padrão estabelecido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) em "Regras Gerais de Apresentação" - NBR-6023, de agosto, 2002. **Exemplos de referências:**

Prefira referências com DOI pois há a necessidade da inclusão do DOI no final de cada referência

- **Livros:** BACCAN, N.; ALEIXO, L. M.; STEIN, E.; GODINHO, O. E. S. **Introdução à semimicroanálise qualitativa**, 6ª. edição. Campinas: EDUCAMP, 1995.
- **Capítulos de livro:** SGARBIERI, V. C. Composição e valor nutritivo do feijão *Phaseolus vulgaris* L. In: BULISANI, E. A (Ed.) **Feijão: fatores de produção e qualidade**. Campinas: Fundação Cargill, 1987. Cap. 5, p. 257-326.
- **Artigo de periódico:** KINTER, P. K.; van BUREN, J. P. Carbohydrate interference and its correction in pectin analysis using the m-hydroxydiphenyl method. **Journal Food Science**, v. 47, n. 3, p. 756-764, 1982. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2621.1982.tb12708.x>
- **Artigos apresentados em encontros científicos:** JENSEN, G. K.; STAPELFELDT, H. Incorporation of whey proteins in cheese. Including the use of ultrafiltration. In: INTERNATIONAL DAIRY FEDERATION. **Factors Affecting the Yield of Cheese**. 1993, Brussels: International Dairy Federation Special Issue, n. 9301, chap. 9, p. 88-105.
- **Tese e Dissertação:** CAMPOS, A C. **Efeito do uso combinado de ácido láctico com diferentes proporções de fermento láctico mesófilo no rendimento, proteólise, qualidade microbiológica e propriedades mecânicas do queijo minas frescal**. Campinas, 2000, 80p. Dissertação (Mestre em Tecnologia de Alimentos), Faculdade de Engenharia de Alimentos, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- **Trabalhos em meio-eletrônico:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Tratados e organizações ambientais em matéria de meio ambiente. In: _____. **Entendendo o meio ambiente**. São Paulo, 1999. v. 1. Disponível em: <http://www.bdt.org.br/sma/entendendo/atual.htm>. Acesso em: 8 mar. 1999.
- **Legislação:** BRASIL. Portaria n. 451, de 19 de setembro de 1997. Regulamento técnico princípios gerais para o estabelecimento de critérios e padrões microbiológicos para alimentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 set. 1997, Seção 1, n. 182, p. 21005-21011.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. Informar DOI ao final de cada referências, no mínimo 75% das referências.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTRAL

Termo de responsabilidade de autoria e acordo de transferência do copyright, indicando a categoria do artigo, segundo as definições explicitadas nestas normas, responsabilizando os autores quanto a existência de plágio e autorizando a FAG JOURNAL OF HEALTH sua publicação, devem estar assinados por todos os autores e anexado ao sistema como documento suplementar no momento de submissão do manuscrito. Os direitos autorais da versão final do artigo são de propriedade da FJH. O conteúdo da Revista ficará disponível para toda a comunidade científica.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Idioma

[English](#)

[Español \(España\)](#)

[Português \(Brasil\)](#)

Informações

[Para Leitores](#)

[Para Autores](#)

[Para Bibliotecários](#)

09/10/2019

Informação para Autores | FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)

FAG Journal of Health

ISSN 2674-550X

Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz

Platform &
workflow by
OJS / PKP

ANEXO 2

Questionário semiestruturado para coleta de dados

Data da entrevista _____USF_____

Iniciais _____

Bloco A – Características Sócio –demográficas

Qual a sua data de nascimento

Data de Nascimento _____Idade_ _____anos

Sexo: () Masculino ()Feminino

Estado Civil

Qual seu estado conjugal?

() Casado(a)legalmente

() Solteiro (a)

() Viúvo (a)

() Separado (a) ou divorciado

() União estável há mais de 6 meses

() Não quis informar

Escolaridade

Até que série e grau o (a) sr (a) estudou?

Curso primário ()1 ()2 ()3 ()4 Número de anos com aprovação no curso primário _____

Admissão () – número de anos _____

Curso ginásial ou ginásio ()1 ()2 ()3 ()4

Número de anos com aprovação no ginásio _____

1 grau ou fundamental ou supletivo do 1 grau

()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8

2 grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de

2 grau ()1 ()2 ()3

Número de anos com aprovação no 2 grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2 grau

3 grau ou curso superior

()1 ()2 ()3 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ou +

Número de anos com aprovação no curso superior _____

Pós graduação (especialização, mestrado e doutorado)

Número de anos com aprovação no curso de pós graduação _____

Total de anos de estudo _____

() Nunca estudou

() Não sabe

() Não quis responder

A cor da sua pele é:

() Branca

() Negra

() Amarela(apenas para ascendência oriental)

() Parda ou morena

() Indígena (confirmar ascendência)

() Não sabe

() Não quis informar

Religião

() Evangélica () Católica () Umbanda

() Candomblé () Espirita () Sem religião

Renda

() menos de um salário mínimo R\$998,00

() R\$ 998,00 – R\$ 1.246,00

() R\$ 1.247,00 – R\$ 1.860,00

() R\$ 1.870,00 – R\$ 2.488,00

() R\$ 2.489,00 – () R\$ 3.110,00

() Acima de R\$ 3.111,00

Reside sozinho ()Sim () Não

O Sr.(a) fuma ?

() Sim, diariamente

() Sim, ocasionalmente

() Não

Já fumou no passado

() Sim () Não

O Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica ? () Sim () Não

Bloco B – Acompanhamento Clínico PA_____Data_____

Há quanto tempo foi diagnosticado a HAS_____

Há quanto tempo frequenta a USF

Quando o Sr. (a) passou em consulta médica?

() Nos últimos 6 meses () Há mais de 6 meses

O Sr.(a) participa dos grupos educativos de sua unidade?

() Sim () Não

Nos últimos meses o Sr. (a) foi internado por causa de pressão alta?

() Sim () Não

Utiliza outro método para controlar a pressão?

() Chá () Educação alimentar () Exercícios físicos () Fitoterapia

() Homeopatia () Outro_____ () Nenhum

Já teve dificuldade para retirar o medicamento na USF?

() Sim () Não

Qual motivo

() Medicamento em falta nas farmácias publicas

() Receita em apenas uma via

() Receita ilegível

() Receita incompleta() Receita rasurada

() Outros. Qual?_____

Número de medicamentos administrados por dia:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () mais de 08

Quantos desses medicamentos são anti-hipertensivos?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () mais de 08

O Sr. (a) teve alguma reação ruim com o uso de medicamento

() Sim () Não

Qual?_____

Anotar a medicação prescrita

Nome	Posologia	Como esta tomando	Sabe pra que serve
			() Sim () Não

Como o (a) senhor (a) sabe a medicação que tem que tomar

- () Pela cor
 () Tamanho ou forma de medicação
 () Pela embalagem
 () Pelo nome da medicação
 () Outra forma. Qual ? _____

Tem alguém para ajudá-lo na hora de tomar o remédio?

- () Sim () Não

Possui alguma outra doença?

- () Diabetes () Colesterol alto () Doença do coração
 () Outros _____ () Nenhuma

ANEXO 3

MAT (Teste de Medida de Adesão ao Tratamento)

1 - Você alguma vez se esqueceu de tomar o remédio?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
2 - Você alguma vez, foi descuidado com o horário para tomar seu remédio?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
3 - Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
4 - Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
5 - Você alguma vez deixou de tomar mais de um ou vários comprimidos para a sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
6 - Você alguma vez interrompeu o tratamento para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
7 - Você alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre	Quase sempre	Com Frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6